

CHAPITRE 23

Conclusion : l'arbre et le rhizome

*Sophie Dupéré, Valéry Ridde, Simon Carroll, Michel O'Neill,
Irving Rootman et Ann Pederson*

INTRODUCTION

Cet ouvrage a présenté un éventail à la fois large et détaillé de l'évolution de la promotion de la santé au Canada et au Québec depuis le milieu des années 1990. Cette évolution a été examinée à partir de divers points de vue : de l'intérieur du pays et de l'extérieur ; par des praticiens de la promotion de la santé ainsi que par des chercheurs, des étudiants, des promoteurs, des éducateurs et des évaluateurs de programmes. Toute une gamme de concepts et d'interventions ont été proposés et analysés sous divers angles et en tenant compte de divers niveaux d'application. En examinant toutes ces contributions, que pouvons-nous conclure à propos de la promotion de la santé ici, et sur la manière dont elle a influencé le champ sur la scène mondiale entre 1994 et 2006 ? Et, considérant ce que nous avons trouvé, comment pouvons-nous envisager l'avenir ?

Ce dernier chapitre tentera de répondre à ces questions. Nous essaierons d'abord de retracer des tendances qui se sont maintenues dans le temps, puis de souligner ce qui a évolué de façon significative ou a émergé durant cette période récente. Nous terminerons en revenant sur la métaphore proposée par Ilona Kickbusch au chapitre 21, celle de l'arbre et du rhizome. Rapprocher cette métaphore de la différence entre « travailler en promotion de la santé » et « travailler à promouvoir la santé », discutée au chapitre 3, nous permettra finalement, en conclusion, d'effectuer des liens avec la distinction moderne/post-moderne abordée dans la conclusion de la première édition de cet ouvrage.

Les réflexions de ce chapitre de conclusion s'appuient donc sur les divers chapitres qui précèdent ainsi que sur quelques autres ouvrages, mais aussi sur les échanges entre les auteurs réunis spécialement pour rédiger ce dernier chapitre¹. Nous allons également nous référer aux prédictions et analyses de la première édition, dont la mise à jour offre une nouvelle perspective pour réfléchir au développement de la promotion de la santé au Canada et à son influence à l'étranger.

Finalement, nous désirons attirer l'attention sur un sujet très épineux et très présent dans le domaine, qui a surgi lors de nos discussions et que nous aurions aimé analyser ici : la relation entre science, idéologie et promotion de la santé. Nous avons abondamment discuté entre nous de cet enjeu, ainsi que des critiques qui sont souvent faites à la promotion de la santé d'être trop idéologique. Nous avons toutefois estimé que l'espace nous manquerait ici pour traiter adéquatement de cette question et nous avons plutôt décidé de rédiger prochainement un article à ce sujet.

QUELQUES TENDANCES DEMEURÉES CONSTANTES

La promotion de la santé : toujours marginale mais encore présente

Une évidence s'impose partout dans ce livre, mais plus particulièrement dans le chapitre sur les provinces et les territoires : la promotion de la santé continue d'occuper une place marginale dans le système de santé canadien. Comme partout ailleurs dans le monde, au Canada et au Québec la promotion de la santé doit encore lutter pour se positionner face au paradigme biomédical et curatif qui domine toujours les systèmes de santé, la recherche et les

-
1. L'équipe éditoriale a choisi de susciter un dialogue « intergénérationnel » pour ce chapitre. Puisque cette équipe de quatre personnes en comptait trois plus expérimentées (O'Neill, Pederson et Rootman) et une plus novice (Dupéré), nous avons pensé inviter à participer à cette conclusion deux autres personnes davantage en début de carrière, qui avaient par ailleurs aussi contribué au livre : Valéry Ridde, du Québec, et Simon Carroll, de la Colombie-Britannique. S'est ainsi constituée une intéressante équipe de six, comprenant une belle diversité de genre, de langue, de provenance géographique et d'expériences professionnelles. Notre idée était d'entamer un dialogue soutenu afin d'atteindre sinon un consensus, du moins des conclusions suffisamment débattues. Cependant, des contraintes de toute sorte nous ont empêchés de tenir le dialogue en profondeur que nous espérions ; en pratique, ce sont les trois plus jeunes qui ont relevé le défi de préparer un premier jet de cette conclusion, après quelques conférences téléphoniques nous réunissant tous les six et un volumineux échange de courriels. Cet état de fait est indiqué par l'ordre de présentation des noms des auteurs de ce chapitre et constitue en soi un très intéressant résultat émergeant du processus de rédaction de ce livre.

politiques. Les tenants de ce paradigme (les professionnels, en particulier les médecins et les conseils d'administration des hôpitaux) sont très bien organisés, très puissants et très convaincants, comme le chapitre 12 l'illustre bien. Les dix dernières années ont aussi été témoins d'une attention croissante portée aux réductions de coûts, dans un contexte néolibéral d'économie de marché, laissant peu de place à la santé publique et à la promotion de la santé. Notons tout de même que la mise sur pied, en septembre 2004, de l'Agence de santé publique du Canada, dénote un certain intérêt – accompagné de nouveaux financements – pour ces domaines. Malgré tout, la promotion de la santé demeure marginale dans les budgets et les programmes de santé, et les ressources financières gouvernementales à ce sujet sont toujours modestes. Bujold (2004) décrit bien cette situation en affirmant que la situation de la promotion de la santé a toujours été, incluant au cours des 12 dernières années, « l'humble Cendrillon » de la triade promotion-prévention-protection.

Hancock (1994), dans la première édition de notre ouvrage, et bien d'autres auteurs depuis (McKinlay, 1998; Frohlich et Potvin, 1999; Bengel *et al.*, 1999; McKinlay et Marceau, 2000; Ziglio *et al.*, 2000) l'ont remarqué : ici comme partout ailleurs dans le monde, les pratiques en santé publique et en promotion de la santé demeurent largement ancrées à un paradigme pathogénique, axé sur la maladie et ses manifestations. Ainsi que nous l'avons vu au chapitre 4, les programmes de santé publique sont encore principalement conçus à partir des modèles épidémiologiques de facteurs de risque (Breslow, 1999), avec un accent sur les risques individuels plutôt que sur ceux issus du contexte social et économique. Malgré donc une décennie de discussions au Canada sur les déterminants sociaux de la santé, lesquels attestent de l'importance d'une approche écologique dans les interventions, la promotion de la santé, dans sa pratique quotidienne, demeure essentiellement orientée vers les modes de vie et axée sur les changements de comportements. On peut expliquer cet état de choses notamment par la relative absence de théories sociales probantes pour guider la pratique (Potvin *et al.*, 2005), alors que la formation des praticiens en changement de comportements peut s'appuyer, au contraire, sur une gamme beaucoup plus large de théories psychologiques. Les politiques et les structures de financement sont encore majoritairement alignées sur les maladies, les facteurs de risque comportementaux et les populations à risque ; voilà une entrave de plus au travail intersectoriel et à la vision holistique requise pour pouvoir intervenir plus largement en promotion de la santé (Ziglio *et al.*, 2000; Kickbusch, 2003).

