

## Canadian Public Health Association

---

La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale

Author(s): ELEONOR M. CONILL, E. M. Conille and MICHEL O'NEILL

Source: *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 75, No. 2 (March/April 1984), pp. 166-175

Published by: [Canadian Public Health Association](#)

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/41990265>

Accessed: 07-10-2015 16:00 UTC

### REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

[http://www.jstor.org/stable/41990265?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/41990265?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

---

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



*Canadian Public Health Association* is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*.

<http://www.jstor.org>

# La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale\*

ELEONOR M. CONILL, M.D., M.Sc., Doct. de 3<sup>e</sup> cycle,<sup>1</sup> MICHEL O'NEILL, M.A. (SOCIOLOGIE)<sup>2</sup>

*Le concept de "santé communautaire" est utilisé dans divers pays depuis plusieurs décennies. Les documents étudiés montrent la diversité des définitions et services regroupés sous ce titre à l'OMS et dans certains pays développés (Etats-Unis, Angleterre, Canada et plus particulièrement la Québec) ou en développement (Cuba, Chili et projets expérimentaux en Amérique du Sud). Après avoir suggéré une définition qui prend en compte ces divers aspects et permet de clarifier quelque peu la notion de santé communautaire, les auteurs proposent finalement une discussion d'ordre analytique où quelques hypothèses sur l'origine et les fonctions sociales de la santé communautaire sont présentées. Quelque soit le pays, la notion de santé communautaire semble s'articuler autour de deux pôles: un pôle technocratique et un pôle participatif. Il est suggéré que l'étude des rapports de force entre les divers groupes sociaux à une époque donnée pourrait aider à comprendre pourquoi la dimension technocratique ou la dimension participative prédomine et à approfondir la signification de cette domination. Les auteurs souhaitent en conclusion que cette revue de documents et les hypothèses qu'ils en dégagent, soulèvent débats et discussions sur le concept de santé communautaire afin que les pratiques professionnelles permettent davantage encore d'améliorer l'état de santé des populations.*

*The concept of "community health" has been used in many different countries over the last few decades. The*

*literature review conducted in this paper shows the range of definitions and services assumed under the headings "community health" and "community medicine" by the W.H.O. as well as in selected developed (the United States, England and Canada, more specifically the Province of Quebec) and developing countries (Cuba, Chili, as well as in various experimental projects mainly in South America). We suggest a definition of community health that takes into account the various situations described earlier and offer analytical hypotheses pertaining to the origins and the social functions of community health. We propose that whatever the country, the concept of community health could be better understood if articulated around two dimensions: a "technocratic" dimension and a "participative" dimension. It is suggested that the study of the relationships between various social groups in a country, at a given point in time, could help to explain why the technocratic or the participative dimension of community health is predominant as well as the meaning of this dominance. We hope that this literature review, as well as the hypotheses put forward, will stimulate a debate about the concept of community health, leading to professional practices more likely to effect an improvement of the health status of populations.*

Les expressions médecine ou santé communautaire ont été abondamment utilisées au Canada, surtout depuis une dizaine d'années. Cependant, la personne qui s'intéresse à leur signification se rend vite compte que ces notions ont

été aussi très employées, dans divers pays et de diverses façons, surtout depuis 1960. Le premier objectif de cet article, suite à une revue de la documentation française, anglaise et espagnole disponible sur le sujet, est de tenter de dégager une définition du concept de santé communautaire qui tienne compte de la manière dont on l'a considéré dans divers pays.

Précisions au départ que la revue de documents qui a été accomplie était tributaire des publications disponibles via les index bibliographiques habituels; le choix des pays à propos desquels nous discuterons plus loin est donc direc-

1. Projet de santé communautaire Marialdo, Porto Alegre, Brésil. Au moment de la rédaction de cet article, l'auteur était rattaché au département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

2. Ecole des Sciences infirmières, Université Laval. Au moment de la rédaction de cet article, l'auteur était rattaché au département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Faire parvenir les demandes de tirés à part à Michel O'Neill, Ecole des Sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4

\*L'article ayant été accepté pour publication en 1981, il est possible, dû au délais, que certains informations datent quelque peu.

tement relié aux biais inévitables des documents publiés et nous n'avons pas fait d'effort particulier pour tenter d'obtenir, via des sources gouvernementales ou autrement, des informations sur des pays importants (les pays socialistes européens, ou la France, par exemple) pour lesquels ces documents ne fournissaient aucune information dans le domaine de la santé communautaire. Que plus est, parmi les publications de l'OMS, nous avons limité notre recherche sur la santé communautaire à des projets ou systèmes de santé considérés comme innovateurs et véhiculant des idées telles: communauté, participation, médecine communautaire, santé communautaire. Notre intention étant d'avoir une idée générale de la façon dont le concept a été utilisé davantage que de faire une revue exhaustive et détaillée de tous les pays, ces choix méthodologiques nous apparaissent donc justifiés.

A partir des éléments de définition qu'on peut glaner ça et là ainsi que des ressemblances et des différences qui s'y manifestent, se posent toute une série d'interrogations et s'ouvrent diverses pistes d'analyse pour comprendre le phénomène "santé communautaire" à travers le monde. C'est à soulever certaines de ces interrogations et à suggérer certaines hypothèses qu'est consacrée la conclusion de cet article, laquelle se penche sur les origines et les fonctions sociales de la santé communautaire.

#### **A) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la notion de santé communautaire**

Dès 1951, alors que la majorité de ses efforts portait sur l'éradication des maladies contagieuses au tiers-monde, l'OMS soulignait la nécessité d'établir des services de "santé de base" dans ces pays et de ne plus juste intervenir ponctuellement et en catastrophe. Progressivement, et particulièrement au cours des années soixante, on constate dans les publications de l'OMS que l'idéal proposé quant à la distribution des soins de santé change rapidement. Elle en vient à parler davantage de prévention, de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et à formuler des suggestions quant à la structure des services offerts. Il apparaît désormais clair que les services de santé doivent inévitablement devenir une question publique; l'OMS fait donc la promotion, auprès de ses pays membres, d'un rôle actif de l'Etat dans l'organisation et dans l'établissement de services de santé intégrés et accessibles à tous. Comme la conception classique des systèmes de soins, où le professionnel est le seul à tout savoir et tout décider, semble elle aussi dépassée, l'OMS suggère de plus de stimuler la participation de la population à l'application des programmes de santé publique afin de promouvoir la responsabilité individuelle et collective face à la santé.<sup>1</sup>

Ainsi, dans ces recommandations, se trouvent présents deux éléments qui s'avèreront importants pour la notion de santé communautaire: *l'organisation gouvernementale d'un système de soins* où le préventif et le curatif sont intégrés, et la *participation* de la population.

