Cadre de référence

en *soutien* au *développement* des *communautés*

Québec

Cadre de référence en *soutien* au *développement* des *communautés*

Rédaction

Caroline Duval, agente de planification, de programmation et de recherche

Révision du contenu

Ariane Courville, directrice de santé publique par interim
Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire

Contribution à la réflexion, conseils et commentaires

Ginette Arseneau, intervenante en organisation communautaire au CSSS des Îles
Marc-André Aubé, intervenant en organisation communautaire au CSSS de La Côte-de-Gaspé
Régine Boucher, intervenante en organisation communautaire au CSSS de La Côte-de-Gaspé
Hélène Chevrier, intervenante en organisation communautaire au CSSS des Îles
Jocelyne Côté, agente de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique GÎM
Ariane Courville, directrice de santé publique par interim
Isabel Garcia, agente de planification au CSSS du Rocher-Percé
Sylvie Garnier, agente de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique GÎM
Suzanne Gérin-Lajoie, agente de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique GÎM
Geneviève Giguère, coordonnatrice du Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Charles Guérette, directeur de programmes au CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Julie Lacasse, agente de planification, programmation et recherche à l'Agence de la santé et des services sociaux GÎM
Thérèse Lepage, intervenante en organisation communautaire au CSSS de La Haute-Gaspésie
Francine Maltais, agente de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique GÎM
Luc Potvin, intervenant en organisation communautaire au CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Francine Roy, intervenante en organisation communautaire au CSSS du Rocher-Percé
Christiane Ste-Croix, agente de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique GÎM
Jean-Denis Santerre, agent de planification, programmation et recherche à l'Agence de la santé et des services sociaux GÎM
André St-Onge, intervenant en organisation communautaire au CSSS des Îles
Jean Tremblay, agente de recherche à l'INSPQ
Annick Viel, enseignante en Techniques de travail social au Cégep de la Gaspésie et des Îles

Conception graphique et mise en page

Ghislaine Roy

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes ayant participé aux différentes consultations :
gestionnaires de CSSS, professionnels de la Direction de santé publique GÎM et organismes communautaires.

Révision de texte et mise en page

Angélie Dugas, agente administrative
Marie-Pier Denis, agente administrative

Production

Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Tél. : 418 368-2443

Note aux lecteurs

La forme masculine utilisée dans le texte désigne autant les hommes que les femmes
et n'est utilisée qu'à seule fin d'alléger le texte.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN 978-2-923874-56-2 (version imprimée)
978-2-923874-57-9 (version électronique)

Table des matières

Introduction 5

Objectifs d'un cadre de référence en développement des communautés 6

Objectifs généraux 6

Objectifs spécifiques 6

Ancrage de la démarche d'élaboration d'un cadre de référence en soutien au développement des communautés 7

Concepts 8

Développement social 8

Développement des communautés 9

Développement 11

Communauté 12

Action communautaire 14

Organisation communautaire 15

Contexte régional d'une stratégie de soutien au développement des communautés 17

Sous-comité sur l'action communautaire 17

Enjeux 18

Recommandations 19

Partenaires du réseau public de la santé et des services sociaux pour la stratégie de soutien au développement des communautés 20

Partenaires locaux 20

Partenaires régionaux 22

Le développement des communautés comme stratégie de santé publique 24

Inégalités de santé et développement des communautés 24

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 28

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) 30

Loi sur la santé publique (LSP) et Programme national de santé publique (PNSP) 31

Approche de la Direction de santé publique en soutien au développement des communautés 33

Stratégie de soutien au développement des communautés complémentaire aux activités de santé publique prévues par domaine d'intervention 35

Stratégie de soutien au développement des communautés transversale aux activités de santé publique prévues par domaine d'intervention 37

Éléments incontournables du développement des communautés **39**
Réduction des inégalités 39
Participation 40
Empowerment ou développement du pouvoir d'agir 41
Concertation et partenariat 44
Outils d'*empowerment* et de mobilisation 44
Écueils 45
Conditions de réussite de la concertation et du partenariat 47
Harmonisation et promotion des politiques publiques favorables à la santé 49
Conditions de réussite de l'intervention en développement des communautés **50**
Additionner les expertises 50
Composer avec des logiques paradoxales 51
Adopter une approche stratégique et pragmatique du développement des communautés 52
Rôles et responsabilités en soutien au développement des communautés **53**
Direction de santé publique (DSP) 54
Responsabilités de la DSP 54
Rôles des gestionnaires 56
Rôles du responsable du dossier Développement des communautés 57
Rôles des professionnels des différents domaines de santé publique 58
Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) **59**
Responsabilités des CSSS 59
Rôles des gestionnaires 61
Rôles des équipes en organisation communautaire 62
Rôles des intervenants des différents programmes 65
Organismes communautaires **67**
Contribution des organismes communautaires 67
Conclusion **69**
Références **70**
ANNEXE 1
Distinction entre les organismes communautaires et les organismes communautaires autonomes 74
Facteurs favorables et freins à la mise en œuvre d'une approche socio-institutionnelle participative 75
ANNEXE 2
Concertations et partenariats locaux auxquels participent les intervenants en organisation communautaire (IOC) des CSSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine 76
ANNEXE 3
Concertations et partenariats régionaux en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine 77

Introduction

Les grands déterminants de la santé que sont les habitudes de vie, les environnements sociaux et conditions socioéconomiques, les environnements physiques, l'organisation des services sociaux et des services de santé ainsi que l'accès aux ressources, sur lesquels agissent les activités en santé publique, sont des facteurs sociaux qui influencent la santé et le bien-être de la population comme les prédispositions biologiques et génétiques. On les nomme donc déterminants sociaux de la santé. Certains d'entre eux, comme les environnements sociaux et les conditions socioéconomiques, se révèlent être davantage reliés à la collectivité qu'aux caractéristiques individuelles et font donc ressortir l'importance d'une intervention plus collective en santé publique en complémentarité avec les actions adressées aux individus.

De plus, on observe des iniquités en santé qui sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste de certains déterminants sociaux de la santé (l'éducation, l'emploi, le revenu par exemple), établissant la position sociale des personnes et des groupes (Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2009).

Le soutien au développement des communautés représente une stratégie d'action collective en santé publique qui vise la collectivité. Cette stratégie veut favoriser l'*empowerment* des personnes et des communautés ainsi que leur participation sociale afin d'avoir un impact principalement sur les effets d'une distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'éventuellement sur la distribution elle-même de ces déterminants. Cette stratégie se présente donc comme un complément cohérent aux autres approches en santé publique qui permettent, certes, l'amélioration de la santé de la population en général, mais qui n'arrivent pas à réduire les écarts de santé provoqués par les inégalités sociales. En effet, « […] la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne » (OMS, 2008, p. IV).

Le présent document vise donc à situer le développement des communautés comme stratégie d'action collective à l'intérieur du champ de la santé publique dans notre région. Pour ce faire, il est d'abord important de faire un survol des principales définitions relatives au développement des communautés qui serviront de référence dans la lecture de ce document. Ensuite, afin d'ancrer ce dernier dans son contexte régional, nous présenterons les constats régionaux relatifs à cette stratégie qui ont été soulevés au comité régional de santé publique en 2007. En effet, les travaux du sous-comité sur l'action communautaire, issus du comité régional de santé publique, servent de base à l'élaboration du présent cadre de référence puisqu'ils recommandaient, entre autres, de se doter d'orientations régionales en matière de développement des communautés. Nous profiterons aussi de cette section pour présenter certains partenaires du réseau public de la santé et des services sociaux en soutien au développement des communautés.

Par la suite, nous verrons ce qui, dans le contexte global, rend le développement des communautés particulièrement pertinent. Nommons, par exemple, certaines recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et certains éléments de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) et de la *Loi sur la santé publique* (LSP).

Toujours en continuité avec les travaux du sous-comité sur l'action communautaire, nous proposerons notre approche du développement des communautés afin d'y ancrer nos interventions. Nous proposerons ensuite une répartition des rôles et responsabilités de la Direction de santé publique (DSP), des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des équipes en organisation communautaire, tout en situant, dans le respect de leurs missions, la contribution des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux. Voici, plus précisément, les objectifs de ce cadre de référence en développement des communautés.

Objectifs

d'un cadre de référence en soutien au développement des communautés

Objectifs généraux

1. Partager, au sein du réseau de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, une vision commune du développement des communautés et de l'action communautaire ainsi qu'une approche qui en sous-tend les actions.
2. Identifier les principaux partenaires du développement des communautés en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine.
3. Mieux baliser et soutenir l'application de la stratégie de soutien au développement des communautés en tant que stratégie de promotion et d'amélioration de la santé des collectivités locales et de la population régionale.

Objectifs spécifiques

1. Définir le concept de développement des communautés ainsi que déterminer l'approche à privilégier en développement des communautés pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.
2. Identifier les éléments importants du cadre légal en santé et services sociaux devant être considérés dans l'élaboration d'une définition en développement des communautés.
3. Identifier les rôles des principaux acteurs locaux et régionaux détenant des mandats liés au développement social et au développement des communautés.
4. Déterminer les rôles et responsabilités de la DSP en matière d'action communautaire et de développement des communautés.
5. Proposer des rôles et responsabilités pour les CSSS en matière de développement des communautés.
6. Proposer des rôles en développement des communautés, pour les différents intervenants, à l'intérieur des responsabilités de la DSP et des CSSS.

Ancrage

de la démarche
d'élaboration
d'un cadre de référence
en soutien
au développement
des communautés

Concept

À partir des travaux du sous-comité sur l'action communautaire et d'une revue de littérature complémentaire sur le développement des communautés, il est important, avant d'aller plus loin, de définir certains concepts clés reliés au développement des communautés.

Développement social

Avant d'aborder directement la définition du développement des communautés en tant que stratégie d'action du Programme national de santé publique (PNSP), il est à propos de faire un détour par la définition du développement social qui lui est souvent associée, puisqu'elle partage plusieurs de ses caractéristiques en plus d'être une préoccupation de plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement au palier régional. Lionel Robert faisait ressortir, dans Développement social : une politique en émergence, deux tendances lorsqu'il est question de développement social. L'une privilégiant la mobilisation des communautés et l'implication citoyenne à la fois comme objectif et comme moyen de développement social et l'autre se concentrant sur les résultats en termes, entre autres, d'amélioration des conditions de vie et de réduction des inégalités (Robert, 2002). Nous choisissons de nous attarder sur la première tendance qui peut s'arrimer avec le développement des communautés.

En effet, le PNSP définit le développement social comme couvrant un champ qui :

> **« [...] englobe à la fois les structures politiques et légales qui assurent les droits de la personne, les politiques et les programmes sociaux ainsi que les processus moins officiels de développement social local impliquant la famille, les réseaux sociaux et les différents milieux de vie de la communauté. »**

Il présente aussi les quatre principes fondamentaux que le développement social et le développement des communautés ont en commun :

- la participation des citoyens et des acteurs locaux visés dès le début de la planification des projets et activités;
- une approche démocratique assurant des relations égalitaires entre les partenaires impliqués;
- la solidarité sociale favorisant le développement du potentiel individuel et collectif;
- la responsabilité associée aux droits et devoirs de l'activité citoyenne. (MSSS, 2008)

Pour sa part, le Réseau québécois de développement social (RQDS) définit le développement social comme :

> « [...] **Un ensemble de moyens pris par la société pour permettre aux personnes de s'épanouir pleinement, de pouvoir participer à la vie sociale et de pouvoir disposer des droits sociaux inscrits dans les chartes québécoise et canadienne des droits et libertés de la personne. Dans cette perspective, les moyens à privilégier dans une approche de développement social doivent viser à rejoindre tout autant les personnes (le renforcement du potentiel des personnes et l'exercice de la citoyenneté), les collectivités locales (le développement local, le renforcement des solidarités locales et des lieux de démocratie), que l'ensemble des acteurs sociaux à travers des pratiques favorisant la concertation (dans les constats, dans les décisions et dans l'action), la recherche continue de l'équité, la solidarité sociale, l'intersectorialité, une ouverture pour l'innovation, de même que des préoccupations pour un développement durable.** » (tiré du site Web du RQDS)

Enfin, Gauthier et Langlois (cités dans Côté, 2009, p. 53) situent le développement social par rapport au développement des communautés en le présentant comme « [...] un processus sociétal large qui inclut et dépasse le développement des communautés et qui notamment s'occupe dejustice sociale ». Nous parlerons donc plus de développement social sur les scènes provinciale et régionale, et de développement des communautés au sein des communautés locales.