De plus, ainsi que le relèvent Hills et ses collègues au chapitre 19, le Canada est sans cesse interpellé pour réorienter son système de santé vers les services de première ligne, et en conséquence situer la promotion de la santé aussi à ce niveau. Une des principales raisons du progrès limité à ce sujet, soit la résistance du milieu de la promotion de la santé à construire des alliances avec le milieu médical, avait été bien identifiée lors de la première édition du présent ouvrage (O'Neill *et al.*, 1994) et est fondée sur la crainte de voir les puissants

intervenants du milieu biomédical redéfinir le champ. En effet, au lieu d'une vision large de la promotion de la santé, ce qui semble avoir émergé du secteur médical au cours de la dernière décennie est plutôt une vision restreinte, dominée par les pratiques cliniques préventives. Au Québec, par exemple, la commission Clair a noté que les ressources en santé publique étaient mal coordonnées et mal utilisées; elle remarque aussi le besoin de mieux informer les professionnels de la santé des actes préventifs qui pourraient être posés lors de leurs interventions cliniques (Lévesque et Bergeron, 2003). Le chapitre 19 l'a bien fait remarquer: les actes cliniques en prévention ont toutefois tendance à se limiter à des conseils concernant les modes de vie et les comportements préventifs individuels, et une vision large de la promotion de la santé est encore absente, ou alors à un minimum, dans la formation des infirmières, des médecins et des autres professionnels de la santé.

Il est donc intéressant de constater que le domaine a fait suffisamment preuve de résilience pour survivre, malgré le peu de financement, malgré la tendance actuelle aux réductions budgétaires du système de santé, malgré que les pratiques cliniques en prévention sont en pleine croissance et malgré la prédominance du discours de santé des populations. Pour reprendre une autre des analogies de Kickbusch, l'adolescent a appris à se tailler une place dans une cour de récréation un peu difficile. On peut expliquer cela en partie, sans doute, par l'engagement et la motivation des personnes dans le domaine. Par ailleurs, Bernier, dans sa comparaison entre trois provinces (chapitre 11), suggère une explication plus systémique: des éléments tels que la légitimité de l'État à intervenir et une perspective néolibérale d'investissement social pourraient expliquer cette résilience. Enfin, il est probable que la promotion de la santé se soit aussi maintenue au Canada grâce au fait qu'elle n'a jamais disparu de la scène mondiale et que le Canada continue d'être cité en modèle, ce que la section internationale de ce livre documente abondamment.

Changement structurel ou changement individuel ?

L'introduction à ce livre en a largement discuté, le passage de l'éducation à la santé à la promotion de la santé, au milieu des années 1980, a essentiellement été une réaction à l'accent mis sur le changement individuel qui caractérisait le champ depuis son apparition dans les années 1950. Entre 1994 et 2006, cette question a continué à alimenter les discussions au Canada et au Québec. Nous le disions plus tôt, les collaborateurs à ce livre ont tous montré que la pratique de la promotion de la santé, dans toutes les organisations, a continué d'être très majoritairement tournée vers les changements comportementaux individuels, pour faire face aux principales maladies qui affectent nos sociétés. Par ailleurs, ce qui est aussi démontré dans ce livre, c'est que le discours sur les déterminants sociaux de la santé a aussi fait l'objet de beaucoup d'attention, au point de devenir, pour certains, la marque de commerce de la promotion

de la santé « à la canadienne ». En effet, plusieurs auteurs suggèrent maintenant (voir les chapitres 4 et 8 notamment) que le travail de promotion de la santé devrait se consacrer beaucoup plus, sinon entièrement, aux changements sociaux. Cette étrange dichotomie entre la pratique et le discours dominant crée un réel inconfort chez plusieurs praticiens et chercheurs qui se sont intéressés aux changements individuels depuis une décennie. Nous avons d'ailleurs demandé à l'un d'eux, Gaston Godin, titulaire d'une chaire de recherche sur les comportements reliés à la santé, de nous proposer quelques commentaires sur cette situation (chapitre 22). Nous partageons l'opinion de Godin que la pratique de la promotion de la santé devrait être fondée sur de solides données scientifiques; nous notons aussi, avec lui, que les changements individuels *et* sociaux sont *tous les deux* nécessaires à l'adoption et au maintien de modes de vie et de conditions de vie favorables à la santé.

Professionnels, concepteurs de politiques et scientifiques : toujours les principaux acteurs de la promotion de la santé au Canada

Dans la conclusion à la première édition, O'Neill et ses collaborateurs (1994) notaient que les principaux acteurs ayant influencé le développement du champ de la promotion de la santé de 1974 à 1994 étaient un groupe de professionnels de la santé, de concepteurs de politiques et de scientifiques. Cela signifiait que la promotion de la santé ne constituait pas un large mouvement social, mais était plutôt un mouvement professionnel qui avait réussi à faire avancer le discours sur la santé et ce qui la favorise ou lui nuit. On notait aussi que les collectivités locales, entre autres par l'entremise du mouvement « Villes et villages en santé », pourraient prendre de l'importance dans l'avenir, mais qu'à ce moment elles n'offraient pas encore de leadership significatif dans le domaine.

Ce qui apparaît clairement dans les sections nationale et provinciale de cette deuxième édition, c'est que les principaux acteurs sont essentiellement les mêmes de 1994 à 2006. La principale différence que nous notons est le rôle accru que semblent avoir eu les scientifiques au cours de la dernière décennie, que les fonctionnaires et concepteurs de politiques semblent avoir joué un rôle moins important et que les praticiens ont sans doute maintenu plus ou moins le même niveau de contribution. Par ailleurs, elles-mêmes aussi en situation de réorganisation structurelle, les collectivités locales, que ce soit *via* le mouvement Villes et villages en santé ou autrement, n'ont pas joué le rôle plus actif que Hancock (1994) et d'autres avaient imaginé.

Il existe deux autres types d'intervenants, actifs depuis longtemps, mais à qui on avait accordé peu d'attention dans la première édition : le secteur privé et les organismes bénévoles. Le rôle du secteur privé a été cette fois-ci souligné par plusieurs auteurs de ce livre, incluant Kickbusch et Labonte, comme étant

un des événements émergents de la dernière décennie. Nous reviendrons là-dessus un peu plus loin. Les autres acteurs, à peu près oubliés dans la première édition et de qui l'on parle encore peu dans cette édition-ci, sont les organismes bénévoles. Nous avons le sentiment que le secteur bénévole a toujours été important en matière de promotion de la santé, mais que son rôle s'est accru au cours des 10 ou 12 dernières années. En conséquence, nous avons sollicité à cet effet une contribution d'Elinor Wilson, chef de la direction de l'Association canadienne de santé publique, le plus important regroupement d'organismes non gouvernementaux dans le domaine de la promotion de la santé; son texte est présenté à l'encart 23.1.

Encart 23.1

LE RÔLE DU SECTEUR BÉNÉVOLE EN PROMOTION DE LA SANTÉ AU CANADA

Elinor Wilson

Au Canada, l'expression «secteur bénévole et à but non lucratif» est préférée à «secteur non gouvernemental». Ce secteur fait référence aux organismes de service, comme ceux œuvrant en santé, en éducation, en services sociaux, en développement communautaire ou en logement; il réfère aussi à des organismes comme ceux du domaine des arts, du travail et des professions (Hall *et al.*, 2005). L'Association canadienne de santé publique est un organisme national, à but non lucratif, qui réunit des professionnels de la santé, des scientifiques, des concepteurs de politiques et des citoyens; cette association a joué un rôle considérable en promotion de la santé au Canada. Notamment, elle s'est associée avec Santé Canada et l'OMS pour organiser, en 1986, la première conférence internationale en promotion de la santé d'où est sortie la fameuse Charte d'Ottawa. Depuis, elle intervient activement en santé et en promotion de la santé par ses programmes d'habilitation, de médiation et de défense des intérêts. Par exemple, l'Association a collaboré avec plusieurs autres organismes bénévoles et à but non lucratif dans le dossier de la réglementation antitabac et à diverses autres politiques de santé. Plus récemment, elle a dirigé la coalition qui a mené à la création de l'Agence de santé publique du Canada, accroissant ainsi considérablement les capacités canadiennes en santé publique et en promotion de la santé. Toutes ces activités, et bien d'autres, prouvent jusqu'à quel point, au Canada, les organismes bénévoles et à but non lucratif tels que l'ACSP jouent un rôle essentiel en promotion de la santé et comment ils sont bien placés pour poursuivre ce rôle à l'avenir.