De 1965 à 1971, le nombre de projets financés par l'OMS

pour développer ce qu'on en vint à appeler des "services de santé communautaire" ou, surtout, des "services sanitaires de base" doubla presque, passant de 85 à 156<sup>2</sup>. En 1973, le thème de la XXII<sup>e</sup> réunion du Conseil de direction de l'OPS\* et du Comité régional de l'OMS pour l'Amérique fut: "services communautaires de santé et participation de la population"<sup>3</sup>. En 1975, l'OPS publiait une étude sur la "planification participante"<sup>4</sup> où sont décrites en détail les étapes et modalités pour assurer la participation communautaire à l'élaboration du plan de santé d'un pays. La même année, un ouvrage intitulé: "Participation et santé"<sup>5</sup> où sont passées en revue diverses expériences originales de services de santé, comportant toutes une importante implication de la communauté, est publié par l'OMS.

Si l'on tente de résumer l'apport de cet organisme à la notion de santé communautaire on peut donc affirmer, au risque de simplifier un peu, qu'à la suite entre autres de son implication dans les programmes de santé au tiers-monde, elle constata la nécessité d'une planification gouvernementale des soins de santé intégrant le préventif et le curatif et faisant une large place à la participation populaire. Elle désigna cette approche alternative à la distribution des soins de santé sous des vocables qui changèrent quelque peu à travers le temps, (tels "soins de santé de base", "services communautaires de santé" ou encore tout récemment "soins de santé primaires"), mais les idées fondamentales demeuraient les mêmes. Il est bien difficile d'établir dans quelle mesure l'OMS participa concrètement à susciter l'utilisation de la notion de santé communautaire dans divers pays; il n'en reste pas moins qu'elle contribua certainement à créer une atmosphère où les gouvernements de divers pays développés ou en voie de développement se sentaient légitimés de lancer des entreprises de structuration rationnelle de systèmes de santé où la participation de la population était mise de l'avant.

#### **B) La notion de santé communautaire dans quelques pays développés**

Dans cette section, nous verrons brièvement les principales utilisations que l'on a fait des notions de santé et de médecine communautaire dans trois pays développés, les Etats-Unis, l'Angleterre et le Canada, en insistant davantage dans ce dernier cas sur le Québec.

##### *a) Les Etats-Unis*

C'est surtout à partir des années soixante et principalement en relation avec les milieux universitaires que l'on peut observer l'émergence dans ce pays d'activités de "médecine communautaire". Pour Lathem<sup>6</sup>, la notion de médecine communautaire est claire: elle implique l'évaluation des besoins de santé et la prestation de soins à des groupes définis de la population, ce qui la démarque clairement des

\*(Organisation Panaméricaine de la santé, qui est le bureau régional de l'OMS pour les Amériques).

entreprises de soins n'ayant que l'individu pour objet. Pour lui, la médecine communautaire évoque la dispensation de soins préventifs et curatifs avec utilisation de la méthode épidémiologique pour déterminer les besoins de santé de groupes de la population, établir les priorités et évaluer les résultats.

Toujours selon cet auteur, le mouvement de médecine communautaire à l'intérieur des universités se serait traduit par une réorientation des départements de médecine sociale et préventive qui, tout en adoptant un nouveau nom (celui de "département de médecine communautaire"), auraient davantage tourné leurs activités d'enseignement et de recherche vers la communauté. Il nous semble cependant important de souligner que ce mouvement n'était pas sans rapport avec ce qui se déroulait dans l'ensemble de la société américaine durant les années soixante. Ce fut l'époque fort controversée des programmes de la "guerre à la pauvreté" initiés par le gouvernement fédéral dans divers secteurs de l'activité économique et sociale, programmes qui se faisaient alors un point d'honneur de susciter la plus grande participation possible des communautés. C'est d'ailleurs à partir de fonds spéciaux de lutte à la pauvreté que furent mis sur pied les premiers centres de santé de quartier, les "neighborhood health centers", qu'un auteur comme Smolensky<sup>7</sup> inclut dans les "services de santé communautaire". Selon lui, ces services sont une des quatre composantes des "comprehensive health services" et la mise sur pied des services de santé communautaire doit se faire dans le sens d'une organisation rationnelle, dynamique, coopérative et coordonnée où le personnel serait capable de donner des soins globaux et accessibles à toutes les couches de la population d'un secteur géographique déterminé.

C'est dans cette optique que les "neighborhood health centers", créés d'abord pour offrir des services au sein de milieux urbains défavorisés, ont été considérés par plusieurs américains, tels Seacat<sup>8</sup>, comme le prototype d'une intervention intéressante en santé communautaire. Bien que l'unanimité soit loin d'être faite sur la valeur de ces centres<sup>9</sup>, il n'en reste pas moins qu'on en dénombre actuellement plus de 120, desservant une population de près d'un million et demi de personnes avec une approche tentant autant que possible de se conformer à certaines caractéristiques visant à assurer l'accessibilité et la multi-disciplinarité de services intégrés et la participation de la population.

Une autre institution américaine dispensant des services de santé dans une optique communautaire a récemment soulevé beaucoup d'intérêt; il s'agit des "Health maintenance organizations" (HMO), qui ont pris une expansion considérable depuis 1970. Ces organisations dispensent l'ensemble des soins médicaux de première, deuxième et troisième lignes, tant pour le préventif que pour le curatif, et avec une approche multidisciplinaire. En 1977, on dénombrait 200 de ces HMO qui offraient des services à près de 4% de la population américaine. La Fondation Kaiser Permanente, en Californie, est sans doute la mieux connue de ces

organisations dont les succès quant à la réduction de la consommation de soins et de services semblent indéniables<sup>10,11</sup>, mais qui commencent à se faire accuser, attendu qu'elles sont presque toutes sous le contrôle d'organismes à but lucratif, de ne pas encourager tellement la participation et d'être davantage un moyen intéressant pour réduire les coûts des services de santé<sup>12</sup> qu'un lieu de participation communautaire.

Aux Etats-Unis, il semble donc que santé et médecine communautaire soient des expressions quasi-interchangeables, avec une certaine insistance sur la seconde, et que l'on retrouve à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des milieux universitaires des activités qui se réclament de cette notion. Ces activités, en gros, présentent les caractéristiques suivantes: soins de santé globaux, travail en équipe multidisciplinaire, services fournis à une population géographiquement définie, incitation à la participation des usagers, établissement de niveaux de soins, insistance sur la prévention autant que sur le curatif, insistance sur la régionalisation et la coordination des services, efforts pour mieux connaître la population soignée.