Développement des communautés

Le point de vue de la DSP nous porte à nous attarder davantage au concept de développement des communautés qui représente le principal angle sous lequel nous sommes en mesure de contribuer au développement social, puisqu'il « [...] se veut un concept intégrateur sur le plan local des notions de développement social, de développement économique, de développement culturel et environnemental qui conduit au développement humain durable » (Bourque et Favreau, 2003, p. 298).

Si l'INSPQ (INSPQ et coll., 2002, p. 16) définit le développement des communautés comme « [...] un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique », Bourque et Favreau vont plus loin en faisant le lien entre développement des communautés et développement humain et durable. Ce lien nous semble primordial puisqu'il définit le développement des communautés en insistant sur les visées de ce développement. Une approche de développement humain et durable, en visant à répartir les avantages de la croissance de façon relativement équitable, ramène à la lutte pour plus d'équité. On ne pourrait donc pas prétendre à un développement des communautés sans se soucier d'un développement auquel participe et dont profite l'ensemble d'une communauté.

Ainsi, nous approchons le développement des communautés comme un processus inclusif, particulièrement des groupes les plus touchés par les iniquités sociales et de santé[1] et comme un processus à soutenir davantage que comme une fin en soi. De cette manière, nous abondons dans le sens de Bourque et Favreau (2003, p. 300) qui relient le développement des communautés avec l'action communautaire sous différentes formes[2].

> **« Il est [...] possible de retenir une formule simple pour définir le développement des communautés : toutes formes d'action communautaire structurée dans un territoire local qui, par la mobilisation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, ciblent des problèmes collectifs et dont les résultats auront un impact positif sur les conditions et la qualité de vie. Le développement des communautés comporte donc deux dimensions : sa dimension de processus, qui consiste à mettre en marche et à soutenir l'action communautaire, et sa dimension de résultats, c'est-à-dire la mise en place de réponses collectives aux priorités d'un milieu sous forme de ressources, de services, de dispositifs, etc. La dimension déterminante demeure celle du processus, car sans l'appropriation démocratique par les communautés des enjeux locaux de santé, les résultats risquent fort d'être inexistants ou inappropriés. »**

Le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS (RQIIAC, 2010, p. 47) affirme d'ailleurs que « Le développement des communautés est une stratégie de la santé publique, mais c'est d'abord une démarche des communautés locales pour améliorer leur capacité d'agir (*empowerment*) ».

Enfin, dans le concept de développement des communautés, on retrouve deux notions de base qui en guident aussi l'analyse puisqu'elles en sont le cœur : il s'agit du développement et de la communauté.

1 Voir la section « Les inégalités de santé et le développement des communautés ».
2 Voir la définition de l'action communautaire.

Développement

Premièrement, souvent assimilé à la notion de croissance économique, le développement lui-même a un sens beaucoup plus large.

> « **Le développement est un processus, une démarche par laquelle une communauté, par voie d'initiatives, tente de maintenir ou d'améliorer, selon les valeurs qu'elle juge prioritaires, les conditions de vie collectives et/ou individuelles.** »
> (CSBE, 2001, p. 11)

Il en ressort donc un caractère endogène fondamental dont on ne peut faire l'économie. Puisque le développement doit s'appuyer sur les valeurs des personnes et améliorer les conditions de vie collectives ou individuelles, il est logique de penser, comme Bartoli, qu'à la base :

> « **1) [...] le social doit être au poste de commande; 2) l'économie doit être considérée pour ce qu'elle est, un instrument de développement et non une fin; 3) l'environnement doit constituer une condition nouvelle et incontournable dans les choix économiques qui s'opèrent; 4) la poursuite simultanée de quelques grands axes d'intervention s'impose, notamment l'emploi, le logement, l'inclusion sociale, la santé, etc.** »
> (Bartoli 1999, cité dans Bourque et Favreau, 2003, p. 297)

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, dans ses recommandations afin d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, propose aussi une nouvelle approche du développement qui va dans le même sens :

> « **Toute tentative sérieuse de réduire les inégalités en santé suppose de répartir autrement le pouvoir au sein de la société [...].** »
> (OMS, 2008, p. 24)

Pour la Commission, si la croissance économique est importante, car elle fournit des ressources afin d'améliorer les conditions de vie de la population, elle contribue peu, à elle seule, à l'équité en santé.

Cette vision correspond d'ailleurs à celles citées précédemment dans les définitions du développement des communautés : amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique (INSPQ), concept intégrateur, développement humain et durable (Bourque et Favreau).

{ Communauté

Deuxièmement, la notion de communauté vient cibler les interventions visant à favoriser le développement. En effet, elle vient spécifier qui est le sujet du développement que l'on veut favoriser ainsi qu'une partie du comment on veut le faire, puisque cette notion donnera un angle collectif à ces interventions.

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE, 2001, p. 11) définit la notion de communauté comme « [...] un regroupement de personnes vivant sur un territoire donné et partageant des intérêts communs à l'échelle de ce territoire ».

De son côté, dans son PNSP, le MSSS présente la communauté comme :

> « **[...] un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté.** »
>
> (PNSP 2003-2012, mise à jour 2008, p. 61)

En intervention communautaire, on assume qu'il existe différentes communautés dès qu'elles sont considérées comme des lieux significatifs d'appartenance sociale. L'appartenance étant reconnue comme l'élément déterminant de la présence d'une communauté, encore davantage aujourd'hui, alors qu'elle est loin d'être restreinte à des groupes de proximité. Il existe, tel que le font ressortir Bourque et Favreau (2003, p. 5) :

> « **[...] soit les communautés géographiques qui regroupent des populations sur la base de leur quartier, ville ou région; les communautés d'intérêts autour de problèmes sociaux spécifiques (locataires, sans-emploi, assistés sociaux, etc.); et les communautés d'identité qui concernent des catégories sociales prédisposées auregroupement par leur identité (jeunes, femmes, minorités culturelles, personnes du troisième âge, etc.).** »

Cependant, ces derniers auteurs reconnaissent, dans une perspective de développement des communautés, que c'est la dimension territoriale qui est privilégiée (tout en n'excluant pas les autres types de communautés). Pour eux :

> « **L'ancrage territorial des communautés joue en effet un rôle central sur le plan du développement, car il constitue un moteur de l'action collective. Il permet aussi d'aborder la réalité d'une façon globale (dans ses dimensions sociales, économiques, environnementales, culturelles) en ciblant la communauté dans son ensemble, plutôt qu'une somme de groupes à risque, ce qui favorise le décloisonnement des interventions et augmente leur impact par leur portée plus transversale. Il doit s'agir cependant d'un territoire qui correspond à une réalité sociodémographique, c'est-à-dire un espace géographique qui alimente un sentiment d'appartenance pour la population qui l'habite, où il existe un système social structuré, ainsi que des rapports sociaux autour de valeurs, d'enjeux ou de problèmes communs.** »
>
> (Bourque et Favreau, 2003, p. 5)

Lachapelle (2004, p. 1) conçoit aussi le territoire d'appartenance comme un axe d'intégration grâce aux réseaux de solidarité qui le caractérisent. Ce territoire d'appartenance est, selon lui :

> « **[…] à l'échelle des relations entre les individus dans le cadre des organisations de proximité, qu'il s'agisse des familles élargies, des réseaux de quartier ou des organismes communautaires. En fait, la proximité géographique sur un territoire est un facteur déterminant pour l'établissement de rapports d'entraide dans lesquels les gens se reconnaissent et développent la capacité de se prendre en charge et de prendre en charge aussi leur milieu.** »

Sur ces bases, on ne se surprendra donc pas, tel que le fait remarquer Côté (2009, p. 61), de rencontrer une rivalité des appartenances alors que « […] les sens de la communauté se superposent ainsi en couches multiples où se mêlent les réalités sociales passées et présentes […] ».

En effet, les contours de la communauté sont appelés à varier selon les enjeux et les problèmes communs, comme le proposent Bégin et Ouellet (2007), d'un périmètre administratif à un périmètre électif ou culturel.

William A. Ninacs (2007, p. 1), pour sa part, conçoit que :

> « **La communauté locale en tant que point focal du travail de mobilisation et comme unité d'analyse, correspond donc a un système en soi, dynamique et complexe, et dont les relations entre les différentes composantes figurent au premier plan.** »

D'autre part, Côté (2009, p. 179) suggère, afin d'éviter le piège de reproduire les inégalités sociales, qu'il est essentiel que :

> « **[…] pour être considérées comme telles, les activités de développement des communautés doivent non seulement profiter directement aux franges les plus démunies de la population, mais doivent aussi être déterminées, organisées et réalisées en grande partie par les bénéficiaires du développement eux-mêmes.** »

L'important est donc, selon nous, de deux ordres afin de situer la communauté. Premièrement, de considérer ses contours comme variables selon les enjeux et les lieux d'appartenance qui y sont significatifs pour les personnes concernées. Il s'agira parfois d'une paroisse, d'un village, d'une MRC ou même de la région. Bourque et Lachapelle présentent d'ailleurs la question du territoire vécu versus le territoire administratif comme un enjeu de mobilisation dans les nouvelles structures des CSSS.

> « **La différence entre les deux est déterminante. Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux. À l'inverse, les territoires administratifs se caractérisent par le fait qu'ils regroupent des communautés hétérogènes qui n'évoluent pas dans le même environnement socioéconomique et culturel, et où les acteurs ne sont pas confrontés auxmêmes problèmes. La participation des acteurs dans un tel contexte est compromise […].** »
>
> (Bourque et Lachapelle, 2010, p. 47)

Deuxièmement, à l'intérieur de ces territoires définis par la population elle-même et par les personnes-ressources aptes à en reconnaître les contours selon les situations, il importe de favoriser des lieux et des mécanismes de participation les plus inclusifs possible afin d'éviter la reproduction des inégalités sociales. Nous parlerons plus en détail de cette participation dans la section « Éléments incontournables du développement des communautés ».

Action communautaire

Enfin, quand il est question de développement des communautés et donc d'un processus qui, par la mobilisation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des problèmes collectifs et tente d'y concevoir des solutions collectives, on se réfère rapidement, sur le terrain, à l'action communautaire, comme Bourque et Favreau (2003) nous le font remarquer. Cependant, l'action communautaire ne se réfère pas exclusivement à des territoires vécus, mais aussi à des communautés d'intérêts et d'identité[3] qui les composent et parfois même, en dépassent les contours.

Telle que présentée par le sous-comité sur l'action communautaire, l'action communautaire :

> « **[…] est issue des initiatives des milieux pour apporter une réponse collective à des problèmes collectifs, comme les inégalités sociales, la pauvreté, l'accès au logement ou d'autres problématiques psychosociales.** »
> (Comité régional du programme de santé publique GÎM, 2007, p. 7)

Ainsi, le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), en se basant sur le sens donné à l'action communautaire par la politique gouvernementale sur l'action communautaire, a tenté la définition qui suit :

> « **L'action communautaire est une action collective fondée sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie. Elle s'inscrit essentiellement dans une finalité de développement social et s'incarne dans des organismes qui visent l'amélioration du tissu social et des conditions de vie ainsi que le développement des potentiels individuels et collectifs. Ces organismes apportent une réponse à des besoins exprimés par des citoyennes ou des citoyens qui vivent une situation problématique semblable ou qui partagent un objectif de mieux-être commun. L'action communautaire témoigne d'une capacité d'innovation par les diverses formes d'intervention qu'elle emprunte et se caractérise par un mode organisationnel qui favorise une vie associative axée sur la participation citoyenne et la délibération.** »
> (SACA, 2004, p. 6)

Ce champ de l'action communautaire comprend plusieurs approches, pratiques et lieux de pratiques où ont cours ces initiatives collectives. Or, on pourrait élargir la définition du SACA à d'autres initiatives collectives qui visent à répondre à des besoins collectifs, puisque ces initiatives peuvent s'incarner ailleurs que dans des organismes, par exemple dans des groupes de citoyens.