Le leadership international du Canada

Les responsables de la première édition avaient prédit que le Canada continuerait de jouer un rôle important en promotion de la santé sur la scène

internationale (O'Neill *et al.*, 1994). Effectivement, et malgré un biais toujours possible dans le choix de nos collaborateurs, il semble évident dans tous les chapitres de la section internationale que le Canada et le Québec continuent d'avoir une bonne réputation internationale et qu'ils ont contribué de diverses manières au développement global du champ au cours de la dernière décennie. Et cela est arrivé malgré la marginalisation de la promotion de la santé ici, au cours de cette même période. Il y a bien des raisons de se réjouir de cette réputation et des contributions en question mais il reste encore beaucoup de travail à faire pour améliorer l'efficacité de nos interventions internationales ou mondiales. Plusieurs personnes ou groupes de scientifiques (dont la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale) qui se préoccupent de santé mondiale et des inégalités, tant au Canada qu'à l'étranger, réfléchissent aux meilleures manières de mieux répartir les maigres ressources disponibles pour la recherche dans le contexte du fossé 10/90 (voir encart 23.2) ; ils s'interrogent aussi sur l'identification des priorités de recherche dans ce contexte, ainsi que sur les façons d'obtenir des effets systémiques et décisifs sur la santé (Neufeld et Spiegel, 2006; Kickbusch, 2006; Labonte et Spiegel, 2001; chapitre 14). Le rôle du Canada à titre de pays donateur ou à titre de puissance mondiale (membre du G8), dont on parle aux chapitres 13 et 16, devrait ainsi être davantage reconnu.

Encart 23.2

L'ÉCART 10/90 EN RECHERCHE MONDIALE SUR LA SANTÉ

En 1990, la Commission de recherche en santé pour le développement de l'OMS a estimé que moins de 10% de l'ensemble des ressources affectées à la recherche en santé, dans le monde, s'intéressaient à des problèmes qui touchent essentiellement les pays en développement, lesquels comptent 90% de la population mondiale; ce déséquilibre a rapidement été cristallisé par l'expression « l'écart 10/90 ». Le rapport « 10/90 » de 2003-2004 sur la recherche en santé signale que, parmi les 1233 médicaments mis en marché durant la période 1975-1997, seulement 13% étaient destinés à la lutte contre les maladies tropicales infectieuses, qui frappent essentiellement les pays du Sud. La communauté canadienne de recherche est devenue très sensible à cette situation d'iniquité et s'applique à améliorer la santé mondiale. De nouveaux partenariats, telle la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale incluant des chercheurs, des concepteurs de politiques et des bailleurs de fonds, se sont constitués afin de soutenir la recherche visant à réduire cet écart 10/90. Un article récent suggère que les PhD et les chercheurs postdoctoraux représentent une ressource encore mal utilisée, qui pourrait sensiblement contribuer à la recherche mondiale en santé. Malheureusement, diverses questions d'ordre éthique, institutionnel ou financier viennent refroidir l'enthousiasme des nouveaux chercheurs qui voudraient s'investir dans ce domaine et diminuer les capacités d'agir de ceux qui y sont déjà (Walker, S. H. *et al.*, 2006).

L'absence de promotion de la santé dans plusieurs endroits du monde

En 1994, les directeurs de l'ouvrage avaient aussi prédit que la promotion de la santé continuerait d'être essentiellement un phénomène de pays développés et un luxe que peu de pays en développement pourraient se payer (O'Neill *et al.*, 1994). Après une décennie, nous pouvons clairement affirmer que bien des pays, qu'on les considère développés ou non, n'ont pas encore adopté la Charte d'Ottawa et son message concernant la promotion de la santé. Le chapitre 16 montre bien qu'elle gagne du terrain à certains endroits, qu'elle existe à quelques autres depuis des périodes fort diverses et qu'elle ne jouit que rarement d'infrastructures solides.

L'adoption de la promotion de la santé est manifestement influencée par diverses considérations sociales, culturelles, historiques et politiques. Par exemple, comme le font remarquer Ridde et Seck (à paraître) pour quelques pays de l'Afrique francophone, certains d'entre eux pourraient être réticents à adopter un discours sur la promotion de la santé, lui préférant celui de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Un tel choix peut s'expliquer, en partie, par les relations historiques entre ces pays et la France (on pense aux domaines de l'aide ou de la formation), où la promotion de la santé n'est pas tellement présente comme on l'a aussi vu au chapitre 16.

Ce qui est aussi intéressant à propos de ce chapitre 16, c'est que la promotion de la santé ne prend certainement pas la même forme dans tous les pays et que des activités similaires peuvent porter des noms différents. O'Neill et ses collaborateurs (1994) avaient noté quelque chose de semblable dans la première édition, mais à propos d'une province canadienne : le Québec semblait encore réticent, durant les années 1980, à adopter un discours de promotion de la santé même si de nombreuses activités d'alors, comme plusieurs encore aujourd'hui, l'étaient en pratique, mais sans en porter le nom. Il semblerait, selon le chapitre 16, que ce soit actuellement le cas dans plusieurs pays, notamment ceux du Sud. En conséquence, il y a beaucoup de travail intéressant déjà accompli en promotion de la santé et qui est encore largement méconnu, notamment à cause des biais mentionnés ci-dessus, d'accès à la publication ou d'inégalités persistantes en capacité de recherche (Walker *et al.*, 2006). Nous croyons que des mesures doivent être prises pour mieux faire connaître ces types d'interventions en promotion de la santé ; deux de ces mesures existent déjà : le *Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé* et le *Projet pour un accès équitable à la publication scientifique* (Jones, 2004), tous deux de l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation en santé (UIPES).

LES NOUVEAUX SUJETS À L'ORDRE DU JOUR

La mondialisation : le plus grand des défis ?

Ronald Labonte le souligne dans le chapitre 13, la vitesse avec laquelle le processus de mondialisation se sont développés récemment constitue probablement l'événement marquant de la dernière décennie. Cette mondialisation semble avoir autant d'effet sur les pays du Sud (Kim, 2000) que sur ceux du Nord, incluant le Canada (Romanow, 2002). Ainsi que le remarque Labonte, plusieurs voix se font entendre pour affirmer (Feachem, 2001) ou nier (Bezruczka, 2000) une relation positive entre mondialisation et santé de la population. Pourtant, la « mondialisation de la santé » est un phénomène moins récent que certains le pensent ou le prétendent (Yach et Bettcher, 1998) ; il serait vieux de cinq siècles, ayant progressé de manière spectaculaire lors de la conquête de l'Amérique par les Européens qui faisaient alors faire un grand bond en avant à l'unification microbienne du monde (Berlinguer, 1999). La coopération entre pays en matière de santé est aussi une vieille histoire, puisqu'une première conférence internationale sur le sujet fut tenue à Paris en 1851 (Walt, 1998). Cependant, l'ampleur des récentes activités de mondialisation atteint des sommets et nous force à réexaminer le lien qu'elle peut avoir avec la recherche et la pratique en promotion de la santé.