#### b) *L'Angleterre*

L'Angleterre est généralement reconnue comme la première des démocraties occidentales à s'être dotée d'un service national de santé, désigné dans ce pays sous le nom de "National health service" (NHS). Bien que le NHS ait comporté à l'origine plusieurs éléments qu'on pourrait rattacher à une approche communautaire des questions de santé, le terme "médecine communautaire" n'est apparu que plus tard et fait encore aujourd'hui l'objet de débats et de controverses importantes<sup>13,14</sup>. En effet, malgré la fondation, vers 1970, de la "Faculty of Community Medicine of the Royal College of the United Kingdom", et même après que le corps de médecins de santé publique ait changé son nom de "Society of medical officers of health" en celui de "Society for community medicine", des doutes subsistent encore sur le sens exact de "community medicine". En 1968, la "Royal Commission on medical education" mentionnait qu'au cours des années, "(...) une variété de termes différents, (...) parmi lesquels les plus fréquents sont santé publique, médecine préventive et médecine sociale" ont été utilisés pour désigner les activités exercées auprès de populations par des épidémiologistes et des administrateurs de la santé, activités que l'on appelle maintenant plus volontiers de "médecine communautaire"<sup>15</sup>.

De son côté, un comité spécial chargé de réorganiser le NHS définissait, en 1972, le spécialiste en médecine communautaire comme celui "qui doit promouvoir l'intégration des services, fournir un support technique aux cliniciens et faciliter leur intégration et leur liaison avec les autorités locales de santé; son apport technique consiste à donner des informations sur les besoins de santé de la population et sur l'efficacité de différentes approches".<sup>16</sup> Le rôle d'agent de liaison du spécialiste en santé communautaire a été confirmé

cette même année par un comité de travail sur l'administration centrale du NHS, ainsi que dans d'autres organismes non gouvernementaux dans le monde de la santé<sup>16</sup>. Les différents éléments sus-mentionnés ont été en quelque sorte récupérés par la "Faculty of Community medicine", qui a défini à son tour la médecine communautaire en continuité avec la pratique exercée par les professionnels de santé publique<sup>16</sup>.

Bien que le rapprochement de la médecine communautaire avec la santé publique soit très fréquent en Angleterre, une étude effectuée en 1975<sup>17</sup> souleva certaines interrogations quant au rôle du spécialiste dans ce domaine en montrant qu'il vivait des problèmes aigus d'identification et que ses fonctions étaient loin d'être claires. Qui plus est, suite à une intervention de Stone<sup>18</sup> dans le *British Medical Journal*, où il était soutenu que les médecins de santé communautaire devraient avoir des activités cliniques leur permettant de garder un contact "plus réel" avec la communauté afin d'éviter le risque que la profession ne se détériore, un débat animé s'engagea<sup>19,20</sup>.

Finalement, une publication récente, après une critique sévère à l'endroit d'une médecine communautaire trop fortement administrative et pas assez impliquée au coeur des processus politiques qui constituent un aspect trop souvent négligé du fonctionnement des communautés, suggère d'orienter carrément la profession sur la promotion de la santé, en vue de créer un mouvement de santé publique ayant la même envergure que celui du XIX<sup>e</sup> siècle dont les Anglais parlent encore avec ferveur<sup>21</sup>.

On voit donc que chez les Anglais, bien qu'elle se rattache toujours de près ou de loin aux activités de santé publique, la médecine communautaire est loin d'avoir une signification univoque.

### c) *Le Canada et le Québec*

A première vue, et tel que l'indiquait un article publié en 1973 dont le titre est: "Santé publique ou communautaire?"<sup>22</sup>, la question de la santé communautaire au Canada semble se poser dans les mêmes termes qu'en Angleterre: il ne s'agirait finalement que de choisir entre deux vocables pour désigner les activités de professionnels oeuvrant dans ce qui s'était d'abord appelé l'hygiène publique.

La situation canadienne est cependant plus complexe, attendu la nature de son régime fédéral où la quasi totalité des pouvoirs en matière de santé a été constitutionnellement dévolue aux provinces, bien qu'il ne faille pas oublier, tel qu'il l'a été souvent démontré<sup>23</sup>, comment le gouvernement central a eu une influence majeure quant à l'évolution des systèmes de santé provinciaux. Dans ce contexte, la notion de santé communautaire varie probablement pour chaque province, bien que l'influence du fédéral soit omniprésente. C'est ce que nous allons illustrer ici à l'aide du cas québécois.

En effet, tel que l'a montré Lesemann<sup>24</sup>, le virage vers le communautaire et la volonté de rationaliser le système de santé dans cette province ont été fortement encouragés par

le gouvernement fédéral. Depuis le rapport de la Commission Hall, en 1961, jusqu'au document "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens" de 1974, en passant par le rapport de la Commission Hastings (1972) sur les centres de soins communautaires au Canada et le rapport Willard (1969) sur le coût des services sanitaires au Canada, on ne doit donc pas oublier ce rôle incitatif du fédéral, via ses commissions d'enquête et ses législations, quand on constate qu'au Québec, la notion de santé communautaire a fait son apparition au début des années soixante-dix.

Bien que la participation de la communauté et la rationalisation de services de santé offerts dans une optique de "santé globale" aient été des thèmes majeurs du rapport déposé en 1970 devant l'Assemblée nationale du Québec par la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (mieux connue sous le nom de Commission Castonguay-Nepveu), il faut néanmoins souligner que le terme "santé communautaire" est apparu plus tardivement que le dépôt du rapport, et en relation directe avec la santé publique. Il naquit en effet dans le cadre de l'intégration des anciennes structures de santé publique (Unités sanitaires et services municipaux de santé) au sein du nouveau système régionalisé des services de santé et services sociaux, suite aux recommandations faites en 1971 par le rapport d'un comité d'experts<sup>25</sup>. Selon certains informateurs clefs<sup>26</sup>, l'expression "santé communautaire" aurait été alors préférée à celle de "médecine communautaire" ou à d'autres expressions pour des raisons de sémantique et d'image de marque (les expressions hygiène publique et santé publique véhiculaient semble-t-il des connotations négatives), et suite à une volonté d'inclure d'autres professionnels que des médecins et des infirmières dans les nouveaux services de santé publique.

La similitude entre santé publique et santé communautaire au Québec est pourtant manifeste dans des textes de Rochon<sup>27</sup> et Desrosiers<sup>28</sup>, qui apportent néanmoins quelques nuances entre les deux expressions. Pour le premier, la notion de santé communautaire est équivalente à celle de santé publique tel que Winslow la définissait il y a quelques temps déjà, à savoir "l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires"<sup>29</sup>. Rochon ajoute cependant que pour tenir compte de la réalité des sociétés contemporaines, et en particulier de ce qui se passe au Québec, il faut ajouter à la notion traditionnelle de santé publique deux éléments: la complémentarité de plus en plus nécessaire du curatif et du préventif, et la participation de la population. De son côté, Desrosiers montre bien que les fonctions jouées par les nouvelles institutions de santé publique que sont les Départements de Santé Communautaire, attendu leur intégration au sein de centres hospitaliers, sont plus complexes et plus étendues que ce qui se faisait traditionnellement dans les unités sanitaires et les services municipaux de santé; l'expression santé communautaire tiendrait

davantage compte, selon lui, de cet élargissement.