Par contre, les organismes communautaires autonomes[4] sont des lieux incontournables de mobilisation démocratique dans les communautés de par leurs structures associatives, leur approche d'*empowerment*[5] auprès des groupes le plus souvent sans voix. Ils œuvrent à la réduction desimpacts des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables. Le RQIIAC (2010, p. 54) considère d'ailleurs le groupe comme « […] premier lieu de prise de parole et de participation citoyenne et le relais le plus efficace pour associer les citoyens au développement des communautés ».

Et selon Bourque (2004, p. 12), les organismes communautaires autonomes ont une fonction sociale qui renvoie « […] au développement de l'innovation, à la pluralité des approches qu'ils véhiculent, à la promotion de la citoyenneté, à la qualité de leurs réponses aux besoins des personnes et des collectivités, et à leur potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne ». Ainsi, on conçoit qu'ils sont des partenaires incontournables du développement des communautés.

3 Voir communauté dans la section « Concepts ».
4 Voir annexe 1 pour la distinction entre organismes communautaires et organismes communautaires autonomes.
5 Voir la section « Éléments incontournables du développement des communautés ».

Organisation communautaire

On retrouve dans la littérature deux concepts qui sont associés, souvent indistinctement à l'action communautaire, soit : l'intervention communautaire et l'organisation communautaire. Ces termes visent davantage les pratiques professionnelles de soutien à l'action communautaire, dans son sens large, qui sont issues de la discipline du travail social. C'est cette pratique professionnelle d'organisation communautaire que l'on retrouve actuellement en CSSS et qui « […] permet aux établissements de contribuer à l'action communautaire en se situant à la jonction du réseau public de services et des organisations communautaires » (RQIIAC 2003, p. 15).

Le document du MSSS (2004, p. 83), Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux, présente l'intervention communautaire ainsi :

> **« Mise en évidence des besoins de la population, conception, mise en œuvre et soutien d'actions communautaires, concertation et mobilisation des acteurs, contribution au développement des communautés locales. »**

Il résume ainsi les principales interventions qu'on y retrouve :

- « […] la contribution à la mise en évidence et à la résolution des problèmes du milieu (repérage des forces d'un milieu);
- la sensibilisation et l'information du milieu (meilleure compréhension des causes et des conséquences des problèmes observés);
- le soutien de projets issus des communautés locales pour améliorer la santé et le bien-être des personnes qui en font partie et pour réduire les inégalités de santé et de bien-être;
- le soutien aux ressources existantes (recherche de financement, animation, structuration) et l'aide à la création de nouvelles ressources (planification et organisation);
- la participation à la concertation ainsi qu'à la mobilisation des ressources du milieu (harmonisation des services). » (MSSS, 2004, p.83)

Le RQIIAC (2003, p. 15) donne une définition similaire :

> **« L'organisation communautaire est un mode d'intervention en support aux communautés, leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Elle s'adresse prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources dans une optique de justice sociale et d'équité, de démocratie et de redistribution du pouvoir, d'enracinement et de participation sociale. »**

Il en propose une perspective pratique :

- « [...] une intervention professionnelle dans une communauté donnée qu'elle soit territoriale, d'identité ou d'intérêt;
- s'adressant prioritairement aux communautés affectées par les inégalités, la dépendance, la marginalité, l'exclusion et l'appauvrissement, dans une perspective de justice sociale;
- pratiquée en support au processus planifié d'action communautaire par lequel la communauté identifie ses besoins, mobilise ses ressources et développe une action pour y répondre;
- orientée vers le changement social par le renforcement de l'autonomie de la communauté, de la solidarité de ses membres et de leur participation sociale aux moyens de pratiques démocratiques. » (*Ibid.*, p. 16)

Puisque nous convenons que le développement des communautés est un processus endogène qui appartient aux communautés locales, la contribution de la pratique professionnelle de l'organisation communautaire au développement des communautés apparaît donc clairement à ce niveau. Son ancrage dans les communautés, son analyse des besoins et ressources, ses approches d'*empowerment*, son travail de mobilisation et de soutien à l'action communautaire, à la dynamique communautaire et aux processus collectifs, etc., font de ses intervenants des alliés privilégiés du développement des communautés.

Contexte régional d'une stratégie de soutien au développement des communautés

Sous-comité sur l'action communautaire

Au palier régional, plus particulièrement, certains enjeux en lien avec le développement des communautés et l'action communautaire ont déjà été identifiés et demandaient de s'y attarder plus spécifiquement. Par exemple, les questions suivantes :

> « Comment les CSSS peuvent-ils maintenant poursuivre l'aspect de leur mission axé sur la prévention et la promotion de la santé et favoriser le développement de la santé d'une population et le soutien aux groupes les plus vulnérables d'une communauté à travers, entre autres, l'action communautaire et une approche territoriale? Est-ce que le domaine de l'action communautaire doit s'inscrire dans le projet clinique? Est-ce que l'organisateur communautaire (compte tenu de sa connaissance de la communauté, de son expertise dans les processus d'identification des besoins, de partenariat, de concertation, etc.) doit participer à l'élaboration du projet clinique afin que prenne forme le réseau local de santé et de services sociaux (RLSSS)? Quels rôles la Direction de santé publique et les CSSS doivent-ils assumer afin d'améliorer la connaissance d'une communauté sur son état de santé et faciliter le processus de partenariat inhérent à l'élaboration du projet clinique? Comment les communautés, selon le principe de l'*empowerment*, peuvent-elles être des partenaires à ce projet d'améliorer leur état de santé? Comment peut-on agir sur les déterminants de la santé dans une perspective de santé publique? »
>
> (Comité régional du programme de santé publique GÎM, 2007, p. 7-8)

Le comité régional de santé publique a donc formé, en 2007, un sous-comité sur l'action communautaire afin de mieux cerner les enjeux au regard de l'action communautaire et de la place de celle-ci dans le cadre du programme de santé publique et des plans d'action locaux de santé publique. Voici donc un résumé des enjeux identifiés par le sous-comité (Comité régional du programme de santé publique GÎM, 2007), ainsi que des recommandations qu'il a formulées.

Enjeux

Action communautaire, rôle et expertise des organisateurs communautaires en CSSS :

- la méconnaissance et la non-reconnaissance, par leur organisation, du rôle et de l'expertise des organisateurs communautaires en CSSS;
- la perte de sens du rôle de l'organisateur communautaire avec la formation des CSSS;
- la mauvaise exploitation de l'expertise en organisation communautaire et le manque de balises quant au rôle de l'organisateur communautaire;
- la perception des administrateurs que la fonction d'organisateur communautaire diminue dans tout le Québec, ceci justifierait la diminution du nombre d'heures allouées à l'action communautaire dans les CSSS.

Responsabilités régionales et locales quant à l'action communautaire :

- la quasi-absence de l'action communautaire dans les PAL;
- la précarité du financement et des postes.

Liens entre les paliers régional et local :

- le peu de liens clairs entre le régional et le local quant à l'action communautaire dans le cadre du PAR et des PAL;
- le manque de soutien des organisateurs communautaires par le palier régional.

Liens entre les CSSS, les organisateurs communautaires et les partenaires locaux du RLSSS :

- le manque de mécanismes de concertation entre les organismes communautaires et les CSSS. (Sous-comité sur l'action communautaire du comité régional du programme de santé publique GÎM, 2007)

Recommandations

- Développer des orientations régionales en matière de développement des communautés, d'action communautaire et quant aux fonctions de l'organisateur communautaire, en tenant compte des travaux du sous-comité.
- Intervenir auprès de la Table PDG-DG pour demander un moratoire sur la suppression des postes d'organisateur communautaire en CSSS.
- Organiser une journée régionale de réflexion sur le développement des communautés et sur l'action communautaire.
- Que l'organisation communautaire devienne une partie intégrante du PAR et de l'actua-lisation des PAL.
- Que la DSP identifie le nombre minimum requis d'intervenants dédiés à l'organisation communautaire dans les CSSS de la région.
- Qu'il y ait au moins une personne dédiée au développement des communautés à la DSP.

Pour le sous-comité, « [...] le temps est venu d'exercer plus formellement un leadership régional de manière à mieux baliser et soutenir l'action communautaire, principalement celle devant être menée par les CSSS et les organismes communautaires en tant que stratégie de promotion et d'amélioration de la santé des collectivités locales et de la population régionale ». (Comité régional du programme de santé publique GÎM, 2007, p. 27).

Le présent cadre de référence prend donc racine dans ces constats et recommandations, auxquels s'ajoute un autre enjeu du développement des communautés ressorti des consultations auprès de divers intervenants, soit :

le partage du leadership local en développement des communautés, la concertation et la collaboration entre des acteurs de différents horizons (municipalités, MRC, CLD, CRÉ, CS, CJ, CSSS, organismes communautaires, fondations privées, etc.), et ce, dans un contexte marqué notamment par :

- des visions différentes du développement ainsi que des missions et des moyens parfois très éloignés les uns des autres;
- le manque de ressources (humaines et financières) des organismes communautaires pour participer aux initiatives en développement des communautés;
- le manque de temps des cadres et professionnels des CSSS pour s'impliquer dans leur communauté;
- le manque ou le délai de soutien financier aux initiatives de développement déjà élaborées par les milieux.

Bien sûr, ces enjeux proviennent du réseau de la santé et des services sociaux et peuvent être identifiés parce que le développement des communautés est déjà une préoccupation de plusieurs acteurs des communautés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

En effet, le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires communautaires participent déjà à ce développement, comme nous l'avons vu plus haut, et bien des gestes ont été et sont posés, sans être répertoriés comme tel dans le sens des principes du développement des communautés[6].

6 Voir la section « Les éléments incontournables du développement des communautés ».

Partenaires du réseau public de la santé et des services sociaux pour la stratégie de soutien au développement des communautés

Ainsi, tel qu'il apparaît plus haut dans les enjeux, le soutien au développement des communautés concerne non seulement l'action du secteur de la santé et des services sociaux, mais aussi tous les secteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé sur un territoire local donné. C'est une stratégie globalevisant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique, qui repose, selon l'INSPQ et coll. (2002), sur :

- la capacité d'une communauté territoriale à agir sur son développement en réduisant sa dépendance envers les décisions imposées de l'extérieur;
- une volonté d'établir des concertations, partenariats, réseaux d'échanges et de réciprocité;
- le déploiement des valeurs démocratiques par une pratique participative et une responsabilisation des citoyens quant au développement de leur collectivité.

Il est donc essentiel de collaborer avec plusieurs partenaires locaux et régionaux contribuant ou étant susceptibles de contribuer au développement des communautés. Nous ferons donc un survol de ces principaux acteurs afin de les situer. Il est à noter que la contribution de la DSP et des CSSS sera abordée dans la section « Rôles et responsabilités en développement des communautés ».

Partenaires locaux

Les organisations suivantes, comme elles font partie des communautés locales, participent au développement de leur communauté, mais aussi, comme les CSSS, plusieurs ont le mandat de le soutenir. Il est donc important, dans une perspective d'arrimage, de situer leur intervention.

Les organismes communautaires

Ces organismes, soutenus par le réseau public, sont distincts de par leur mission, leurs orientations et approches ainsi que leur structure démocratique. C'est particulièrement cette structure démocratique et participative qui en fait des espaces de participation privilégiés pour les membres de leur communauté et plus particulièrement ceux qui sont socialement défavorisés. Plusieurs de ces organismes participent à plusieurs lieux de concertation et de partenariat locaux (répertoriés à l'annexe 2), en lien avec leur mission.