D'abord, il semble important de distinguer, avec Jackson et ses collègues (chapitre 14) et à la suite de Brown *et al.* (2006), entre « santé internationale » et « santé mondiale ». Certains ont même affirmé que nous faisons face à une « mondialisation des activités internationales en santé » (Walt, 1998). Selon Labonte (2006), parler de santé mondiale plutôt qu'internationale permet de recadrer les programmes de recherche, car il existe plusieurs situations de santé, locales ou nationales, dont les solutions ne peuvent pas être obtenues par des actions locales ou bilatérales ; elles requièrent des solutions mondiales, globales. C'est le cas par exemple pour le SRAS ou le VIH/SIDA, et ce le sera aussi pour la grippe aviaire ou le bioterrorisme. De plus, certaines actions locales ou nationales ici peuvent avoir des conséquences inattendues ailleurs dans le monde (par exemple : l'exode des cerveaux), ainsi qu'on peut le lire au chapitre 14.

Deuxièmement, les aspects économiques de la mondialisation ont induit divers changements institutionnels. L'OMS et ses États membres constituaient encore, lors de la publication de la première édition de ce livre, une force dominante d'intervention en santé mondiale ; depuis, le leadership des agences des Nations Unies a été supplanté par celui de la Banque mondiale et des autres institutions à vocation économique, comme l'Organisation mondiale du commerce, ce qui est bien documenté en introduction à cet ouvrage ainsi qu'au chapitre 13. Une série d'articles à ce sujet a été publiée vers la fin des années 1990 dans le *British Medical Journal* et a entraîné le commentaire suivant d'un

cadre supérieur de l'OMS : « La Banque mondiale est le nouveau gorille de 500 kilos dans l'arène de la santé mondiale » (Abbasi, 1999, p. 3) [traduction libre]. Depuis la publication de son célèbre rapport sur la santé (Banque mondiale, 1993) et son document *Health, Nutrition and Population Sector. Strategy Paper* (World Bank, 1997), la Banque exerce une influence considérable avec son approche « Investir en santé ». Même si cette stratégie a effectivement mobilisé de nouveaux fonds destinés à la santé, les résultats obtenus ont été maintes fois remis en question depuis 1993, et dénoncés encore récemment par une équipe canadienne de recherche sur la malaria (Attaran *et al.*, 2006).

Cette évolution est inquiétante à plusieurs titres; nous aimerions en relever deux. D'abord, il est bien connu que, pour la Banque mondiale, la santé n'est pas considérée comme un droit fondamental, mais plutôt comme un instrument de levier économique, notamment dans les pays défavorisés (Buse et Walt, 2000; De Beyer *et al.*, 2000), même s'il faut admettre que cette approche ne s'est jamais matérialisée de l'aveu même d'un ex-directeur de la Banque (Stiglitz, 2005). Ensuite, la Banque ignore volontairement l'importance des préférences politiques des pays concernés (Hibou, 1998). La Banque mondiale utilise un modèle de gouvernance, dans ses documents et ses messages, qui se fonde sur une définition précise du rôle de l'État, ou plus précisément de la réduction de ce rôle (Hibou, 1998; Attaran *et al.*, 2006). C'est pour cela que diverses agences internationales à vocation économique, dont l'Organisation mondiale du commerce, exercent une grande influence en santé dans le monde entier, et pas seulement dans le Sud.

Ainsi que le souligne Labonte au chapitre 13, la croissance de l'influence de ces organisations à vocation économique fait surgir diverses réflexions concernant la gouvernance mondiale et le rôle de « chien de garde » que pourraient jouer les praticiens et les organismes de santé publique et de promotion de la santé. L'émergence d'initiatives comme le *People's Health Movement*, ou la rédaction d'un contre-rapport à celui de l'OMS par le *Global Health Watch* nous signalent que des mécanismes se mettent en place pour améliorer le fonctionnement de cette gouvernance mondiale. L'effet du rapport de la nouvelle commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (WHO, 2005), et les réactions qu'il suscitera, de même que l'atteinte ou non des objectifs du millénaire (voir chapitre 13), serviront vraisemblablement d'indications pour déterminer si les organismes associés à l'ONU arrivent à conserver leur influence mondiale ou si, au contraire, nous entrons dans une nouvelle ère ainsi que Kickbusch le prétend au chapitre 21.

Consolider les fondements scientifiques de la promotion de la santé

Un autre important développement est observable au Canada, et dans le monde entier, depuis 1994: la nécessité de donner une solide base scientifique aux pratiques en promotion de la santé. À notre avis, deux raisons pourraient expliquer cette tendance. D'abord, on a eu de plus en plus besoin de fournir aux gouvernements et aux autres bailleurs de fonds des données probantes concernant l'efficacité de la promotion de la santé, en cette période de rationalisation des ressources financières affectées au domaine de la santé (O'Neill, 2004). Par ailleurs, de l'intérieur du champ, il existe un besoin de renforcer les fondements théoriques sur lesquels appuyer l'élaboration et la réalisation d'interventions et de recherches en promotion de la santé; plusieurs contributions dans ce livre vont d'ailleurs dans ce sens

Le mouvement sur « l'efficacité de la promotion de la santé » et l'évaluation « réaliste »

Il est clair que la promotion de la santé se pose constamment deux questions importantes: a) Quelles sortes de données probantes sont requises pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé? et b) Comment évaluer des interventions en promotion de la santé? Potvin et Goldberg (chapitre 20) constatent que beaucoup de recherche s'est développée durant les années 1990 en réponse à ces deux questions, ce qui entraîne diverses conséquences pour l'avenir du champ. Une série de travaux ont été produits par l'UIPES (UIPES, 1999), un ouvrage de référence sur l'évaluation a été publié (Rootman *et al.*, 2001) et des cadres d'analyses ont été proposés de par le monde (Nutbeam, 1998; Cloetta *et al.*, 2005). Tous ces travaux ont été examinés par Jackson et ses collègues (2001), du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé, afin de relever les défis politiques et scientifiques que l'évaluation rencontre.

Malgré l'importance de cette évolution, nous nous heurtons à une impasse de paradigme. En parallèle avec l'émergence récente d'un important développement théorique en évaluation de programme, l'approche « réaliste » (Pawson et Tilley, 1997), les experts en évaluation réalisent l'immense difficulté, sinon l'impossibilité, qu'il y a d'utiliser les méthodes positivistes et les modèles expérimentaux pour démontrer l'efficacité des pratiques en promotion de la santé, notamment au niveau des collectivités locales. Aussi, de nombreux projets ont déjà commencé à développer et à utiliser cette approche « réaliste » en évaluation de programme (Hills *et al.*, 2004; Potvin *et al.*, à paraître). Un des grands défis des années à venir sera sûrement de vérifier si cette nouvelle avenue, prometteuse et théoriquement séduisante, permet vraiment de démontrer

l'efficacité de la promotion de la santé. En conséquence, les scientifiques et les décideurs ont probablement besoin de revoir leur définition de ce qu'est l'efficacité, définition qui n'est pas aussi universelle qu'on pourrait le croire, ainsi que le démontre une récente étude (Jullien, 2005) qui compare les pensées européenne (modéliser puis mettre en œuvre) et chinoise (tirer parti des circonstances) à l'égard de l'efficacité.

La nécessité de la théorie

Malgré les débats, toujours en cours, concernant ce qui devrait être le principal centre d'intérêt des interventions en promotion de la santé, soit l'individu, soit la société, les chercheurs et les praticiens des deux camps s'entendent pour dire que de meilleures théories sont nécessaires pour éclairer la pratique. Ce point de vue est manifeste depuis 1994.