En relation avec la santé communautaire québécoise, on ne peut passer sous silence l'expérience fort intéressante et fort tumultueuse des centres locaux de services communautaires. Nés eux aussi de la réforme des années 1970, ces centres ressemblent à plusieurs égards aux "neighborhood health centers" évoqués plus haut dans la section sur les États-Unis. Après avoir suscité beaucoup d'espoirs à cause des idéaux de participation, de multidisciplinarité et de médecine globale qu'ils véhiculaient à leurs débuts, les CLSC, aux dires de certains analystes<sup>30</sup>, ont délaissé plusieurs de ces idéaux au profit de services plus traditionnels et s'acheminent, pour reprendre le titre d'un récent numéro spécial de la revue *Québec Science*<sup>31</sup> sur la santé, "trop doucement vers de nouvelles pratiques".

On peut donc conclure qu'au Québec, et on pourrait probablement dire la même chose pour les autres provinces canadiennes, la notion de santé communautaire est la désignation couramment utilisée pour des activités de santé publique ayant élargi quelque peu leurs fonctions.

### C) La notion de santé communautaire dans quelques pays en voie de développement

#### a) Quelques éléments de problématique générale

Au niveau des pays en voie de développement, les termes santé communautaire et médecine communautaire ont été employés de façon très variable. Ces modes de dispensation de services sanitaires, même si leur point de départ (OMS, coopération avec un pays développé, dynamisme local), leur lieu d'application (milieux ruraux ou urbains) ou même leur forme peuvent varier sensiblement, ont presque toujours en commun le fait qu'ils s'adressent à des populations géographiquement déterminées, généralement pauvres ou marginales, et qu'ils mettent l'accent sur la participation de la communauté. Cette participation revêt généralement la forme de comités locaux de santé ou encore consiste à former, et parfois même embaucher, des membres de la communauté afin qu'ils participent à la dispensation des soins. De plus, la nécessaire intégration du curatif et du préventif ainsi que la quasi-obligation d'une intervention multisectorielle portant sur l'ensemble du développement du pays, et non seulement sur le développement d'un système de santé, sont habituellement comprises dans ces notions.

En analysant les expériences faites au niveau des pays en voie de développement pour mettre sur pied de nouvelles façons d'assurer la distribution des soins de santé, l'OMS a proposé une classification en trois groupes<sup>32</sup>.

1. Transformations du système à l'échelle nationale (Chine, Cuba, Tanzanie)
2. Extension du système déjà existant (Iran, Niger, Vénézuéla)
3. Développement communautaire local (Guatémala, Inde, Indonésie)

Il faut souligner que pour quelques-unes de ces expériences, même si des éléments très apparentés à la santé communautaire étaient présents, on ne faisait pas nécessairement appel aux termes "santé" ou "médecine communautaire". C'est le cas de la Chine par exemple. Une interprétation de cette absence de référence explicite, qu'on peut dégager des analyses de Donnangelo et Pereira<sup>33</sup> que ce soit pour la Chine ou pour ailleurs, mérite d'être soulignée ici. Pour ces auteurs, la spécificité de la médecine communautaire, telle qu'elle apparaît dans les années 1960, ne réside pas tant dans l'introduction d'activités de simplification et de rationalisation de la pratique médicale, dont on avait commencé à parler bien auparavant. Elle réside plutôt dans la *combinaison* de ces préoccupations rationalisatrices avec d'autres préoccupations à visées plus sociales (participation, intégration des services sociaux et des services de santé, intégration du curatif et du préventif) et dans la *dispensation systématique de ces services à des populations défavorisées*. Il peut donc facilement arriver que des éléments non combinés de ce qui, lorsqu'ils sont combinés, s'appelleraient ailleurs santé communautaire ou médecine communautaire, se trouvent présents dans un pays particulier à un moment donné sans être désignés comme tel.

#### b) Médecine communautaire et santé communautaire dans les pays en voie de développement

Dans les pays développés, santé communautaire et médecine communautaire sont des expressions quasi interchangeables; en pays en développement, on peut cependant discerner une certaine différence entre les deux vocables, que nous explorons ici.

L'accent sur la *médecine communautaire* a commencé très tôt en Amérique Latine. Tel qu'un document de l'OPS le souligne, la nécessité de la participation de l'Université à des programmes communautaires a été soulevée dès la première réunion des pays d'Amérique Latine sur la formation médicale<sup>34</sup>. En 1955 l'Université Del Valle réalise, dans un bidonville de Cali en Colombie, un des premiers projets de ce genre. C'est cependant en 1968 qu'eut lieu à Bellagio, en Italie, un séminaire international sur les divers volets de la médecine communautaire (enseignement, recherche, dispensation des services) fort révélateur des orientations qui sous-tendaient ce concept dans les pays du Tiers-Monde. Financé par la Fondation Rockefeller, ce séminaire avait une optique très claire: se pencher surtout sur les rapports entre la médecine communautaire et les universités<sup>35</sup>. Six programmes de médecine communautaire dans des universités de pays du Tiers-monde (Philippines, Colombie, Ouganda, Inde, Nigéria et Thaïlande), dont la plupart avaient débuté au cours des années soixante, furent passés en revue au cours de cette rencontre.

Ces expériences, de même que celles de plusieurs autres en pays en développement<sup>36</sup>, avaient donc comme objectif commun de transformer la formation des médecins, jugée trop hospitalière. Les activités concrètes effectuées pour

réaliser cet objectif variaient selon l'endroit; le plus souvent, elles comprenaient la prestation de soins au sein de la communauté plutôt qu'en milieu hospitalier, la réalisation de travaux épidémiologiques et la mise sur pied d'interventions d'éducation sanitaire. Parce qu'elles avaient pour but premier la formation de médecins, elles ont eu souvent tendance à reléguer au second plan l'organisation communautaire et la participation populaire.

En ce qui a trait à l'expression *santé communautaire*, elle a été davantage utilisée pour désigner, dans les pays en voie de développement, des projets globaux de développement rural dont les activités se déroulaient localement en utilisant les ressources du milieu, en stimulant la participation communautaire et en formant des agents de santé locaux. Le but important n'est plus alors de former différemment les médecins mais plutôt de donner des services à la population, par quelque professionnel que ce soit.

On peut identifier un certain nombre d'expériences de cette nature, dont celle lancée depuis 1973 dans le sud du Brésil par le secrétariat d'Etat à la santé<sup>37</sup>, ou encore celle qui se déroule à Panama. Dans ce dernier pays, on cherche depuis 1954 à obtenir la participation de la population à la chose sanitaire, via un programme de "santé intégrale"; ce programme eut un regain de vie en 1962 et, en 1974, on dénombrait plus de 600 comités locaux de santé<sup>38</sup>. Nous nous pencherons cependant plus en détails sur deux expériences de santé communautaire où la préoccupation de former des professionnels, quoique présente, n'est pas le cœur des projets et où la participation de la population est fort importante: une à Cuba et une au Chili.