Les centres locaux de développement (CLD)

La région compte six CLD, soit un dans chacune des MRC. Ils offrent des services d'accompagnement et de soutien technique ou financierauprès des entrepreneurs individuels ou collectifs (incluant les entreprises d'économie sociale) et ont comme mission de promouvoir le développement économique et la création d'emploi, et d'y collaborer avec les autres acteurs locaux. Certains ont d'ailleurs dans leur mission de mobiliser à cette fin l'ensemble des acteurs locaux (tiré du site Web de l'Association des CLD du Québec). Ils se retrouvent peu dans des lieux de concertation et partenariats locaux répertoriés à l'annexe 2, mais y participent particulièrement lorsqu'il y est question de revitalisation de villages ou parfois de lutte à la pauvreté.

Les centres locaux d'emploi (CLE)

Les CLE, présents aussi dans chacune des MRC, offrent des services ou des ressources aux personnes qui ont besoin d'une aide à l'emploi ou d'une aide financière de dernier recours. Ils soutiennent aussi les employeurs dans la gestion et le développement des compétences des ressources humaines (tiré du site Web d'Emploi-Québec). Ils contribuent, de plus, à la concertation et aux partenariats locaux dans une visée de lutte à la pauvreté et de soutien aux organismes communautaires œuvrant en employabilité (INSPQ et coll., 2002). C'est ce qui ressort effectivement de leur présence dans des lieux de concertation locaux répertoriés à l'annexe 2.

Les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC)

Les SADC sont présentes au nombre de cinq sur le territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Elles desservent les territoires de chacune des MRC, sauf pour l'une d'entre elles qui regroupe le territoire des deux MRC de la Baie-des-Chaleurs et pour celle de La Haute-Gaspésie qui dessert également une partie de La Côte-de-Gaspé. Les SADC contribuent au développement économique de leur collectivité en offrant des services aux entreprises : accès à du financement, aide technique et soutien à l'entrepreneurship local, jeunesse et féminin (tiré du site Web de Développement économique Canada). Elles visent aussi à stimuler l'implication de la population dans la prise en charge de son propre développement (tiré du site Web de la SADC de Gaspé). Ainsi, dans les lieux de concertation et partenariats répertoriés à l'annexe 2, on les retrouve peu, car elles sont impliquées surtout et spécifiquement lorsqu'il est question de développement économique.

Les municipalités

La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine compte 43 municipalités auxquelles la loi confère plusieurs mandats importantsreliés aux déterminants de la santé (aménagements urbains, assainissement des eaux et de l'atmosphère, récupération et recyclage, loisirs et parcs, coordination des mesures d'urgence, transport en commun, habitation, logement social, développement communautaire, etc.) (INSPQ et coll., 2002). Ces responsabilités influent sur la vie socioéconomique de leur communauté et peuvent s'exercer, pour certaines d'entre elles en particulier, en collaboration avec la population et avec les partenaires du milieu dans le but de favoriser la qualité de vie des citoyens. Ainsi, quelques-unes d'entre elles sont représentées dans plusieurs instances collectives répertoriées à l'annexe 2.

Les municipalités régionales de comté (MRC) et agglomération

Les cinq MRC ainsi que l'agglomération des Îles-de-la-Madeleine regroupent les maires des municipalités de leur territoire et favorisent la concertation entre les municipalités au regard du développement local (aménagement du territoire, rôles d'évaluation, plan de gestion des matières résiduelles et du schéma de couverture de risques en sécurité incendie, soutien des CLD, etc.) (tiré du site Web du MAMROT). On les retrouve aussi à quelques reprises dans les instances collectives répertoriées à l'annexe 2.

Les établissements d'enseignement et commissions scolaires

Le secteur de l'éducation joue un rôle important de promotion et d'éducation à la santé auprès des jeunes qui fréquentent ses établissements et plusieurs intervenants de la santé et des services sociaux exercent leur mandat dans les écoles primaires et secondaires. Certaines initiatives, comme l'Approche École en santé, devraient contribuer aussi à l'ouverture du

milieu de l'éducation sur les communautés (INSPQ et coll., 2002). Les établissements d'enseignement et commissions scolaires participent d'ailleurs à plusieurs instances de concertation et de partenariat en lien avec leur clientèle, comme on peut l'observer au sein des instances collectives répertoriées à l'annexe 2.

La Fondation Lucie et André Chagnon

La mission que s'est donnée la Fondation Lucie et André Chagnon est de prévenir la pauvreté. Pour ce faire, elle cible la réussite éducative des jeunes Québécois en privilégiant le développement de leur plein potentiel, dès leur conception jusqu'à l'âge de 17 ans, et en contribuant à la mise en place des conditions qui répondent à leurs besoins et à ceux de leur famille. Afin de favoriser la mobilisation au sein des communautés locales et régionales, la fondation soutient, conjointement avec le gouvernement du Québec, deux organisations indépendantes qui ont la responsabilité d'administrer des projets issus des communautés et liés à la petite enfance et aux saines habitudes de vie : Avenir d'enfants et Québec en Forme (tiré du site Web de la Fondation Lucie et André Chagnon). Alors qu'Avenir d'enfants est au stade d'implantation (au printemps 2011, on retrouvait seulement un comité en formation au sein des instances collectives répertoriées à l'annexe 3), Québec en Forme se retrouve dans chacune des MRC (quatre comités Québec en Forme à l'annexe 2 et un autre qui passe par la Table consultative jeunesse dans Rocher-Percé).

Concertations et partenariats locaux

Enfin, à ces principaux partenaires du développement des communautés, s'ajoutent les instances locales de concertation et de partenariat existantes au sein des communautés locales et porteuses d'*empowerment* (49 de ces principales instances locales, répertoriées à l'annexe 2 grâce au concours des intervenants en organisation communautaire qui y participent, sont également citées à l'annexe 2). Ces instances mobilisent plusieurs partenaires nommés précédemment selon leur mission. Elles sont aussi, elles-mêmes, des partenaires à considérer lorsqu'il est question de développement des communautés et de mobilisation sociale, en particulier pour éviter certains écueils de tels processus, comme nous le verrons dans la section « Concertation et partenariat ».

Partenaires régionaux

Au palier régional, outre les institutions de la santé et des services sociaux, plusieurs organisations ont des rôles stratégiques pour le développement des communautés. D'abord, elles interviennent dans la mise en œuvre de programmes ou dans l'attribution de ressources susceptibles de représenter des leviers importants pour le développement des communautés. De plus, elles peuvent représenter un relais appréciable des réalités locales vers les instances nationales responsables d'élaborer les programmes, adopter les politiques et allouer les ressources destinées aux communautés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

La Conférence régionale des élus de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (CRÉ-GÎM)

Instance régionale de concertation et de planification, la CRÉ est l'interlocuteur privilégié du gouvernement en matière de développement régional. Son conseil d'administration est formé des préfets des MRC, des maires des municipalités locales de 5 000 habitants et plus, d'un représentant de la société civile par territoire de MRC et d'un représentant des communautés autochtones. Quelques-uns de ses mandats sont de favoriser la concertation des partenaires dans la région, d'élaborer et de mettre en œuvre un plan quinquennal de développement pour la région (conclure des ententes spécifiques à cette fin), de gérer le Fonds de développement régional, le Fonds visant l'inclusion sociale et la lutte à la pauvreté, le Fonds pour l'amélioration des conditions de vie des personnes aînées, le Fonds pour la sensibilisation du milieu et l'intégration des personnes immigrantes, etc. (tiré du site Web de la CRÉ-GÎM).

Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), commissions scolaires (CS) et Cégep de la Gaspésie et des Îles

Comme nous l'avons vu, le milieu de l'éducation joue un rôle important de promotion et d'éducation à la santé auprès de sa clientèle. En effet, sous différents vocables, « École - milieu en santé », « Jeunes en santé » ou « Prévention du décrochage scolaire », plusieurs équipes de santé sont présentes dans les écoles primaires et secondaires ainsi qu'au Cégep de la Gaspésie et des Îles, et regroupent à la fois des intervenants de l'école et du CLSC. Afin de coordonner ces actions de promotion de la santé et de prévention des problèmes, il est pertinent d'établir des collaborations entre le MELS, ses directions régionales, les commissions scolaires, les écoles, les intervenants de santé publique et les autres organisations qui agissent dans les communautés (INSPQ et coll., 2002).

Direction régionale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)

Le MESS a comme priorité de lutter contre l'exclusion sociale et le chômage (INSPQ et coll., 2002, p. 34). C'est donc autour de cette priorité que des collaborations sont potentiellement pertinentes dans le but de favoriser le développement des communautés.

Centraide Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (Centraide GÎM)

Centraide GÎM est un organisme de charité, à but non lucratif et autonome, qui repose sur l'engagement bénévole pour « améliorer la qualité de vie des gens de sa région, notamment les plus vulnérables, et bâtir la collectivité en incitant les citoyens et citoyennes à l'action et en suscitant l'action concertée ». Centraide soutient financièrement différents projets d'organismes œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et peut compter sur l'appui d'experts, comme ceux de l'ASSSGÎM, de la DSP, du MESS ou du Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles (ROCGÎM) (tiré du site Web de Centraide GÎM).

La Fondation Lucie et André Chagnon

La Fondation Lucie et André Chagnon est aussi présente sur la scène régionale et particulièrement dans le but de mobiliser les acteurs régionaux concernés et d'administrer des projets issus des communautés et liés, notamment, à la persévérance scolaire dans le cadre de l'initiative Réunir Réussir ou encore au développement des saines habitudes de vie dans le cadre de Québec en Forme (tiré du site Web de la Fondation Chagnon).

Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGÎM)

Le ROCGÎM regroupe un grand nombre d'organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine préoccupés par des questions sociales et de santé. Il vise à défendre, promouvoir et faire reconnaître l'action communautaire autonome et s'assurer de son soutien. Il vise aussi à favoriser auprès de ses membres les débats en vue d'une analyse sociale, politique et économique commune, à favoriser la collaboration, l'échange de services, la formation, la concertation et la solidarité entre ses membres ainsi qu'avec les autres instances communautaires et populaires locales, régionales ou provinciales. Il a de plus comme objectif d'établir des liens avec tous les organismes ou regroupements d'organismes préoccupés par la reconnaissance et la défense de l'action communautaire autonome et les questions sociales et de santé. Il est enfin interlocuteur privilégié et structure consultative en tant que regroupement d'organismes communautaires pour l'ASSSGÎM ainsi que pour d'autres organisations gouvernementales ou autres.

Concertation et partenariats régionaux

À ces principaux partenaires potentiels et effectifs du développement des communautés s'ajoutent toutes les instances régionales de concertation et de partenariat déjà existantes au palier régional et qui sont susceptibles d'être des lieux d'efforts concertés de soutien (financier ou autre) aux initiatives locales ainsi qu'à l'harmonisation des politiques en faveur de la lutte aux inégalités et du développement des communautés locales (ces principales instances régionales sont répertoriées à l'annexe 3).

Le développement des communautés comme stratégie de santé publique

Inégalités de santé et développement des communautés

D'entrée de jeu, mentionnons que l'objet du réseau de la santé publique est « [...] la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (LSSS, 2001). À cet égard, les inégalités sociales tiennent une place importante dans ce choix de stratégie de santé publique de soutenir l'intervention collective sur les déterminants sociaux influençant la santé des populations.

> « Dans le monde entier, on a moins accès aux ressources de santé, on tombe plus souvent malade et l'on meurt plus jeune lorsqu'on appartient à un groupe vulnérable et socialement désavantagé que lorsqu'on appartient à un groupe socialement privilégié. Et ces fossés sont en train de se creuser, alors même que la richesse mondiale, les connaissances et la sensibilisation aux problèmes de santé atteignent des niveaux sans précédent. [...] De loin, la part la plus importante des problèmes de santé est imputable aux conditions sociales en général. Or, les politiques de santé ont été dominées par des solutions axées sur la lutte contre la maladie qui font en grande partie abstraction de l'environnement social. De ce fait, les problèmes de santé persistent, les inégalités se sont accentuées et les interventions sanitaires ont donné des résultats qui pourraient être meilleurs. »
> (OMS, 2005)

En fait, déjà en 1974, le rapport Lalonde faisait valoir l'importance d'une approche plus large que l'investissement dans les services de santé, soit celle centrée sur la promotion de la santé. Il identifiait ainsi quatre éléments d'une conception globale de la santé (la biologie humaine, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé) (Lalonde, 1974). Cela permettait de nommer clairement, en plus des prédispositions biologiques et génétiques, les autres grands déterminants de la santé :

- les habitudes de vie et autres comportements liés à la santé;
- les environnements sociaux et conditions socioéconomiques;
- l'environnement physique;
- l'organisation des services sociaux et des services de santé ainsi que l'accès aux ressources.