Pour l'approche individuelle, les modèles psychosociaux pour comprendre, prédire et influencer les comportements relatifs à la santé sont disponibles depuis longtemps, en fait depuis les premières formulations du *Health Belief Model* au début des années 1960. L'idée centrale que l'intention constitue un préalable incontournable au comportement a été démontrée régulièrement par diverses générations de modèles théoriques s'appuyant l'un sur l'autre, et par plusieurs auteurs dont Azjen, Fishbein, Triandis, Bandura, Prochaska et di Clemente, pour ne mentionner que les plus connus (Godin, 1991). De nombreuses variables ont été incorporées à ces modèles pour tenter de comprendre ce qui faisait évoluer l'intention et, en général, même si rares parce que complexes, les interventions fondées sur ces avancées théoriques obtiennent de meilleurs succès que les autres (chapitre 22). Dernièrement, un chercheur québécois (Godin, 2002) a même tenté d'intégrer ces approches en un modèle unifié.

Quant à l'approche sociale, et en dépit de l'observation de Kickbusch concernant « [...] des décennies de travaux à ce sujet et des bibliothèques remplies de recherches sur l'interface entre les facteurs sociaux et la santé » (voir chapitre 21), les travaux pour rattacher directement la promotion de la santé et la théorie sociale sont arrivés plus tard, et se sont révélés moins systématiques et moins bien articulés que les travaux portant sur l'approche des individus. À cet égard, deux contributions récentes à l'effort de réconciliation entre théorie sociale et promotion de la santé méritent d'être mentionnées; une est canadienne et l'autre internationale. Cette dernière est l'œuvre de divers ténors dans le domaine, incluant une Québécoise et se nomme *Health and Modernity: the Role of Theory in Health Promotion* (McQueen *et al.*, à paraître). L'autre, qui a suscité beaucoup d'intérêt à l'international, est le concept des « modes de vie collectifs », décrit au chapitre 4. Faisant référence à des auteurs classiques comme Weber ou Habermas, ou à des modernes comme Bourdieu ou Giddens, les

études utilisant ce concept ont généralement produit des résultats moins développés que ceux à propos des changements individuels, mais l'intérêt et l'énergie pour y travailler semblent désormais être au rendez-vous.

De plus, ainsi que nous l'avons vu au chapitre 6, la promotion de la santé a tout intérêt à développer et solidifier ses alliances avec les autres domaines scientifiques, de façon à enrichir ses fondements théoriques. Les auteures nous y exhortent à plus de dialogue avec le champ des études sur les femmes et avancent que la théorie de l'intersectionnalité offre des pistes intéressantes pour orienter la recherche et la pratique sur la promotion de la santé.

Enfin, il est intéressant de noter que quelques efforts ont été consentis récemment afin de rassembler en une théorie unifiée les deux approches, sociale et individuelle et, ici encore, des Canadiens sont associés à ces travaux (Best *et al.*, 2003). Il reste encore beaucoup à faire, mais, pour ce qui est de réussir à effectivement intégrer les deux approches, un point de vue semble plutôt prometteur selon nous: il s'agit de la perspective écologique. Voilà pourquoi nous étions ravis que Richard et Gauvin l'adoptent et l'utilisent, au chapitre 18, afin d'examiner quelques exemples d'interventions en promotion de la santé au Canada et au Québec.

Ainsi que le décrit très bien le chapitre 5, portant sur la littératie en santé, les étapes pour définir scientifiquement, opérationnaliser et mesurer un concept afin de le faire évoluer de la théorie vers la pratique, sont plutôt nombreuses et complexes. Cela est d'autant plus vrai si le concept est large et difficile à définir comme celui de « promotion de la santé » (chapitre 3). La dernière décennie a tout de même démontré que, tant pour des raisons politiques que pour d'autres raisons, le champ de la promotion de la santé requiert que ses fondements scientifiques soient clairement établis; autrement, il court le risque d'être taxé de simple discours idéologique, aisément remplaçable par un autre discours idéologique.

Déterminants de la santé et inégalités sociales en santé

La promotion de la santé s'est toujours intéressée aux interventions sur les déterminants de la santé, dans l'espoir d'améliorer la santé générale de toute la population. Cette stratégie était relativement jeune à l'époque de la Charte d'Ottawa et, depuis, on a réussi à colliger une importante quantité de connaissances sur ces déterminants. De nombreux cadres d'analyse ont été conçus afin de décrire et d'analyser divers déterminants de la santé, un de ceux-là ayant été publié à la même époque que la première édition de ce livre-ci. Il s'agit de l'ouvrage d'Evans *et al.* (1994), qui a suscité beaucoup d'intérêt et de critiques (Poland *et al.*, 1998; Coburn *et al.*, 2003). Aussi, il nous semble avoir décelé ces dernières années une double évolution issue de cette nouvelle vision, à tout le moins dans le domaine de la recherche.

Premièrement, les chercheurs commencent à se préoccuper d'aller au-delà de la simple description des déterminants de la santé pour comprendre leurs interactions, ainsi que les processus sociaux sous-jacents qui se déroulent dans le temps afin de documenter les différentes expositions et vulnérabilités durant une vie (WHO, 2005). Le concept de « modes de vie collectifs » (présenté au chapitre 4), et le potentiel de l'approche écologique (chapitre 18) représentent deux exemples intéressants de contributions d'ici au développement du savoir dans ce domaine. Plus récemment, d'autres chercheurs ont suggéré de considérer les déterminants comme des « [...] contributions aux causes de maladie plutôt que des facteurs déterminants » (Lock *et al.*, 2005, p. 58) [traduction libre].

Deuxièmement, le problème des inégalités sociales de santé (chapitre 8) commence (timidement tout de même) à intéresser les chercheurs; le défi est non seulement de relier les inégalités sociales à la santé de la population, mais aussi, et de manière plus importante, de comprendre les processus sociaux et politiques qui induisent ces inégalités (Navarro, 1998; Whitehead, 1998; Coburn *et al.*, 2003), ce qui ne sera possible que grâce à une science interdisciplinaire sur les inégalités de santé (Graham, 2004).

Nous en sommes encore seulement aux premiers balbutiements en matière d'interventions pour réduire les inégalités sociales de santé (Mackenbach et Bakker, 2002). Très peu de pays ont réussi à mettre en place des politiques globales et bien coordonnées, le Québec (Ridde, 2004) et le Canada (Raphael, chapitre 8) ne faisant pas exception. Les promoteurs de la santé devront-ils assumer le rôle de leaders sociaux et politiques afin d'ajouter à l'agenda politique canadien la question de la réduction de ces inégalités de santé? Selon Mahler, ex-directeur général de l'OMS, « [...] la santé publique a perdu son lien d'origine avec la justice sociale, le changement social et la réforme sociale » (Hancock *et al.*, 1999) [traduction libre]. La promotion de la santé, au contraire, a placé la Charte d'Ottawa au cœur de ses valeurs, et la question de la réduction des disparités ayant un effet sur la santé (OMS, 1986); elle a clairement épousé cette cause depuis 10 ans même si, comme on l'a vu plus haut, cette approche ne rallie pas nécessairement toute la communauté de la promotion de la santé.

La croissance de l'arbre

Finalement, si l'on examine le développement de la promotion de la santé au Canada en tant que champ spécialisé, on peut constater que de nombreux et importants changements sont intervenus au cours de la dernière décennie, notamment la croissance des fonds dédiés à la recherche et aux infrastructures, un regain d'intérêt du gouvernement fédéral pour la promotion de la santé et de plus en plus d'intérêt pour la reconnaissance professionnelle des promoteurs de la santé. Les deux premiers sujets ayant abondamment été analysés plus tôt,

nous allons nous arrêter un peu sur le troisième de ces changements, puisqu'il est en lien avec la conclusion de ce chapitre.