### c) *Expériences de santé communautaire à Cuba et au Chili*

Comme le faisait ressortir récemment Minkler, "... l'intégration efficace du peuple cubain au système de santé via une participation active aux processus décisionnels et à l'implantation de programmes à tous les niveaux de la société"<sup>39</sup> fait de l'ensemble du système cubain un exemple fort intéressant à regarder.

Cependant, tel que le souligne Canone<sup>40</sup>, et bien que l'expérience cubaine semble satisfaire à deux des éléments importants que nous avons retrouvés depuis le début pour qualifier une expérience de santé communautaire — à savoir l'établissement d'un système intégré et régionalisé de services curatifs et préventifs avec forte emphase mise au niveau local, ainsi que la participation —, les cubains semblent préférer l'expression "médecine dans la communauté" à celle de santé communautaire. Ils soutiennent que la santé communautaire est une notion réformatrice et manipulatrice utilisée en pays capitalistes et pour eux, la médecine dans la communauté "... consiste en l'ensemble des activités planifiées de soins médicaux intégraux qui, dans notre société socialiste, permet d'amener un meilleur état de santé individuel et communautaire en appliquant la méthodologie scientifique marxiste-léniniste, avec la meilleure utilisation

des ressources disponibles et la participation active des masses organisées"<sup>41</sup>. Les Cubains, de continuer Canone, soulignent que la médecine dans la communauté n'est ni une nouvelle façon d'organiser les services de santé, ni une spécialité, mais plutôt une conception globale à laquelle le médecin, parmi d'autres, se doit de participer et à partir de laquelle il doit orienter son action vers la communauté.

Le Chili a lui aussi développé des expériences de santé communautaire. En effet, ce pays a été le premier en Amérique Latine à établir un Service national de santé. Celui-ci était basé sur le principe de la régionalisation, l'unité de base étant le secteur où habitait une population de 30,000 à 70,000 habitants. Les soins primaires étaient fournis dans des centres de santé par un personnel composé de spécialistes à temps partiel, d'infirmières et d'assistantes sociales. A partir des années 1960, des mesures ont été prises pour démocratiser la structure du service national en créant des conseils locaux de santé qui travaillaient avec les centres de santé et les hôpitaux, et en formant des responsables locaux de santé. Une très importante expérience en santé communautaire a été développée aux niveaux urbain et rural par l'Université de Concepcion entre 1960 et 1970.

Selon Henriquez<sup>42</sup>, cette expérience a obtenu la participation active de la population à l'organisation de ses activités, de telle sorte que dans la plupart des cas, les objectifs de départ ont été vite dépassés et ont dû être reformulés pour traiter les nouveaux problèmes exprimés par la communauté. Les changements politiques survenus suite au coup d'Etat de 1973 ayant eu une incidence directe sur l'organisation du système de santé, avec entre autres une revalorisation de la médecine libérale aux dépens d'une médecine accessible à tous sans égards à la capacité de payer, ce genre d'expérience communautaire est maintenant devenu quasi impossible au Chili.

### D) *Vers une définition de la santé communautaire*

Au cours du survol de la littérature effectué dans les sections précédentes, nous avons pu nous rendre compte que tant à l'OMS que dans des pays développés ou des pays en voie de développement, les notions de santé et de médecine communautaire se trouvaient utilisées de façon assez diversifiée, étant parfois considérées comme synonymes et parfois comme des approches différentes. En effet, les expériences dites de médecine communautaire semblent issues pour la plupart de programmes universitaires — en particulier de programmes de médecine —, ce qui peut expliquer partiellement l'utilisation du terme "médecine communautaire" plutôt que de l'expression "santé communautaire". De leur côté, les expériences de santé communautaire ont une origine plus variée où l'influence des gouvernements est souvent prépondérante.

En résumé donc, on constate une multiplicité de conceptions oscillant entre une version modernisée d'une spécialité médicale technocratique (la santé publique) et une nouvelle approche, pouvant même servir à planifier le système de

santé d'un pays, où une large part est faite à la participation populaire. De l'ensemble de ces éléments nous pouvons dégager la définition suivante (au delà de laquelle il nous apparaît cependant devoir aller pour une compréhension plus profonde de la santé communautaire, tel que nous le suggérons en conclusion à cet article): *la santé communautaire est une approche à la dispensation de soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, doublées d'autres mesures à caractère social, économique et politique, dispensées par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire; ces services sont dispensés à des populations géographiquement définies à qui l'on fournit des soins de santé primaires, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participative et débouchant, à la limite, sur un service national de santé.*

Nous reproduisons de plus ici un tableau, repris de l'auteur brésilien Ruschell, illustrant bien les différences qui, dans l'idéal, devraient exister entre trois types d'approches à la dispensation de soins de santé: la médecine classique, la santé publique et la santé communautaire.

#### CONCLUSION

#### A propos des origines et de la fonction sociale de la santé communautaire

Le travail de collection et d'analyse de diverses définitions de la santé communautaire a soulevé chez nous plusieurs interrogations et nous a conduits à formuler quelques

hypothèses afin d'élargir et de stimuler le débat sur la notion de santé communautaire.

#### a) Sur l'origine de la santé communautaire

On peut constater que c'est surtout à partir des années 1960-65 que massivement, dans un nombre important de pays, la santé communautaire émerge comme un mode alternatif de dispensation des soins. Suite à cette constatation, deux hypothèses au moins se dessinent quant à son origine. La première, qu'on pourrait qualifier "d'impérialiste", suggérerait que c'est à partir d'un lieu unique que la santé communautaire est née puis qu'elle s'est ensuite diffusée un peu partout au monde. C'est du moins ce qu'il nous semble intéressant de proposer pour faire suite aux affirmations de Donnangelo et Pereira<sup>43</sup> soutenant que c'est surtout aux Etats-Unis, au cours des années 1960, que serait née la santé communautaire. On peut donc penser que ce serait via les consultants américains à l'OMS ou dans d'autres organismes de développement international, et via des étudiants étrangers qui venaient faire des études supérieures aux Etats-Unis puis qui retournaient chez eux (soit en pays développé, soit en pays en voie de développement), que l'approche américaine à la santé communautaire se serait propagée. C'est aussi l'impression qui se dégage de la conférence de Bellagio évoquée plus haut et financée par la Fondation Rockefeller.