Certains de ces facteurs sont reliés davantage à la collectivité qu'aux individus. Par exemple, la directrice générale de l'OMS présentait le document *Combler le fossé en une génération* de la Commission des déterminants sociaux de la santé en déclarant :

> **« Les soins de santé constituent un déterminant important de la santé. Les modes de vie sont d'importants déterminants de la santé. (...) Mais il est des facteurs del'environnement social qui déterminent l'accès aux services de santé et influencent les choix de vie de manière prépondérante. »**
> (Dr Margaret Chan, OMS, 2008)

Les iniquités en santé sont des inégalités de santé (disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux) qui sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste de certains déterminants sociaux de la santé et qui établissent la position sociale des personnes et des groupes (l'éducation, l'emploi, le revenu, par exemple) (Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2009).

Plusieurs éléments expliquent ces inégalités sociales de santé, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec en identifie quatre :

Le contexte politique et socioéconomique :

- des sociétés davantage égalitaires et démocratiques (avec l'intervention de l'état entre autres dans la redistribution de la richesse collective) plutôt qu'avec l'intervention minimale de l'état (tendance vers le tout au marché) se caractérisent par une plus grande cohésion sociale, une vie communautaire plus forte, et des effets moins considérables des inégalités sociales de santé;
- de grands écarts entre les revenus d'une population sont reliés à une espérance de vie moyenne plus courte.

La corrélation entre la position sociale et l'état de santé des individus :

- de meilleures conditions économiques et sociales permettraient de développer plus d'estime de soi, un sentiment plus fort de maîtrise de sa vie et plus de résilience.

La position occupée sur le marché du travail, plus que la classe sociale de provenance (sans nier l'influence que peut avoir la seconde sur la première) ou encore les comportements individuels à risque, influence le niveau de santé :

- cette position sociale, l'estime de soi et le sentiment de contrôle sur son travail et sa vie expliquant davantage l'état de santé d'un individu.

Les traditionnelles inégalités structurelles et l'ajout de celles relatives aux changements de sociétés :

- la structure même de la société produit des inégalités à travers l'organisation du travail (par exemple, les postes de direction continuent à ne pas être disponibles à certains groupes), les rapports entre les sexes (par exemple, les femmes continuent de recevoir des salaires moindres pour le même type d'emploi) ou la vive compétition à la base de notre vie sociale et économique;
- de nouvelles inégalités liées à la restructuration de nos sociétés (par exemple, la précarité professionnelle), la mondialisation des marchés ou l'ouverture accrue au pluralisme. (Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2009 et Frohlich et coll., 2008)

Il a même été établi que les inégalités sociales de santé se distribuent selon un gradient social (Paquet, 2005 et Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2009), c'est-à-dire que la fréquence d'un problème de santé augmente régulièrement au fur et à mesure qu'on passe des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008, p. 1) résume ainsi ces constats :

> « **Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux (sic) mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.** »

À la suite de ces constats, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS préconise une intervention campée à l'intérieur d'une nouvelle approche du développement :

> « **La croissance économique est sans conteste importante, en particulier pour les pays pauvres, car elle fournit des ressources avec lesquelles améliorer les conditions de vie de la population. Mais la croissance en elle-même contribue peu à l'équité en santé sans politiques sociales conçues pour répartir les avantages de la croissance de façon relativement équitable. [...] [L]'action sur les déterminants sociaux de la santé doit donc faire intervenir l'ensemble des pouvoirs publics, la société civile, les communautés locales, le monde des entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux. Les politiques et programmes doivent englober tous les grands secteurs de la société sans s'en tenir au seul secteur de la santé.** »
>
> (OMS, 2008, p. 1)

Et à cet effet, dans ses travaux, « [...] la commission a été impressionnée par la puissance de la société civile et des mouvements locaux, qui à la fois offrent une aide directe au plan local et incitent les pouvoirs publics à faire changer les choses ». (OMS, 2008, p. 1)

C'est dans une telle approche du développement et en vue de contribuer à agir à l'échelle des communautés locales sur la répartition des déterminants sociaux de la santé que s'inscrit la stratégie de développement des communautés.

Le PNSP, dans sa mise à jour de 2008, souligne que :

> « **De nombreuses recherches dans le domaine social ont confirmé que la participation sociale et les relations de réciprocité et de confiance, qui facilitent la coopération et l'entraide dans un milieu, peuvent influencer positivement la santé de la population. Les membres d'une communauté qui arrivent à travailler ensemble vers un but commun présentent un taux de mortalité plus bas et profitent d'un meilleur accès à des services de santé et à des ressources d'aide. Ils composent aussi avec des normes sociales plus favorables à la santé. À l'inverse, les communautés où règnent la désorganisation, la méfiance et la compétition affichent de moins bons indicateurs de santé.** »
> (MSSS, 2008, p. 62)

Dans ce sens, des recherches se sont intéressées à la contribution de l'environnement local sur la santé : l'effet de quartier, ou de voisinage. Il s'agit de la manière dont les inégalités de santé sont générées par des contextes de vie, c'est-à-dire un ensemble de processus dans l'environnement immédiat qui agit sur les déterminants de la santé indépendamment des caractéristiques individuelles. Une relation complexe, en fait, entre les individus et leur milieu de vie, où les actions individuelles peuvent aussi influencer les attributs des environnements. Dans différents domaines (physique, économique, institutionnel, de la sociabilité locale et de l'organisation communautaire) et par l'effet combiné de ceux-ci, les milieux offrent un niveau variable d'opportunités dont l'accès pouvant contribuer à la santé dépend aussi du bagage des individus. Cela fait ressortir l'importance de l'action sur les milieux de vie. (Montpetit, 2007)

D'autre part, tel que le soulignent Leroux et Ninacs (2002, p. 20), « [L'] autonomie des personnes et des communautés constitue un ingrédient fondamental pour améliorer la santé et le bien-être ». Le développement de cette autonomie étant relié à l'estime de soi et au sentiment de contrôle sur sa vie dont nous avons parlé précédemment.

Nous pouvons donc retenir l'importance d'une action collective, sur des problèmes vécus collectivement, qui contribuera à augmenter l'autonomie des personnes et des communautés ainsi que la cohésion sociale à travers la participation sociale, la coopération, l'entraide, etc., et aura ainsi un impact sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. L'action collective peut donc s'allier pertinemment aux politiques publiques favorisant la lutte aux inégalités sociales et diminuer l'effet des disparités nommées plus haut sur la santé, elle pourrait même conduire à atténuer ces disparités elles-mêmes. Pour ce faire, elle doit favoriser les éléments suivants :

- le renforcement du potentiel des personnes;
- le soutien aux milieux de vie et le développement d'environnements sains et sécuritaires;
- l'amélioration des conditions de vie;
- l'action pour et avec les groupes vulnérables;
- l'harmonisation des politiques publiques et des actions en faveur de la santé et du bien-être. (INSPQ et coll., 2002)

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé

À cet effet, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986 par l'OMS positionnait déjà la promotion de la santé comme un « [...] processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. » (OMS, 1986)

Ainsi, les interventions en promotion de la santé « [...] ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. » (OMS, 1986)

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé reconnaissait que la promotion de la santé nécessitait une action concertée où il était proposé au secteur de la santé de servir de médiateur entre plusieurs intervenants : les gouvernements, les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Elle suggérait aussi que les programmes et stratégies de promotion de la santé s'adaptent aux possibilités et besoins locaux en prenant en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Elle proposait donc cinq stratégies en ce sens qui orientent encore l'action en promotion de la santé :

Élaborer des politiques publiques saines :

- il s'agit pour les responsables politiques des divers secteurs de toujours avoir la santé à l'ordre du jour et les conséaquences possibles de leurs décisions sur celles-ci en vue de conduire à la santé et favoriser une plus forte égalité.

Créer des milieux favorables :

- le lien qui unit les individus et leur milieu est la base d'une approche socioécologique de la santé. « L'évolution des schèmes de vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population. » Il faut protéger les milieux naturels et artificiels et porter une attention particulière à la conservation des ressources naturelles.

Renforcer l'action communautaire :

- « La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. » Il s'agit de stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires (accès à de l'information sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière).

Acquérir des aptitudes individuelles :

- il s'agit de soutenir la participation en offrant de l'information, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie, permettant aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Réorienter les services de santé davantage dans le sens de la promotion de la santé :

- il s'agit, au-delà de la prestation de soins médicaux, d'œuvrer ensemble (particuliers, groupes communautaires, professionnels, institutions, gouvernements) à créer un système de soins servant les intérêts de la santé (perspective globale des besoins de santé).

L'OMS y constatait déjà l'importance de la promotion de la santé et la pertinence d'y travailler entre autres avec les communautés. La stratégie de développement des communautés en santé publique nous semble donc en lien direct avec ces cinq stratégies de promotion de la santé et doit y être étroitement liée en réservant une place centrale au renforcement de l'action communautaire qui a un rôle moteur pour les autres stratégies. Le rôle de médiateur entre les secteurs, que peut jouer le réseau public de santé et de services sociaux, nous semble aussi important lorsqu'il est question de promotion de la santé.

Au Québec, deux lois principales orientent et encadrent l'action en santé et services sociaux : la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et la Loi sur la santé publique (LSP). Voici les principaux éléments qu'on y retrouve et qui font place au développement des communautés.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Le but du régime de services de santé et de services sociaux institué par la LSSSS propose aussi une vision globale de la santé et du bien-être :

> **« [...] le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »**
> (LSSS, 1991)

L'amélioration de la capacité des personnes d'agir dans leur milieu ainsi que certains des objectifs de la LSSSS, plus spécifiquement, abordent la santé en incluant plusieurs éléments relatifs à la promotion et à la prévention en santé et suggèrent davantage qu'une action individuelle :

- « agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
- atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. » (LSSS, 1991)

Par exemple, ces objectifs de responsabilisation des personnes, des familles et des communautés permettent de référer au principe d'*empowerment* de la stratégie de soutien au développement des communautés. La lutte aux iniquités en santé s'y retrouve aussi dans l'objectif d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

De plus, afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné entre autres à :

- « assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;
- favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;
- partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ». (LSSS, 1991)

On peut y référer aux principes de participation et de concertation de la stratégie de soutien au développement des communautés.

D'autre part, l'adoption du projet de loi 25 qui modifie la LSSSS en fusionnant les établissements de santé d'un territoire en CSSS a entrainé des changements aux rôles et responsabilités des établissements en regard de la communauté desservie. Tel que le mentionne le PNSP :

> « **L'élaboration du projet clinique prend appui, rappelons-le, sur deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. En vertu de la responsabilité populationnelle, les CSSS sont amenés à réaliser une analyse exhaustive des besoins de la population, à favoriser un partage des responsabilités pour la prestation de services et à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Une telle démarche repose sur la mobilisation du milieu local.** »
> (MSSS, 2008, p. 65)

La responsabilité populationnelle qui incombe aux CSSS dépasse donc dorénavant les services rendus aux individus et implique qu'ils s'attardent à la santé et au bien-être de toute la population de leur territoire, selon les besoins qu'ils identifient, mais aussi selon ceux qui ressortent de la mobilisation des acteurs partenaires du réseau local de services, réseau ainsi responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Cette responsabilité populationnelle, ainsi que son approche globale de l'évaluation des besoins de la population, fait ressortir la pertinence de la pratique de soutient au développement des communautés afin d'actualiser la mission des CSSS. Cette stratégie permet, selon Hébert (2008, p. 8), « [...] de réaliser la mission d'un CSSS et la mise en place de véritables partenariats avec les acteurs institutionnels, communautaires et intersectoriels [...] ». La stratégie de soutient au développement des communautés peut aussi permettre, selon Bourque et Mercier (2008, p. 5), de « [...] créer des ponts à l'interne des organisations entre les activités de prévention et le système de soins. Ainsi primerait une approche comportant une vision élargie de la santé, dépassant la dimension curative de celle-ci et visant le bien-être de l'ensemble de la communauté ».