Durant les derniers préparatifs de cet ouvrage, la question de la reconnaissance professionnelle a refait surface à l'occasion de la création du *College of Health Promoters*, en Ontario, et aura peut-être des répercussions ailleurs au pays. Voilà une tendance que les Canadiens travaillant dans le domaine ont toujours hésité à cautionner, à cause de la philosophie égalitaire de la promotion de la santé telle que formulée dans la Charte d'Ottawa. Sur le plan international, cependant, cette question a constamment fait l'objet de beaucoup d'attention (O'Neill et Hills, 2000), comme le prouve la création, en 2004, d'un poste de vice-président à la formation et au développement des capacités à l'UIPES. Le premier titulaire de ce poste est Alyson Taub, une scientifique américaine de grande réputation, dont la majeure partie de la carrière s'est déroulée dans le domaine de la certification et de la reconnaissance des formations qui constitue une partie importante de son mandat actuel, au niveau mondial maintenant.

Malgré cette résistance traditionnelle au Canada, il s'exerce actuellement des pressions de deux sources différentes pour que l'on commence à formaliser la reconnaissance professionnelle des promoteurs de la santé. La première est constituée des praticiens sur le terrain, en particulier ceux œuvrant dans les milieux de santé publique; ils sont très conscients que les autres professionnels dans ce domaine, les infirmières et les diététistes notamment, reçoivent crédibilité et soutien de leur collège professionnel respectif, alors que les « promoteurs de la santé » ne jouissent ni d'une telle protection ni d'une telle crédibilité, et reçoivent peu de soutien externe. L'autre source de pression est constituée des collèges communautaires des provinces anglophones, lesquels offrent des formations en promotion de la santé et s'inquiètent que les compétences et habiletés de leurs étudiants diplômés ne soient pas bien reconnues. Selon eux, un diplôme officiel de formation professionnelle, reconnu par les employeurs, serait une plus-value pour tout le monde.

Les efforts conjugués de ces deux groupes sont à l'œuvre pour amener les gouvernements à soutenir un projet de Collège canadien de promotion de la santé. Ce projet verra-t-il le jour et, si oui, quelle forme prendra-t-il dans chacune des provinces? Tout cela reste à voir au cours de la prochaine décennie; mais il est clair que le projet est à l'étude actuellement et qu'on aura à se positionner à cet égard, notamment au vu de la définition de la promotion de la santé en tant qu'entreprise professionnelle qui est proposée au chapitre 3.

CONCLUSION : LE RHIZOME DU « TRAVAIL POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ » OU L'ARBRE DE LA « PROMOTION DE LA SANTÉ » ?

C'est par une image forte, celle du rhizome, que Kickbusch (chapitre 21), à la suite de Deleuze et Guattari (1987), illustre la présence dans nos vies de l'idéologie de la nouvelle santé publique. Cette image de réseau, très postmoderne, suggère que la santé occupe une place centrale dans nos sociétés depuis notamment que la promotion de la santé a commencé, vers le milieu des années 1980, à en démontrer les effets multiples et les ramifications souvent inattendues. Nous aimerions terminer ce chapitre, et cet ouvrage, par un examen de comment cette image du rhizome, qui a aussi été utilisée par les infirmières (Holmes et Gestaldo, 2004), peut nous aider à envisager l'avenir du champ de la promotion de la santé, au Canada, au Québec, et à l'étranger. Cet avenir sera peut-être, après tout, une sorte d'interaction entre les approches moderne et postmoderne à la promotion de la santé, entre l'arbre et le rhizome, au lieu d'une bataille à finir au profit de l'une ou de l'autre. La « promotion de la santé » doit peut-être, à la manière de l'arbre, continuer à devenir une entreprise professionnelle, un sous-système de la santé publique à l'intérieur des systèmes de santé nationaux, dotée d'une infrastructure distincte. Mais, en même temps, on ne peut nier le fait que c'est l'évolution en rhizome de la place de la santé dans les sociétés qu'O'Neill et Stirling (chapitre 3) suggèrent d'appeler « travailler à promouvoir la santé », qui a eu et qui aura encore la plus forte influence dans un monde en mondialisation constante.

Selon Deleuze et Guattari (1987), les principales forces du rhizome sont l'hétérogénéité, la multiplicité et la rupture totales. Sa productivité tient justement à son refus d'être enfermé dans une définition, à sa capacité d'esquive, de racolage et même de trahison sans remords. Kickbusch (chapitre 21) fait d'ailleurs allusion à cette idée de « trahison » quand elle réfère aux chaudes discussions tenues lors de la Conférence de Jakarta à propos du secteur privé; on voit la même chose se reproduire présentement dans les échanges à propos de la Charte de Bangkok (RHPEO, 2006). On sent beaucoup de tension dans le milieu de la promotion de la santé, actuellement, à propos de sujets comme le secteur privé, le néolibéralisme et tous ces autres thèmes centraux de la mouvance de la mondialisation. Ce qui semble manquer dans ces discussions, c'est une reconnaissance de l'aspect dynamique du système capitaliste mondial, un système où le secteur privé ne se contente pas de se tenir tranquille à sa place, assumant son rôle classique, à la manière d'un convive dont on découvre soudainement qu'il pourrait bien participer à la conversation. Le néolibéralisme n'est pas seulement un assemblage de malheureuses idées de quelques scientifiques du Fonds monétaire international ou de la Banque mondiale; c'est une stratégie hégémonique de constitution d'avoires, qui a bien servi les objectifs du capitalisme mondial, et qui continuera de le faire.

Une tension existe, même si elle n'est pas souvent explicite, entre les chemins qu'emprunte la théorie de la promotion de la santé, et les solutions qu'on espère trouver au bout de ces chemins. D'une part, on perçoit un sentiment de proximité avec plusieurs des idées et thèmes (diversité, discours, réseaux, etc.) du postmodernisme; de plus, on peut certainement observer que la naissance de la promotion de la santé a coïncidé avec celle du postmodernisme et avec la prétendue mutation vers la postmodernité où nous nous trouverions depuis (Harvey, 1990; Jameson, 1991; Lash et Urry, 1994). Et, si nous sommes d'accord avec Kickbusch, la principale victoire de la promotion de la santé, au Canada et ailleurs, est sans doute sa façon postmoderne, de type rhizome, de contribuer à la transformation de la place de la santé dans nos sociétés contemporaines.

Encart 23.3

LE POSTMODERNISME

Il existe plusieurs définitions du postmodernisme, la plupart laissant cependant le lecteur plus confus à la fin de la lecture qu'avant de commencer. C'est pourquoi nous allons privilégier une approche radicalement simplifiée, en suggérant au lecteur de parcourir les références indiquées (Harvey, 1990; Jameson, 1991; Lash et Urry, 1994) qui permettront, le cas échéant, d'examiner d'autres facettes du postmodernisme qui seraient plus complexes ou plus subtiles. En fait, l'ambiguïté de toute définition du postmodernisme est endémique et inextricable.

Le postmodernisme, très simplement, est une critique du modernisme. Par critique, nous voulons dire une analyse systématique et fondamentale, qui trouve son origine dans une tradition de pensée. En fait, il y a plusieurs aspects du modernisme que le postmodernisme embrasse aussi, dont la rupture radicale des normes culturelles traditionnelles et l'importance accordée à l'expérimentation et à l'innovation. Certains écrivains ou penseurs « modernes » (par exemple Joyce et Nietzsche) sont identifiés comme « postmodernes avant la lettre ». Mais ce qui distingue vraiment le postmodernisme est sa réaction négative à certains thèmes du modernisme comme l'émancipation, la rationalité et l'authenticité.