La seconde hypothèse, qu'on pourrait qualifier de "régionaliste", soutiendrait plutôt que les conditions socio-économiques semblables (escalade des coûts reliés à la santé, etc.) dans différents pays ont suscité des réactions de type

**TABLEAU I**  
**Comparaison entre médecine classique, santé publique et santé communautaire**  
**par rapport à certains éléments significatifs**

Éléments sur lesquels porte la comparaison	Médecine classique	Santé publique	Santé communautaire
01. Usagers	Individus	Population	Groupes de population
02. Initiative	Malade	Service	Patient et Service
03. Choix	Large	Restreint	Restreint
04. Accès	Difficile	Difficile	Facile
05. Soins	Épisodiques	Périodiques	Continus
06. Continuité	Minime	Minime	Grande
07. Attitude des usagers	Obéissance et soumission	Soumission	Participation
08. Attitude des professionnels	Aristocratique et technocratique	Technocratique	Démocratique
09. Techniques	Diagnostic et traitement de la maladie, conseil	Investigation et contrôle des maladies de masse, persuasion	Identification et solution des problèmes ressentis, orientation et aide
10. Approche	Individu, Système et organes, Hypothèse unicausale, Recherche de la certitude.	Société, Groupes sociaux, Hypothèse multicausale, Recherche de la certitude.	Familles et groupes, Individus et communauté, Hypothèse multicausale, Tolérance à l'incertitude.
11. Modalités de service	Un pour un Plusieurs pour un	Un pour plusieurs, Plusieurs pour plusieurs	Un pour un Un pour plusieurs Plusieurs pour un Plusieurs pour plusieurs
12. Caractéristique	Médecine libérale	Système centralisé	Système décentralisé
13. Rémunération	Directe, Paiement à l'acte.	Indirecte, Salariale.	Indirecte avec ou sans complément Salaire per capita.
14. Évaluation	Maladies soignées	Maladies évitées	Problèmes résolus
15. Jugement de valeur	Qualité	Coût-efficacité	Satisfaction de l'utilisateur, Couverture de la population.

Traduit du portugais et utilisé avec l'autorisation de l'auteur.  
Ruschell, S. — *Projeto do Sistema de Saude Comunitaria Murialdo*, Secretaria de Saude do R.G.S., Porto Alegre, Brasil, 1977, p. 10.

santé communautaire un peu partout au même moment.

Nous ne sommes en mesure d'étayer empiriquement aucune de ces deux hypothèses et peut-être la vérité, comme c'est souvent le cas, se situe-t-elle à mi-chemin. Cela impliquerait que les approches de santé communautaire développées aux Etats-Unis auraient trouvé une terre fertile et peut-être déjà des amorces de projets locaux dans divers pays qui les auraient aussitôt adoptées.

Ces questionnements à propos de l'origine de la santé communautaire nous ramènent aussi aux fonctions sociales jouées par cette approche.

b) *La santé communautaire: une nouvelle forme de contrôle social?*

Une constatation qui s'impose est d'abord que malgré leur apparente ouverture sur la communauté, les notions de santé et de médecine communautaire *ne proviennent pas des communautés elles-mêmes*. Cette affirmation doit cependant être nuancée par le fait que l'approche santé communautaire nous semble née en partie en réponse à des revendications communautaires afin d'obtenir de meilleurs soins et de meilleurs services.

Si l'on prend pour illustrer cette nuance l'exemple du Québec, on peut constater, à la suite de Godbout et Collin<sup>44</sup> entre autres, l'importance du développement vers la fin des années 1960 d'organismes populaires à Montréal, tels les comités de citoyens et les cliniques populaires. Selon eux, l'apparition de ces groupes ne relève pas seulement du spontanéisme des populations, mais est le résultat de pratiques sociales centrées sur l'organisation communautaire et la participation, fort influencées par le même genre de mouvement aux Etats-Unis.

Si l'émergence et le contenu des propositions de la santé communautaire québécoise nous semblent en réaction étroite à ce mouvement, il faut noter qu'elle est devenue essentiellement une modalité de distribution de services professionnels suggérés ou même imposés à des communautés locales. La santé communautaire est donc ici le fait de technocrates, de politiciens et de professionnels bien davantage qu'une activité communautaire; elle peut facilement servir, tel que l'a si bien montré Lesemann<sup>24</sup>, à récupérer et canaliser des dynamismes locaux dans des activités où la présence et le pouvoir des citoyens sont réduits presque à néant. Cette constatation nous incite donc à voir la santé communautaire comme une nouvelle idéologie professionnelle et technocratique, doublée de certaines formes de pratiques souvent progressistes, que ceux qui possèdent un pouvoir fondé soit sur leur savoir soit sur leurs fonctions politiques viennent parachuter sur la tête de populations.

A un niveau plus global que celui du Québec, ce genre d'analyse a été proposé pour les pays à économie capitaliste par Breilh<sup>45</sup>. Ce dernier met en parallèle les diverses phases du développement de la médecine avec les diverses phases de l'évolution des économies de type capitaliste et soutient que la crise actuelle traversée par les systèmes de santé dans ces

économies est une simple manifestation de la crise plus profonde qui frappe l'ensemble des secteurs économiques. Selon cet auteur, mettre l'accent sur les aspects communautaires dans la pratique médicale est une solution avantageuse que le capitalisme peut envisager face aux actuels problèmes de santé publique. L'extension de la couverture par les soins de santé primaires, par exemple, serait une réponse peu coûteuse aux demandes des populations défavorisées sans qu'un changement radical dans les relations sociales et une diminution des investissements dans les secteurs productifs soient opérés.

La santé communautaire ne part donc pas des communautés et, comme l'a souligné aussi Frédéric Lesemann, peut parfois même devenir une façon subtile mais efficace, parce qu'apparemment progressiste, de contrôler davantage les populations. On offre donc maintenant à la population "du pain et des services", plutôt que "du pain et des jeux" comme au temps des romains, afin qu'elle se tienne tranquille et accepte l'ordre établi et les relations sociales avec ce qu'elles comportent de domination et d'exploitation.<sup>46</sup>

La nature de ces analyses, qui sont reprises entre autres par Donnangelo et Pereira<sup>47</sup>, porterait à croire que la santé communautaire ne peut que difficilement jouer un rôle d'amélioration de l'état de santé des populations en renforçant un type de situation sociale elle-même productrice de problèmes de santé. Tout en ne niant pas le grand intérêt de ces analyses, il nous semble que les limites et les possibilités de la santé communautaire ne sont pas déterminées d'avance et une fois pour toutes, même dans les pays à économie capitaliste. C'est pourquoi nous terminons cet article en suggérant une façon différente d'analyser la fonction sociale de la santé communautaire.

c) *Les pôles "technocratique" et "participatif" de la santé communautaire*

Il nous semble en effet plus fructueux de distinguer, dans la notion de santé communautaire, deux dimensions, deux pôles, que nous appellerons le pôle "technocratique" et le pôle "participatif".