Loi sur la santé publique (LSP) et Programme national de santé publique (PNSP)

De son côté, la Loi sur la santé publique vise plus spécifiquement la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

> « **La Loi fournit des assises et un cadre pour développer la prévention au sein du système de santé et de services sociaux, d'une part, et pour agir sur les politiques publiques qui ont des effets sur la santé, d'autre part. La loi définit les fonctions de la santé publique ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenants. Elle prévoit aussi des leviers d'action et établit des passerelles entre les intervenants de santé publique et les acteurs sociaux qui sont en mesure d'agir sur les déterminants de la santé. La Loi (sic) invite à agir pour réduire les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population ainsi que pour contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables.** »
> (MSSS, 2008, p. 10)

Le PNSP est inscrit dans la loi et sa structure reflète les fonctions de santé publique, qui en délimitent le champ d'action et les responsabilités qui incombent aux acteurs. Ces fonctions essentielles sont:

- la surveillance continue de l'état de santé de la population;
- la promotion de la santé et du bien-être;
- la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes;
- la protection de la santé.

Des fonctions de soutien viennent les appuyer :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé;
- la recherche et l'innovation;
- le développement et le maintien des compétences en santé publique.

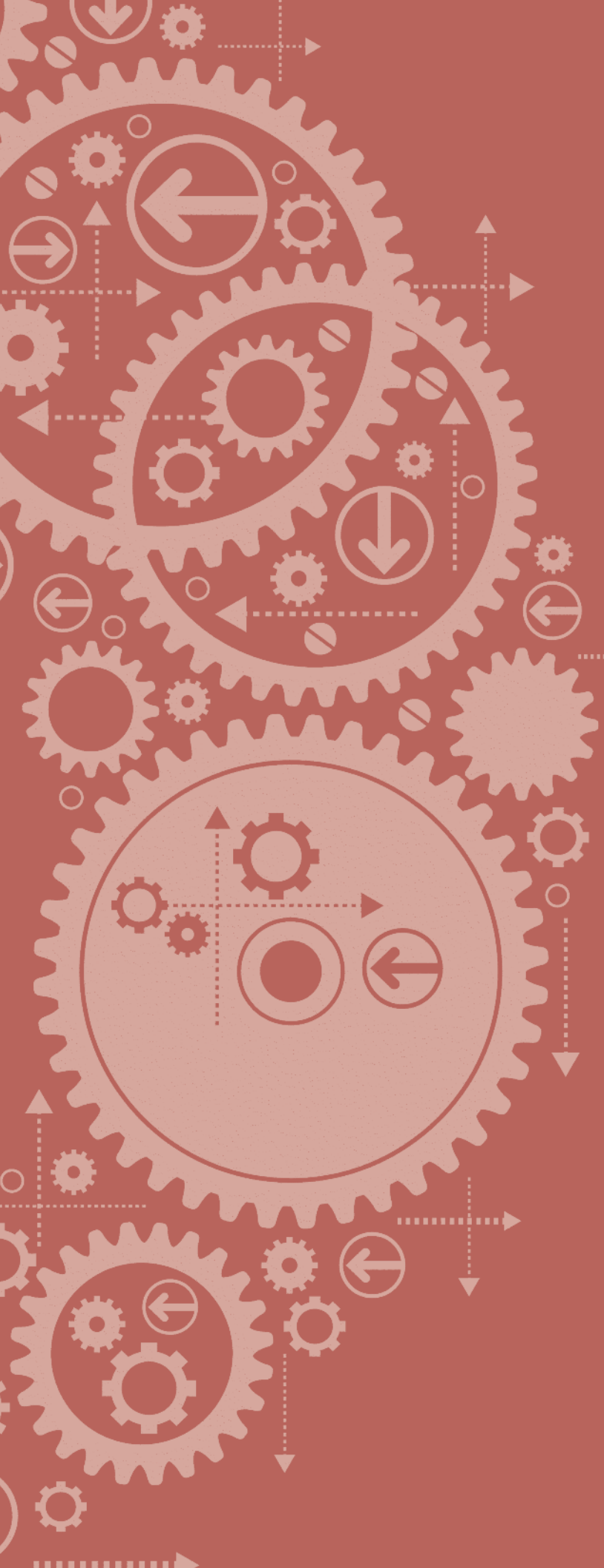
De plus, les activités visent à couvrir les grands déterminants de la santé (habitudes de vie et autres comportements liés à la santé, aux environnements sociaux et conditions socioéconomiques, à l'environnement physique et à l'organisation des services sociaux et des services de santé, ainsi que l'accès aux ressources) et sont réparties selon six domaines d'intervention :

- développement, adaptation et intégration sociale;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- traumatismes non intentionnels;
- maladies infectieuses;
- santé environnementale;
- santé en milieu de travail.

Enfin, le PNSP privilégie cinq stratégies d'intervention sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population, soit :

- renforcer le potentiel des personnes;
- soutenir le développement des communautés;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- soutenir les groupes vulnérables;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

La stratégie de développement des communautés fait donc partie intégrante du PNSP et des responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux en matière de santé publique.



Approche

de la Direction
de santé publique
en soutien
au développement
des communautés

Comme il a été dit précédemment, la stratégie de soutien au développement des communautés est plus près des personnes pour qui et avec qui nous croyons que le développement doit s'enraciner. La majeure de nos interventions à l'intérieur de cette stratégie sera donc dirigée vers le soutien aux actions locales. Le développement social, pour sa part, étant un processus sociétal large[7], auquel il peut être judicieux de s'attarder afin de contribuer au développement des communautés, il importe d'y circonscrire notre contribution à travers notre rôle régional et local.

Le présent cadre de référence propose aussi, en continuité avec les recommandations de Côté (2009, p. 55), qu'une préoccupation pour plus d'équité soit promue aux paliers régional et provincial puisque nous reconnaissons que les leviers d'action face aux iniquités se situent la plupart du temps sur le plan de la conception de politiques et de programmes sociaux. La DSP pourrait donc s'impliquer régionalement, comme recommandé par l'INSPQ, au dossier du développement social, lorsqu'il lui sera possible de contribuer à mettre en place des conditions requises pour permettre aux citoyens :

> « d'avoir droit à des conditions de vie décentes qui préservent leur santé physique et mentale;
> de pouvoir développer pleinement leur potentiel;
> de pouvoir participer à la vie sociale et exercer pleinement leur citoyenneté au sein d'une société démocratique;
> de pouvoir être traité avec dignité sur le marché du travail et de pouvoir tirer leur juste part de l'enrichissement collectif. » (INSPQ et coll., 2002, p. 14)

7 Voir la section « Concepts » pour la définition de développement social.

Stratégie de soutien au développement des communautés complémentaire aux activités de santé publique prévues par domaine d'intervention

Tel qu'énoncé par l'INSPQ, « [...] on fait appel à une approche de développement des communautés lorsque la cible de l'intervention est la communauté en tant que telle » (INSPQ, 2002, p. 21). Ils ajoutent :

> « **Les intervenants et les intervenantes [...] doivent travailler davantage dans le milieu « avec » leur population plutôt que « pour » elles, sans négliger les besoins des instances en place et les projets pouvant en émerger. Cette dernière différence est fondamentale, car dans la sphère de la santé publique, l'intervention s'appuie généralement sur des recherches préalables ayant déterminé les causes et les effets d'un problème. L'approche par problème et par clientèle mène parfois à des interventions inscrites dans des protocoles prédéterminés par des experts et relève de stratégies de « haut en bas ». Le développement social et le développement des communautés nécessitent une approche différente qui ne relève pas de relations de cause à effet. L'approche du développement comporte une multitude de variables et représente, somme toute, une façon de faire qui favorise le changement dans la communauté. [...] C'est ainsi que, sur le plan du développement social et du développement des communautés, l'intervention en santé publique s'inscrit dans une perspective complémentaire « du bas vers le haut » et de sa rétroaction « du haut vers le bas », c'est-à-dire du palier local aux paliers régional et national, et vice-versa.** »
> (INSPQ, 2002, p. 21-22)

Cette perspective complémentaire du soutien au développement des communautés, pour agir sur les déterminants de la santé et particulièrement sur les iniquités en santé, prend tout son sens compte tenu des limites du modèle des meilleures pratiques, largement utilisé en santé publique. Limites reconnues, entre autres, par Frohlich et Potvin, par Lévesque et par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS cités au début de ce document. Lecompte (2003) relève certaines de ces limites du modèle des meilleures pratiques en santé publique :

- ne s'appuie que sur la seule documentation publiée, un manque de données probantes signifiant donc un manque de valeur pour une pratique;
- sous-estime les spécificités culturelles;
- favorise l'uniformisation au détriment du jugement des intervenants;
- est basé sur la validité interne (données-interprétation), mais non sur la validité dans un milieu donné.

Lecompte suggère d'ailleurs que ces données soient utilisées comme sources d'inspiration en vue de les adapter au contexte, plutôt que comme lignes directrices. (Lecompte, cité dans Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007)

Bilodeau et coll. (2004) ajoutent à l'importance des contextes d'intervention la complexité grandissante des problèmes collectifs et leur enchevêtrement provoquant des définitions ambiguës et sujettes à l'expression de conflits d'intérêts. Ils proposent d'élargir les sources d'information en favorisant la participation et la démocratisation, ce qui permettrait d'atténuer l'incertitude et de diversifier les stratégies d'action pour tenir compte de la complexité des situations. La participation et la démocratisation étant reconnues comme pouvant accroître l'efficacité des programmes (Bilodeau et coll., cités dans Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007).

Plus précisément, Bourque et Favreau (2003) proposent une approche qui met les ressources du réseau de la santé et des services sociaux au service du développement démocratique des communautés plutôt que d'utiliser ces dernières afin d'atteindre des objectifs de santé publique. Ils proposent d'additionner les expertises de processus, de contenu et citoyenne dans une perspective d'organisation communautaire afin de réellement contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités.

C'est donc dans cette perspective de complémentarité avec les grands domaines d'intervention de la santé publique sur les déterminants de la santé que la DSP veut soutenir la stratégie de développement des communautés, particulièrement à travers l'organisation communautaire et l'action communautaire autonome qui favorisent le développement démocratique des communautés et contribuent ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être de leurs résidants. En effet, tel que le mentionne le PNSP :

> **« En favorisant, chez les individus, le développement de l'estime de soi et du sentiment de maîtrise de l'environnement, le soutien au développement des communautés contribue aussi à augmenter, entre autres, le sentiment d'appartenance, la fierté des réalisations jugées bienfaisantes et l'acquisition de nouvelles compétences. On reconnaît également que les communautés en santé, où règne une forte cohésion sociale, c'est-à-dire où la participation active des membres est favorisée, composent beaucoup plus efficacement avec des événements inattendus, accidentels ou même catastrophiques qui exigent des actions rapides, de l'entraide et de la solidarité. »**
> (MSSS, 2008, p. 62)

Stratégie de soutien au développement des communautés transversale aux activités de santé publique prévues par domaine d'intervention

À l'intérieur même des grands domaines d'intervention en santé publique, nous avons de plus en plus recours à la mobilisation de la communauté dans le but d'atteindre des objectifs précis et ciblés. Cette logique n'en est pas une de développement des communautés en cela qu'elle n'est pas issue des communautés elles-mêmes et n'entraîne pas les mêmes retombées pour elles. Par contre, tel que le suggère le PNSP (2008, p. 63) :

> **« […] il se peut qu'une mobilisation destinée à répondre à des besoins d'activités planifiées rejoigne les préoccupations et priorités des membres de la communauté. Pour créer un dynamisme dans le milieu, ajuster une activité ciblée aux caractéristiques du milieu en la transformant en projet communautaire pourrait alors s'avérer fort intéressant. En ce sens, les acteurs locaux et les citoyens seront plus sensibilisés et plus intéressés à s'investir, et seront en mesure d'assurer la poursuite à long terme du projet en y intégrant des objectifs et des activités qui n'étaient pas prévus au départ. »**

Ainsi, la stratégie de soutien au développement des communautés peut s'inscrire de manière transversale dans la planification des activités de santé publique, c'est-à-dire représenter une préoccupation commune aux différents domaines de santé publique ainsi que des outils pour l'actualisation de cette préoccupation dans les interventions. Nous croyons donc que les principes du développement des communautés doivent être considérés dans l'offre de service de santé publique, afin que l'on puisse, lorsque la cible de l'intervention est la communauté en tant que telle, travailler encore plus « avec » que « pour » elle et y susciter des retombées en termes de développement. C'est entre autres de cette façon qu'il sera possible d'additionner les expertises de contenu, de processus et citoyenne[8].