Les Postmodernes ne partagent pas l'idée moderniste que l'émancipation, ou la liberté, constitue une trame de fond universelle vers laquelle le progrès humain tend ou devrait tendre. Les Postmodernes critiquent aussi l'idée que la rationalité, ou le dialogue rationnel et le savoir scientifique constituent LE fondement sur lequel construire une société juste et organiser la vie en société. Enfin, les Postmodernes ne partagent pas l'attachement des Modernes à l'idée que les humains possèdent une manière « authentique », ou fondamentale, d'être et de se développer, et que cette authenticité doit être encouragée et soutenue.

Néanmoins, on pourrait prétendre, à la lecture des contributions au présent ouvrage, que la plupart des réflexions y sont plutôt de type « moderne », au sens classique du terme (Bauman, 1987; Habermas, 1987). Prenons par exemple le chapitre 2 sur le concept de santé, ou le chapitre 3 qui s'applique à proposer une définition plus précise et plus utile du concept de promotion de la santé, ou encore le chapitre 4 qui reprend les écrits de Bourdieu et de Giddens (les tout derniers sociologues « modernes ») pour appuyer le concept de modes de vie collectifs. Plusieurs des véritables inquiétudes exprimées dans ce livre portent, non sur l'exagération des rationalisations budgétaires ou sur la mollesse des structures institutionnelles modernes, mais plutôt sur le fait que la promotion de la santé n'a pas réussi à faire croître, à la manière d'un arbre, ses fondements théoriques écologiques (voir chapitre 18), ni non plus développé des stratégies pragmatiques pour institutionnaliser l'approche sociétale à la santé, et ce, particulièrement au sein des États-nations modernes, toujours les principaux bailleurs de fonds. Ce que nous trouvons dans cet ouvrage, c'est l'appel répété à une plus grande utilisation « moderne » des outils théoriques disponibles, que ce soit la théorie sociale (chapitre 4), l'analyse politique (chapitre 11) ou l'économie politique (chapitres 8 et 13), afin d'expliquer, de clarifier et d'orienter la promotion de la santé dans l'avenir.

Alors, que penser de cette ambivalence entre la capacité démontrée de l'approche rhizome à promouvoir l'importance de la santé dans nos sociétés et la relative incapacité de la promotion de la santé à se développer comme un arbre et à se construire une solide structure ?

En fait, il ne s'agit pas de choisir entre deux approches qu'on pourrait croire fondamentalement différentes. Les succès post modernes de la stratégie rhizome représentent clairement des progrès et reflètent sans doute une attitude plus réaliste que l'ambitieuse volonté d'un large et profond changement institutionnel. Pourtant, on distingue d'indéniables signes de « modernité » dans l'engagement politique auquel nous invitent Labonte (chapitre 13), dans son combat à l'échelle mondiale, et Raphael (chapitre 8), lorsqu'il réclame sans compromis que la promotion de la santé exige de sérieux changements de politiques afin de régler les problèmes d'inégalités de santé. Dans le même sens, nous percevons partout dans ce livre un autre enjeu typiquement « moderne » : l'engagement à soutenir le développement d'un jeune champ du savoir et la volonté d'y construire une solide base collective de connaissances.

Les réflexions proposées ici ne visent certainement pas à décourager l'engagement dans certains des principaux courants de pensée du postmodernisme ; plusieurs de ceux-ci étant stimulants et même provocateurs, ils permettent de tirer d'importantes leçons concernant les limites des approches modernes à la théorie et à la pratique. Notre intention est plutôt de suggérer que les points soulevés par une discussion plus générale concernant les concepts de modernité et de postmodernité fassent partie intégrante des débats en cours concernant la

promotion de la santé. Il faut souligner que la promotion de la santé, en plus de devoir faire la preuve scientifique de son efficacité, se trouve de plus en plus aux prises avec une décision importante à prendre : de quel côté pencher, sur la scène politique mondiale ? Pour le Forum économique mondial de Davos ou le Forum social mondial de Porto Alegre ? Nous devons faire un choix, car, comme le disait Paulo Freire (1970), la « neutralité » équivaut souvent à soutenir ceux qui ont le pouvoir contre ceux qui ne l'ont pas. Ce choix devra être pris en fonction de notre perception de l'avenir : croyons-nous en un monde futur issu de batailles gagnées contre les hégémonies et fondé sur le développement collectif et durable, ou sommes-nous convaincus que l'hégémonie du capital économique a déjà franchi un point de non-retour ?

Nous vivons dans un monde hétéroclite de marchés, de hiérarchies et de réseaux, autant de structures organisationnelles que rencontre quotidiennement la promotion de la santé. On peut bien se passionner pour les « réseaux de rhizomes » et croire en leur potentiel, il n'en reste pas moins que les marchés et les hiérarchies représentent actuellement les formes dominantes de l'organisation de nos sociétés et les principaux processus sociaux par lesquels la santé est déterminée. Dès lors, quelles sont les décisions politiques que doivent prendre les promoteurs de la santé ? Et quelles sont les conséquences de notre attachement aux notions d'équité, de participation et d'autonomisation ? Ce sont toutes des notions dérivées de classiques prémisses modernes concernant l'autonomie, l'authenticité et l'émancipation. Où cela nous mène-t-il dans un avenir postmoderne ? Il n'est pas certain que la promotion de la santé se soit encore véritablement engagée à répondre à ces questions fondamentales ; nous croyons sans équivoque qu'il faudra en débattre durant les années à venir.

RÉFÉRENCES

- Abbasi, K. (1999). The World Bank and world health : Changing sides. *British Medical Journal*, 318(7187), 865-869.
- Attaran, A., Barnes, K. I., Bate, R., Binka, F., d'Alessandro, U., Fanello, C. L., et al. (2006). The World Bank : false financial and statistical accounts and medical malpractice in malaria treatment. *The Lancet*, Viewpoint published online at www.thelancet.com on April 25, 2006. DOI:2010.1016/S0140-6736(2006)68545-68540.
- Banque mondiale (1993). *Rapport sur le développement dans le monde: investir dans la santé*: Oxford University Press.
- Bauman, Z. (1987). *Legislators and interpreters: on modernity, post-modernity and intellectuals*. Cambridge: Polity Press.
- Bengel, J., Strittmatter, R., et Willmann, H. (1999). *What Keeps people Healthy? The current State of Discussion and the Relevance of Anthonovsky's Salutogenic Model of Health*. Cologne: Federal Centre for Health Education (FCHE).

- Berlinguer, G. (1999). Globalization and global health. *International Journal of Health Services*, 29(3), 579-595.
- Best, A., Stokols, D., Green, L. W., Leischow, S., Holmes, B., et Buchholz, K. (2003). An Integrative Framework for Community Partnering to Translate Theory into Effective Health Promotion Strategy. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 168-176.
- Bezruczka, S. (2000). Is globalization dangerous to our health? *West J Med*, 172(5), 332-334.
- Breslow, L. (1999). From Disease Prevention to Health Promotion. *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 281(11), 1030-1033.
- Brown, T. M., Cueto, M., et Fee, E. (2006). The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *Am J Public Health*, 96(1), 62-72.
- Bujold, R. (2004). La loi 25. Des promoteurs de la santé réduits au silence. *Bulletin de santé publique*, 25(1), 1-2.
- Buse, K., et Walt, G. (2000). Role conflict? The World Bank and the world's health. *Soc Sci Med*, 50(2), 177-179.
- Cloetta, B., Spencer, B., Spörri-Fahrni, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U., et Ackermann, G. (2005). Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé. *Promotion & Education*, 12(2), 88-93.
- Coburn, D., Denny, K., Mykhalovskiy, E., McDonough, P., Robertson, A., et Love, R. (2003). Population Health in Canada: A Brief Critique. *Am J Public Health*, 93(3), 392-396.
- De Beyer J. A., Preker A. S., et Feachem R.G.A. (2000). The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership. *Soc Sci Med*, 50(2), 169-176.
- Deleuze, G., et Guattari, F. (1987). *A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Evans, R. G., Barer, M. L., et Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*. New York: Walter de Gruyter.
- Feachem, R. G. (2001). Globalisation is good for your health, mostly. *BMJ*, 323(7311), 504-506.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- Frohlich, K. L., et Potvin, L. (1999). Health promotion through the lens of population health: toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, 9(3), 211-222.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In Fisher G.F. (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (p. 375-388). Paris: Les Éditions Dunod.
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Habermas, J. (1987). *The philosophical discourse of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Hall, M. H., Barr, C. W., Easwaramoorthy, M., Woiciech-Sokolowski, S. et Salomon, L. M. (2005) *The Canadian Non-Profit and Voluntary Sector in Comparative Perspective*. Toronto: Imagine Canada.