D'une part, la nécessité de distribuer les services de santé selon des modalités globales (intégrant préventif, curatif et réadaptation), régionalisées (où l'on retrouve différents niveaux de soins hiérarchisés du plus simple, la première ligne, au plus spécialisé, les soins sur-spécialisés) et rationnelles, à partir d'une approche de populations et à l'aide des techniques de l'épidémiologie, des sciences administratives et des sciences sociales, revenait sans cesse dans les définitions que nous avons vues. C'est ce que nous appellerons le pôle "technocratique" du concept de santé communautaire, où l'on vise à la fois une meilleure distribution de services plus adaptés et la formation de personnel médical plus approprié. Ce qui nous semble de plus un aspect significatif de ce pôle technocratique, c'est que sous la pression de diverses forces politiques et sociales trop complexes pour être analysées en détails ici, certains groupes, en particulier

des technocrates gouvernementaux et des professionnels de la santé publique, se font soudainement les promoteurs d'une nouvelle approche rationnelle à la distribution des soins de santé, proposent des réorientations des systèmes de santé, et parlent de santé communautaire.

Le second pôle important est celui de la "participation", i.e. de l'implication de la population non seulement dans la prise en charge personnelle de sa santé, mais aussi par la possibilité de participer à la planification et à la gestion des services ou même à leur distribution (cf. l'embauche de travailleurs autochtones). Les problèmes et les limites que rencontre la participation commencent à être bien connus et selon que l'on parle de "médecine communautaire" ou de "santé communautaire", la situation sera quelque peu différente. Dans le premier cas, le but étant souvent davantage de former des professionnels, la participation de la population sera souvent faite pour la forme, si même l'on s'en préoccupe; dans les expériences de "santé communautaire", on ira parfois plus loin, tel que le modèle de "planification participative" développé par l'OPS le suggérait.

Distinguer ces deux pôles nous semble potentiellement fort utile car nous croyons que quelque soit le pays, ces deux dimensions sont présentes à des degrés divers, coexistant parfois avec une importance égale ou, en d'autres occasions, un pôle dominant complètement l'autre. Qui plus est, nous croyons que c'est en étudiant les rapports de force entre les divers groupes sociaux qui, à une époque donnée, font la promotion de l'un ou l'autre des pôles à l'intérieur d'une société donnée, que nous pourrions comprendre pourquoi la dimension "technocratique" ou la dimension "participative" dominant, ainsi que la signification de cette domination. Par exemple, comme nous l'avons déjà souligné à propos du Québec, le contenu et la signification de la notion de participation sont fort différents selon que l'on en parle à propos d'une clinique de santé en quartier populaire, contrôlée par les citoyens, ou encore à propos d'un CLSC où elle est souvent soit un moyen pour des professionnels de maintenir leurs privilèges, soit un moyen pour l'Etat de préserver l'ordre existant.

Distinguer ces deux pôles et porter un regard attentif sur les groupes sociaux qui en font la promotion permettrait de plus d'analyser des expériences locales de santé communautaire aussi bien que des politiques gouvernementales nationales axées plus ou moins explicitement sur la santé communautaire. Faire cette distinction permettrait enfin, si des analyses empiriques étaient faites, de voir si la santé communautaire joue de fait un rôle de contrôle social en faveur des groupes dominants dans telle conjoncture historique ou si elle est plutôt un terrain de luttes, jamais complètement terminées, entre groupes dominants et groupes dominés.

Cette façon de conceptualiser la santé communautaire n'est certainement pas définitive. Il nous semble cependant intéressant de l'énoncer afin de susciter des réactions de la part de praticiens ou de chercheurs dans le domaine pour voir si elle les aide à se faire une idée plus précise des

possibilités et des limites à l'intérieur desquelles leurs travaux se situent et, au besoin, à faire éclater ces limites. De plus, formuler une telle conceptualisation nous apparaît utile pour orienter des travaux empiriques pouvant la confirmer ou l'infirmer.

La santé communautaire a soulevé, et soulève encore, bien des espoirs et a animé bien des projets innovateurs. Souhaitons simplement que notre effort pour la mieux comprendre serve à l'orienter davantage vers ce qu'elle prétend faire: améliorer l'état de santé et la qualité de vie des populations humaines.

## Remerciements

La rédaction de cet article a été rendue possible grâce au support financier reçu par les auteurs dans le cadre de leur formation doctorale, la première à l'Institut d'Etude du Développement Economique et Social de l'Université Paris I (Sorbonne) à Paris et le second au Département de Sociologie de Boston University à Boston. Les auteurs désirent donc remercier le Programme national de recherche et développement en matière de santé du Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social, le Conseil de la recherche en santé du Québec ainsi que la coordination du perfectionnement du personnel de niveau supérieur (CAPES) du Ministère de l'Education et de la Culture du Brésil de leur support financier. Ils tiennent aussi à remercier les docteurs Georges Desrosiers, Fernand Turcotte et Raynald Pineault, le collectif de sociologie de la santé de l'Université de Montréal ainsi qu'un réviseur anonyme pour leurs critiques et commentaires à propos de versions préliminaires de cet article, de même que Pierrette Boivin, Gisèle Bacon-Garand et Lise D. Moreau pour leur patient et efficace travail secretarial.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Méthodes modernes de gestion et organisation des services de santé. Les cahiers de santé publique. 55: 11-12. 1974.
2. Djukanovic, V. et Mach, P.E. Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement. Genève: OMS, p.124, 1975.
3. Organisation Panaméricaine de la Santé. Servicios comunitarios de salud y participacion de la poblacion. Discusiones tecnicas. XXII Reunion del Consejo Directivo de la OPS. Washington: OPS, 1974.
4. Organisation Panaméricaine de la santé. Conceptos modernos sobre planificación-participante. Documento HP-HE-12. Washington: OPS, 1975.
5. Newell, K.W. Participation et santé. Genève: OMS, 1975.
6. Latham, W. Community medicine: success or failure? N. Eng. J. Med. 1976; 295: 18-23.
7. Smolensky, J. Principles of community health. San José: W.B. Saunders, 1977.
8. Seacat, M.S. Neighborhood health centers: a decade of experience. J. Community Health, 1977; 3: 156-170.
9. Stephen W.J. An analysis of primary medical care, an international study. Great Britain: Cambridge University Press, p. 256, 1979.
10. Roemer, M. and Shonick, W. HMO performance, the recent evidence. Health and society 1973; 51: 271-317.
11. Saward, E.W. and Greenlick, M.R. Health policy and the HMO. Milbank Mem Fund. Q. 1972; 50: 147-176.
12. Sanders, I.T. and Brownlee, A. Health in the community. In Freeman et al. eds. Handbook of medical sociology, 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979: 413-433.
13. Schwartz, K. The theory and practice of community medicine. Public Health 1974; 80: 261-265.
14. Jagdish, U. Community medicine in the British National Health Service. Am. J. Public Health. 1978; 68: 54-57.
15. Cité par Schwartz, loc. cit. p. 261; (nous traduisons).
16. Ibid. p. 262.
17. Donaldson, R.J. A survey of district community physicians in England six months after the NHS reorganisation. Public Health, 1975; 89: 253.
18. Stone, D.H. Is there a future for community medicine? Br. Med. J. 1976; 2: 1086-87.
19. Popes, I.C. Letters. Br. Med. J. 1976; 2, p. 1322.
20. Jones, J.C. Letters. Br. Med. J. 1976; 2, p. 1504.
21. Unit for the study of health policy. Rethinking community medicine: towards a renaissance in public health? London: Department of Community medicine, Guy's Hospital Medical School, 1979.
22. Schwenger, H.W. Santé publique ou communautaire? Can. J. Public Health. 1973; 64: 119-122.
23. Renaud, M. Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de