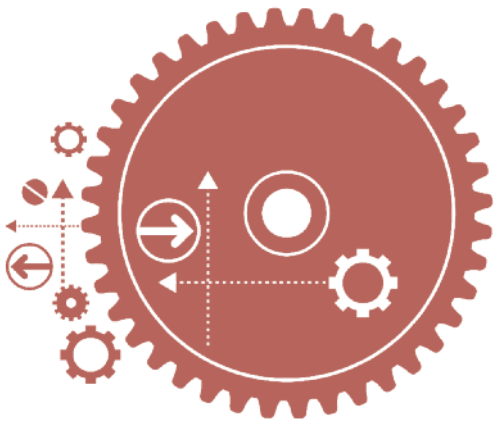
Par exemple, Lachapelle propose de recourir à l'approche socio-institutionnelle participative dans la mise en œuvre des programmes de santé publique (PSP). Cette approche « […] part du principe selon lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative » (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007, p. 109). Ainsi, la préoccupation de développement des communautés (*empowerment*, participation) traverse différents programmes et services afin d'agir sur certains déterminants sociaux de la santé. La compétence en animation de processus et en médiation des équipes en OC pourra être très précieuse dans l'actualisation de cette approche.

8 Voir « Addition des expertises » dans la section « Conditions de réussites de l'intervention en développement des communautés ».

Certains facteurs (favorables et freins) sont à considérer, selon Lachapelle, afin de favoriser cette démarche d'organisation communautaire, entre autres dans les programmes de santé publique (PSP), et contribuer à l'*empowerment* des communautés. Sans les visiter en détail ici, notons les facteurs favorables qui semblent les plus importants :

- les PSP ne doivent constituer qu'une partie des tâches des intervenants en organisation communautaire (IOC). Ces derniers ne devraient pas être embauchés à la seule fin de les livrer sans risquer de voir affaiblir leur capacité de mobilisation des milieux, leur enracinement local et une sensibilité aux milieux, qui sont nécessaires à leur contribution aux PSP;
- la culture locale de concertation doit être prise en compte afin que les gens voient l'intérêt de collaborer aux buts poursuivis. Ainsi, en s'adressant aux instances déjà existantes, on favorisera l'enracinement dans les réalités locales, on évitera d'affaiblir les concertations locales en les multipliant et on respectera davantage le caractère endogène du développement afin de le favoriser;
- une telle démarche demande de la patience. Il faut prendre le temps de faire la preuve de sa rentabilité, de travailler avec les intérêts et préoccupations du milieu et ses leaders, de viser des buts et objectifs partagés;
- le financement par projets est très contraignant pour ces démarches. Il devrait tenir compte du temps nécessaire à expérimenter de nouvelles pratiques;
- Si les IOC travaillent à ce que les communautés aient accès aux ressources, il n'est pas souhaitable qu'ils participent aux décisions financières et se retrouvent dans une situation de bailleurs de fonds; la participation des cadres dans ces circonstances est donc à privilégier;
- le territoire pris en compte devrait aussi considérer les dynamiques locales afin d'intervenir efficacement;
- le soutien ou le mentorat de collègues expérimentés devraient être favorisés chez les IOC afin de pouvoir passer d'une commande à une action de développement de communauté. La reconnaissance acquise dans l'établissement et dans le milieu favoriserait d'ailleurs un rapport critique et créatif face aux PSP et de réelles alliances avec la DSP.

À ces fins, que l'intervention soit complémentaire ou transversale aux domaines de santé publique ou même aux programmes-services des CSSS, nous retenons certains éléments incontournables du développement des communautés mis de l'avant par l'INSPQ et ses collaborateurs dans *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* qu'il conviendra de décrire afin de s'y appuyer, ainsi que des conditions de réussite de cette stratégie dans notre intervention.



Éléments incontournables du développement des communautés

Réduction des inégalités

Tel que nous l'avons vu précédemment, la réduction des inégalités en santé est la préoccupation qui est à la base de l'adoption d'une stratégie de développement des communautés par la santé publique. Elle devra donc représenter la toile de fond de nos actions par le soutien à l'intervention incluant les groupes les plus négativement touchés par ces inégalités, celle liée à la pauvreté devant être considérée en premier plan.

L'INSPQ rapporte que le MSSS accorde une priorité au renforcement du potentiel des personnes et rappelle les trois dimensions de la pauvreté sur lesquelles la santé publique peut intervenir en visant l'amélioration des conditions de vie :

- une dimension matérielle (avoir);
- une dimension sociale (pouvoir);
- une dimension culturelle (savoir). (INSPQ, 2002)

Plus spécifiquement, *le document La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé* suggère de s'engager dans des interventions sur les conditions de vie relatives aux facteurs sociaux suivants faisant partie des grands déterminants de la santé :

- la pauvreté;
- l'éducation;
- le logement;
- le transport;
- l'aménagement urbain;
- l'environnement physique;
- l'environnement social;
- les habitudes de vie. (MSSS, 2007)

Il s'agira donc pour la DSP GÎM de saisir les opportunités d'engagement relatives, entre autres, à ces facteurs sociaux dans le renforcement du potentiel des personnes et des communautés. Ces engagements demeurant tributaires des priorités déterminées par les communautés, des ressources disponibles et des résultats anticipés de réduction des inégalités.

Participation

La participation, telle que reconnu comme élément incontournable du développement des communautés par l'INSPQ, nous semble aussi être la base d'une approche en développement des communautés en ce qu'elle peut introduire les autres éléments incontournables que nous préciserons par la suite. La participation devrait ainsi être au cœur de nos préoccupations dans le soutien au développement des communautés, y compris celle des populations les plus touchées par les inégalités sociales.

> **« L'intervention s'appuie sur la participation des citoyens et citoyennes de tous les milieux de la communauté travaillant ensemble à l'amélioration du bien-être et de la santé de leur communauté. [...] Le développement répond aux besoins de base des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité...) ainsi qu'à leurs besoins de valorisation et de reconnaissance. Dès le départ, l'élaboration du diagnostic se réalise sur la base d'une concertation la plus large possible afin de permettre ultérieurement l'élaboration de stratégies et d'interventions communes en vue d'améliorer le niveau de santé de la communauté. La participation vise le développement de la citoyenneté afin d'augmenter le degré de contrôle et de responsabilité des personnes sur les décisions qui les touchent. »**
> (MSSS, 2008, p. 62)

Il importe de préciser que la participation de la communauté est ici envisagée en tant que processus d'*empowerment* et que la responsabilité citoyenne l'est en termes de valorisation et de reconnaissance de l'autonomie des personnes plutôt qu'en termes d'obligations citoyennes. Ainsi, les interventions en développement des communautés devraient contribuer à construire cette participation avant de pouvoir s'appuyer sur son existence. Faire l'économie de ce travail reviendrait à négliger l'essence même de notre action en développement des communautés qui est de contribuer à réduire les inégalités sociales qui se répercutent sur la santé. C'est par le soutien à cette participation démocratique que l'on favorisera, entre autres, l'*empowerment* dans la communauté.

De nombreuses recherches démontrent que « [...] la participation dans les décisions donne lieu à de meilleures interventions et programmes » (INSPQ, 2002, p. 22). Il est à noter que participer signifie ici « [...] parler, se faire entendre, agir et prendre part aux décisions » (INSPQ, 2002, p. 22). Il ne s'agit donc pas uniquement d'ouvrir à toute la population et à ses organisations les instances décisionnelles, mais de travailler au développement des compétences des personnes et communautés et d'y investir le temps requis. Les institutions portent, en ce sens, une responsabilité de soutien de cette participation. Nous mettons donc de l'avant une approche participative privilégiant la participation effective des populations et groupes directement concernés par les changements, les orientations et les décisions qui affectent leur environnement physique, leur environnement social, leurs milieux de vie et conditions de vie, leurs habitudes de vie et comportements ainsi que l'organisation du système des soins et des services sociaux et de santé sur leur territoire. Évidemment, l'application de ce principe comportera certains détours nécessaires pour rejoindre les personnes directement concernées par les PSP, car comme le font remarquer Lachapelle et Bourque (2007, p. 73)

> « Asseoir une personne autour de la table sans que celle-ci ait une légitimité démocratique comme représentante d'un groupe de participants, serait l'utiliser comme participante de service, histoire de se donner bonne conscience, mais un bien mauvais service à lui rendre! [...] il faut d'abord établir des liens de confiance. Il faut du temps et des contacts personnels consistants avant que les interventions permettent l'*empowerment* requis pour que les familles rejointes se constituent elles-mêmes en instance partenaire de l'équipe interdisciplinaire ou de la table intersectorielle. »

Ainsi, s'il est important de se rappeler que les intervenants des organismes communautaires ne représentent pas les personnes en situation de vulnérabilité, ils pourront, au sein de tables intersectorielles, comme le suggèrent les travaux de Lachapelle et Bourque (2007, p. 73) :

> « [...] assumer de fait la liaison et éventuellement l'inclusion des familles en situation de vulnérabilité, soit parce qu'ils sont déjà en lien avec elles, soit parce que le programme leur fournit l'occasion d'inclure ces familles dans les populations qu'ils rejoignent. C'est donc à ce niveau des pratiques communautaires autonomes et dans les contacts directs des OC avec les personnes du milieu qu'il faudrait explorer la participation des personnes concernées par les PSP et nous donner des moyens de connaître s'ils peuvent faire valoir leurs besoins et leurs attentes, mais aussi, et surtout participer à la définition des problèmes et à l'établissement des objectifs du programme. »

Empowerment ou développement du pouvoir d'agir

En se basant sur des recherches de plusieurs disciplines qui feraient ressortir des liens entre le manque de pouvoir et la maladie et entre l'*empowerment* et la santé, Wallerstein (1992 cité dans Hyppolite, 2002, p. 12) propose de reconnaître le manque de pouvoir comme un facteur de risque au regard de multiples problèmes de santé.