- Hancock, T. (1994). Health Promotion in Canada: Did we win the battle but loose the war? In Pederson A., O'Neill M. et Rootman I. (Eds.), *Health Promotion in Canada: provincial, national and international perspectives* (p. 350-374). Toronto: WB Saunders.
- Hancock, T., R. Labonté, et R. Edwards (1999). Indicators that count! – Measuring population health at the community level. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (Suppl. 1), S22-S26.
- Harvey, D. (1990). *The Condition of Postmodernity*. Oxford: Blackwell.
- Hibou, B. (1998). *Économie politique du discours de la Banque mondiale en Afrique subsaharienne. Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire*. Paris: CERI: 46.
- Hills, M. D., S. Carroll, et M. O'Neill (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé: compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion & Education – Spec, 1*, 17-21, 49.
- Holmes, D., et Gestaldo, D. (2004). Rhizomatic thought in nursing: an alternative path for the development of the discipline. *Nursing Philosophy*, 5(3), 258-267.
- Jackson, S., Edward, R., Kahan, B., et Goodstat, M. (2001). *An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives*. Toronto: Canadian Consortium of Health Promotion Research. <http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/synthesisfinalreport.pdf>.
- Jameson, F. (1991). *Postmodernism: or, The Cultural Logic of Late Capitalism*. Durham: Duke University Press.
- Jones, C. (2004). Le programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. *Promotion & Education, Hors série*(1), 33-35.
- Jullien, F. (2005). *Conférence sur l'efficacité*. Paris: PUF-Centre Marcel Granet. Institut de la pensée contemporaine.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J Public Health*, 93(3), 383-388.
- Kickbusch, I. (2006). Mapping the Future of Public Health: Action on Global Health. *Canadian Journal of Public Health*, 97(1), 6-8.
- Kim, J. Y. (Ed.). (2000). *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*: Monroe, Me., Common Courage Press.
- Labonte, R., et Spiegel, J. (2001). *Setting global health priorities for funding Canadian researchers: a discussion paper prepared for the Institute on Population and public health*. Ottawa: IDRC. Disponible au: http://www.idrc.ca/fr/ev-30878-201-1-DO_TOPIC.html.
- Labonte, R. (2006). *Allocution d'ouverture du 2^e colloque du Réseau de recherche en santé mondiale du Québec*, Montréal.
- Lash, S., et Urry, J. (1994). *Economies of Signs and Space*. London: Sage.
- Lévesque, J. F., et Bergeron, P. (2003). De l'individu au collectif: vers une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures*, 9(2), 73-89.
- Lock, M., Nguyen, V.-K., et Zarowsky, C. (2005). Global and Local Perspectives on population Health. In J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer et R. G. Evans

- (Eds.), *Healthier Societies: From Analysis to Action* (p. 58-82). New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J., et Bakker, M. (2002). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London and New York: Routledge.
- McKinlay, J. B. (1998). Paradigmatic obstacles to improving the health of populations – Implications for health policy. *Salud Pública Méx*, 40(4), 369-379.
- McKinlay, J. B., et Marceau, L. D. (2000). To boldly go. *Am J Public Health*, 90(1), 25-33.
- McQueen, D., Kickbusch, I., Potvin, L., Balbo, L., Abel, T., et Pelikan, J. (à paraître). *Health and Modernity: The role of theory in health promotion*. New York: Springer.
- Navarro, V. (1998). Neoliberalism, “globalization,” unemployment, inequalities, and the welfare state. *International Journal of Health Services*, 28(4), 607-682.
- Neufeld VR, et Spiegel J. (2006). Canada and Global Health Research: 2005 update. *Can J Public Health*, 97(1), 39-41.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- O’Neill, M., Rootman, I., et Pederson, A. (1994). Beyond Lalonde: Two Decades of Canadian Health Promotion. In O’Neill M., Pederson A. et Rootman I. (Eds.), *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives* (p. 374-386). Toronto: W.B. Saunders.
- O’Neill, M., et Hills, M. (2000). Education and Training in Health Promotion and Health Education: Trends, Challenges and Critical Issues. *Promotion & Education*, 7(1), 7-9.
- O’Neill, M. (2004). Le débat international sur l’efficacité de la promotion de la santé: d’où vient-il et pourquoi est-il si important? *Promotion & Education, Hors Série*(1), 6-9.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (1986). *Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Pawson, R., et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Poland, B., Coburn, D., Robertson, A., et Eakinand, J. (1998). Wealth, equity and health care: a critique of a “population health” perspective on the determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46(7), 785-798.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., et Chabot, P. (2005). Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *Am J Public Health*, 95(4), 591-595.
- Potvin, L., Gendron, S., et Bilodeau, A. (à paraître). Très posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In MLM Bosi et Mercado F. J. (Eds.), *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis. Brazil: Vozes Editora.
- RHPEO (2006). Voir site Web: www.rhpeo.org, série D’Ottawa à Vancouver.
- Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l’importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches sociographiques*, XLV(2), 343-364; accessible à <http://www.erudit.org/revue/rs/2004/v2045/n2002/index.html>.

- Ridde, V. et Seck, A. (à paraître). Quelques défis de la mise en œuvre de la Charte de Bangkok en Afrique francophone. *Numéro spécial de la revue du REFIPS*.
- Romanow RJ. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada). Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., et al. (Eds.). (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO-Euro.
- Stiglitz, J. (2005). *Quand le capitalisme perd la tête*. Paris: Le Livre de poche.
- UIPES (1999). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe*. Brussels – Luxembourg, ECSC-EC-EAEC. (Maintenant disponible en français)
- Walker, S. H., Ouellette, V., et Ridde, V. (2006). How can PhD research contribute to the global health research agenda? *Can J Public Health*, 97(2), 145-148.
- Walt, G. (1998). Globalisation of international health. *Lancet*, 351(9100), 434-437.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quarterly*, 76(3), 469-492.
- World Bank (1997). *Health, Nutrition, and Population Sector. Strategy Paper*. New York: World Bank.
- World Health Organisation – WHO (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action* (Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health: DRAFT). Geneva: WHO.
- Yach, D., et Bettcher, D. (1998). The globalization of public health, I: Threats and opportunities. *Am J Public Health*, 88(5), 735-738.
- Ziglio, E., Hagard, S., et Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promot. Int.*, 15(2), 143-154.

QUESTIONS DE COMPRÉHENSION ET D'ANALYSE CRITIQUE

1. Indiquez l'élément de la promotion de la santé demeuré constant entre 1974-1994 et 1994-2006 qui vous intrigue le plus et expliquez pourquoi.
2. Lequel parmi les éléments émergents depuis 1994 vous a le plus interpellé? Pourquoi?
3. Expliquez en vos propres mots les liens entre modernisme, postmodernisme et promotion de la santé.