- l'Etat québécois dans le domaine de la santé. *Sociologie et sociétés* 1977; 9: 127-152.
24. Lesemann, F. De la communauté locale à la communauté multinationale: l'Etat des monopoles et ses politiques "communautaires" dans la gestion de la santé et des services sociaux. *International Review of Community Development* 1978; 39-40: 49-98.
  25. Mc Donald, C et al. Rapport du Comité sur la prévention sanitaire, Québec, 1971.
  26. Rochon, J.; Turcotte, F.; Communications personnelles.
  27. Rochon, J. La santé communautaire dans le système régional de santé et de services sociaux. *Annuaire du Québec 1975-76*. Québec: Editeur Officiel du Québec, 470-480.
  28. Desrosiers, G. Les départements de santé communautaire: une expérience québécoise. *Can. J. Public Health*. 1976; 67: 109-113.
  29. Rochon, Jean. op. cit. p. 470.
  30. Lesemann, F. Du pain et des services; la réforme de la santé et des services sociaux au Québec. Montréal: Ed. Coopératives Albert St-Martin, 1981, Chapitre 5.
  31. Québec Science 1980; 19: 21-59.
  32. Newell, op. cit. p. 215.
  33. Donnangelo, F.M.C. et Pereira, L. Saude e sociedade. Sao Paulo: Livraria duas Cidades, 1976, capitulo III.
  34. Organisation Panamericaine de la Santé. *Servicios comunitarios* op. cit. p. 25-30.
  35. Lathem, W. et Newberry, A. (eds) *Community medicine, teaching, research and health care*. New York: Meredith Corporation, 1970.
  36. Barbosa, F.S. Atencao a saude e educacao medica: uma experiencia e propositao. *Educ. Med. Salud*. 1977; 11: 26-40.
  37. Tonet, E.C. Analyse d'une nouvelle alternative pour le secteur santé: observations à partir d'une expérience en santé communautaire au Brésil. Mémoire de 3<sup>e</sup> cycle. Paris: Institut d'Etude du Développement Economique et Social, 1980.
  38. Organisation Panamericaine de la Santé. *Servicios comunitarios*, op. cit. p. 8-10.
  39. Minkler, M. Citizen participation in the republic of Cuba. *International Quarterly of Community health education* 1980; 1: 65 (nous traduisons).
  40. Canone, F. Cuba, la santé par et pour les Cubains. Paris: Ecole de médecine St-Antoine, 1978.
  41. Ordonez, C. La communauté dans la formation des professionnels de la santé. *Rev. Cubaine Adm. Santé*; 1976; 2: 357-366; cité dans Canone, op. cit. p. 24.
  42. Henriquez, S. Une expérience de travail communautaire à l'Université de Conception, 1960-1970 in *La notion de communauté*. Colloque sur les universités et les collectivités. Paris: Université de Paris VIII, 1978.
  43. Donnangelo, M.C.F. et Pereira, L. op. cit. chapitre III.
  44. Godbout, J. et Collin, J.P. Les organismes populaires en milieu urbain: contre pouvoir ou nouvelle pratique professionnelle? Montréal: INRS Urbanisation, *Rapports de recherche* no 3, 1977.
  45. Breilh, J. Community medicine under imperialism: a new medical police? *Int. J. Health Serv.* 1979; 9: 5-24.
  46. Lesemann, F. op. cit. chapitre 5.
  47. Donnangelo, M.C.F. et Pereira, L. op. cit. chapitre III.
- Reçu: 15 septembre 1981  
 Accepté: 18 novembre 1981  
 Accepté après révisions: 29 mars 1982

#### DIRECTIVES DE RÉDACTION

La Revue canadienne de santé publique souscrit à la Déclaration de Vancouver (1978), aussi tous les manuscrits soumis pour publication dans ses colonnes doivent-ils respecter les directives suivantes. Les rédacteurs éventuels doivent donc lire la Déclaration (Exigences d'uniformisation des manuscrits) aux pages 352 à 355 du numéro de septembre-octobre 1983 (Vol. 74) de la Revue canadienne de santé publique *avant* de présenter un manuscrit.

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur en chef de la Revue canadienne de santé publique, 1335 avenue Carling, Suite 210 à Ottawa (Canada) K1Z 8N8.

Les auteurs doivent présenter le manuscrit original et deux copies de celui-ci. Le manuscrit doit être dactylographié à double interligne d'un seul côté de feuillets de 8½ po. par 11 po. Prévoir également une marge d'un moins 1 po. autour du texte. L'une des copies du manuscrit sera conservée par la Revue et ne pourra être rendue.

Les articles originaux ne doivent pas dépasser 2500 mots; quant aux "Questions de santé", elles ne doivent pas excéder 1500 mots. Enfin, occasionnellement, la publication d'articles de fond de moins de 5000 mots pourra être envisagée.

La première page doit comporter: (1) le titre de l'article; (2) les noms et prénoms des auteurs; (3) leurs diplômes d'études; (4) le nom du service ou de l'organisme dans le cadre duquel le travail a été effectué; (5) les organismes auxquels les auteurs sont affiliés, autres que ceux cités en (4); (6) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'auteur chargé des accords de publication du manuscrit; (7) une renonciation aux droits, le cas échéant; (8) le nom et l'adresse de l'auteur à qui les demandes de réimpression doivent être envoyées; et (9) les divers types d'assistance, notamment les subventions, le matériel et les médicaments.

Les documents sont acceptés en anglais ou en français. La page 2 doit comporter un bref résumé du texte, écrit dans la même langue que l'article principal. Il est également nécessaire de fournir le résumé dans la seconde langue. Il peut s'agir d'une traduction du résumé original mais le but est de permettre aux lecteurs ne connaissant pas la langue de publication de l'article de se faire une idée du contenu de celui-ci.

Nous vous encourageons à écrire à la Rédaction, en vous priant d'envoyer des lettres aussi courtes que possible.

La Rédaction se réserve le droit de modifier les articles.