L'*empowerment* représenterait donc une approche d'intervention intéressante en santé publique. Globalement, Wallerstein et Bernstein (1994 p. 142, traduction libre) le voient comme un « [...] processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique ». Plus spécifiquement, le développement du pouvoir d'agir, selon Ninacs (2007, p. 7), c'est :

- « un processus par lequel les individus, les organisations et les communautés acquièrent la capacité d'exercer un pouvoir;
- un état qui désigne la capacité d'exercer un pouvoir;
- une approche (orientation stratégique) d'intervention sociale et communautaire visant à développer la capacité d'exercer un pouvoir d'un individu, d'une organisation ou d'une communauté. »

S'appuyant évidemment sur les deux premières parties, c'est cette troisième partie de la définition qui nous intéresse particulièrement au regard du soutien au développement des communautés puisqu'elle en est le principal pilier en vue de réduire les inégalités sociales en santé. L'INSPQ soutient d'ailleurs, à partir du constat d'une interaction dynamique entre les facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux influençant les différences dans les niveaux de santé et de bien-être, que l'on devrait se baser davantage sur un modèle écologique et que « [...] l'intervention en santé publique devrait viser l'exercice, par les personnes et les communautés d'un plus grand contrôle sur leur vie (*empowerment*), en vue de réaliser leurs ambitions et satisfaire leurs besoins. » (INSPQ, 2002, p. 6)

Afin de situer cette intervention dans le sens de l'*empowerment*, il nous semble aussi important de présenter les idées de base sur lesquelles le concept se fonde et qui devraient orienter notre intervention, tel qu'exposé par Ninacs (2007, p. 7-8) :

- « Les individus et les collectivités ont le droit de participer aux décisions qui les concernent;
- les compétences requises pour cette participation sont déjà présentes (ou le potentiel pour les acquérir existe);
- une personne ou une communauté ne peut pas faire le cheminement d'*empowerment* pour une autre;
- le processus d'*empowerment* débute par la participation volontaire et repose sur elle (ne peut pas être forcée);
- le pouvoir n'est pas quelque chose qui se reçoit ou qui se donne : ce sont plutôt l'autorité et la responsabilité qui se transfèrent;
- la capacité d'exercer un pouvoir s'acquiert et se développe progressivement;
- l'*empowerment* dans une facette de la vie humaine n'est pas automatiquement transféré aux autres facettes. »

Ninacs répertorie trois types d'*empowerment* qui sont repris par l'INSPQ soit l'*empowerment* individuel, communautaire et organisationnel. Si c'est l'*empowerment* communautaire qui est particulièrement visé par l'intervention en soutien au développement des communautés, il estimportant de souligner qu'il n'est pas indépendant de celui des organisations et des individus qui le composent. En effet, les processus d'*empowerment* individuels et organisationnels auront un impact sur l'*empowerment* communautaire ainsi que l'inverse. L*empowerment* communautaire représentant un terreau à l'*empowerment* individuel et l'*empowerment* organisationnel contribuant à l'*empowerment* communautaire et individuel. (Ninacs, 2007) En développement des communautés, nous considérons, comme l'INSPQ, qu'il s'avère essentiel de comprendre ces mécanismes de construction du pouvoir d'agir, particulièrement pour les communautés les plus démunies. Les deux tableaux suivants présentent donc les principales composantes de l'*empowerment* individuel et communautaire qui sont inter reliées en processus (INSPQ, 2002).

{ Composantes du processus d'*empowerment* individuel }

LA PARTICIPATION

> assistance muette;
> participation aux discutions simples (droit de parole);
> participation aux débats (droit d'être entendu);
> participation aux décisions (aval ou refus de consentement).

LA COMPÉTENCE TECHNIQUE

> acquisition progressive de connaissances pratiques et techniques requises par l'action et par la participation.

L'ESTIME DE SOI

> auto reconnaissance de la légitimité de l'identité propre;
> auto reconnaissance de sa propre compétence;
> reconnaissance de sa compétence par les autres.

LA CONSCIENCE CRITIQUE

> conscience collective : la personne ou la collectivité n'est pas seule à avoir un problème;
> conscience sociale : les problèmes sont influencés par l'organisation sociale;
> conscience politique : la solution aux problèmes passe par le changement social.

Conception : W. A. Ninacs

{ Composantes du processus d'*empowerment* communautaire }

LA PARTICIPATION

> intégration, dans les espaces décisionnels, des individus non perçus comme leaders naturels;
> équité dans la redistribution du pouvoir.

LES COMPÉTENCES

> une imputabilité favorisant la compétence des individus et de la communauté;
> la capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et de tirer profit des synergies qui en découlent;
> les habiletés consensuelles et décisionnelles, et une capacité et une volonté d'autogestion de son développement;
> le renforcement des réseaux de soutien aux individus.

LA COMMUNICATION

> la circulation efficace de l'information générale;
> l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques précis;
> la transparence dans les processus décisionnels.

LE CAPITAL COMMUNAUTAIRE

> sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement;
> conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres.

Conception : W. A. Ninacs

Pour ce qui est de l'*empowerment* organisationnel, selon Ninacs (2007, p. 11), les organisations :

> **« [...] servent de ponts entre les individus et la communauté dans son sens large, comme lieux d'intégration par exemple, parce qu'elles exercent une influence sociale. Elles peuvent également s'avérer des lieux de participation, de formation et de valorisation personnelle. Il ne faut donc pas sous-estimer le rôle des organisations sur le plan du développement et du maintien de l'autonomie des individus et des collectivités. »**

D'où l'importance de soutenir particulièrement les organismes bénévoles et communautaires en tant que foyers d'*empowerment* individuel et collectif.

Il va de soi que pour contribuer à réduire les inégalités sociales qui se répercutent sur la santé, l'intervention en développement des communautés devrait s'appuyer sur ces processus d'*empowerment*. Ceci afin non seulement de favoriser la participation et la prise en charge des communautés par elles-mêmes face à certaines problématiques qui les interpellent particulièrement, mais aussi afin de favoriser l'acquisition de compétences contribuant à réduire ces inégalités, notamment chez les personnes qui en sont les plus touchées.

Concertation et partenariat

Outils d'*empowerment* et de mobilisation

Dans cette logique, la concertation et le partenariat sont utilisés comme des outils d'*empowerment* communautaire et doivent, pour ce faire, s'appuyer sur ses processus ainsi que sur ses idées de base. Selon Ninacs (2007, p. 2-3), la concertation et le partenariat sont les outils privilégiés de la mobilisation des communautés locales :

> **« La concertation occupe un rôle de premier plan, car c'est par la concertation que les acteurs de la communauté établissent un consensus sur l'objectif à poursuivre, sur le problème à résoudre, sur les activités à mettre en œuvre pour changer la situation, sur les principes qui doivent les guider et sur les critères qui permettront de les évaluer. Il s'agit d'une dynamique à la fois coopérative et conflictuelle qui donne lieu à une vision commune des paramètres de l'amélioration ou de la transformation à réaliser. »**

Pour Bourque (2009, p. 31-33), la principale contribution de la concertation est la mise en place de « [...] modes de gouvernance volontairement consentis et contrôlés par les acteurs ». Selon lui, la concertation multisectorielle augmenterait même son potentiel de contribution au développement des communautés (approche globale ciblant l'ensemble d'une communauté, addition d'expertises et de ressources de différents secteurs, augmentation du sentiment d'identité au territoire).

Pour l'INSPQ (INSPQ et coll., 2002, p. 19) :

> « **Le développement des communautés se réalise à l'intérieur de structures flexibles, dans le respect du savoir-faire tout en développant le sens de l'engagement social. [...] La collaboration ajoute une plus-value à l'action, multiplie les ressources, les idées, les compétences, la richesse de la culture et la force du tissu social. Elle s'appuie également sur la qualité de l'environnement naturel, elle construit, consolide les rapports avec le monde extérieur et développe la capacité d'adaptation et d'innovation de la communauté.** »

Ces outils comportent non seulement de nombreux avantages, ils sont pratiquement incontournables pour toute action collective. Par contre, ils comportent certains écueils qu'il convient d'éviter ainsi que certaines conditions afin qu'ils soient utilisés aux bonnes fins du développement des communautés.

Écueils

Tendance à favoriser le travail intersectoriel

En premier lieu, tel que le note la mise à jour 2008 du PNSP (MSSS, 2008, p. 64), une tendance actuelle au travail intersectoriel ne favorise pas une influence citoyenne et l'acquisition d'autonomie :

> « **Actuellement, la concertation intersectorielle est, la plupart du temps, utilisée pour rassembler les institutions et organismes importants d'un territoire donné. Dans les faits, on constate que, pour diverses raisons, les citoyens et certains groupes actifs dans les milieux n'arrivent pas toujours à se faire une place dans une telle démarche, ce qui limite l'impact que des décisions et actions pourraient avoir sur le pouvoir d'agir individuel et collectif.** »

Il importe donc de faire la distinction entre intersectorialité et concertation. Bourque et Lachapelle proposent que l'intersectorialité s'impose lorsque les interventions doivent composer avec divers niveaux d'organisation territoriale, diverses missions de l'État, divers groupes sociaux, diverses problématiques sociales, divers acteurs sociaux, reposant sur le postulat que l'état de santé et de bien-être dépend du développement d'une population en même temps qu'elle le conditionne. Il faut donc, en intersectorialité, recréer une certaine globalité de l'approche qui comporte des limites du fait qu'elle est souvent organisée dans une perspective et selon des impératifs de santé publique et concerne une partie de la population. De son côté, réunissant des agents autonomes, la concertation serait quant à elle une forme de négociation sociale, plus souvent issue d'une démarche de réflexion locale et collective et reposant sur le partage d'information en vue d'une analyse ou vision commune (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007). Ainsi, dans une optique de développement des communautés et d'*empowerment*, la concertation serait l'outil à privilégier. Par contre, comme nous l'avons vu plus haut, une approche intersectorielle (de haut en bas) pourrait s'ouvrir à la communauté, pour certains programmes par exemple, où il est opportun de travailler davantage « avec » la communauté et y susciter des retombées en termes de développement. On pourrait par exemple, en plus des divers intervenants institutionnels, mobiliser des acteurs pertinents à la question en jeu (intervenants, organismes communautaires et représentants des personnes ciblées) autour de l'identification des besoins et des choix stratégiques lors de l'implantation d'un programme de santé publique. Processus, flexibilité et négociation permettent ainsi une appropriation créative du programme par les acteurs concernés.

Reproduction des rapports de pouvoir existant dans les communautés

Un autre écueil est la reproduction, dans des cadres de concertation ou de partenariat, des rapports de pouvoir existant dans les communautés. Ainsi, comme le mentionne l'INSPQ (INSPQ et coll., 2002, p. 26), « Le partenariat risque parfois de demeurer un cadre de fonctionnement des rapports sociaux destinés d'abord à servir les intérêts des élites dirigeantes ». Effectivement, comme le fait remarquer Côté (2009, p. 62), « [...] n'est-ce pas justement l'exclusion sociale qui limite la participation sociale? ». Ainsi, il ne suffit pas d'amener les gens à réfléchir à un problème ensemble pour instaurer l'équité entre des partenaires.

Bourque (2009, p. 118) parle même de réduction de la participation citoyenne « [...] lorsque les instances de concertation ne sont imputables qu'à elles-mêmes et font peu de place dans leurs travaux à ceux qu'elles représentent ».

Hyperconcertation

Un troisième écueil représente l'hyperconcertation. Comme le souligne Bourque (2009, p. 59-60), « [...] depuis quelques années, le Québec assiste à une augmentation du nombre de politiques et de programmes publics, ainsi que d'initiatives privées, appelant à la concertation intersectorielle thématique ou territoriale dans de nombreux domaines ». Pour Bourque (2009, p. 66-67), la problématique se décline ainsi :

> **« [...] multiplication des instances de concertation par sédimentation; détournement des priorités d'instances existantes au profit d'un ordre du jour extérieur qui s'impose par son poids politique ou ses ressources financières (malgré les bonnes intentions des promoteurs); absence ou carence de coordination et d'intégration sur une base territoriale des initiatives de concertation; sur sollicitation des acteurs qui sont souvent les mêmes dans toutes ces démarches; manque de prégnance de la participation citoyenne; manque de ressources financières et de compétences professionnelles pour le soutien à la réalisation et la pérennisation des initiatives concertées. [...] Ce dernier point soulève une caractéristique des récentes politiques publiques faisant appel à la mobilisation des communautés : le discours en ce sens semble plus généreux que les moyens mis à la disposition des communautés. »**

Les différents acteurs concernés n'ont pas, toujours selon Bourque (2009), une position homogène sur la question. Il relève certaines tendances :

- le mouvement communautaire est en demande de concertation sur des enjeux qu'il considère prioritaires et se retrouve sursollicité pour des concertations auxquelles il est difficile de dire non;
- les acteurs publics reconnaissent la valeur de la concertation territoriale, mais ont tendance à l'instrumentaliser au service de leur mission sectorielle et à ne pas suffisamment l'appuyer par des moyens politiques et financiers;
- le principal acteur privé (la Fondation Lucie et André Chagnon), appuyé par d'importants moyens financiers et politiques, rencontre des difficultés quant à la collaboration avec les acteurs locaux qui perçoivent ce programme comme laissant peu de marge de manœuvre au plan local;
- les MRC et les municipalités se sont ajoutées à la multiplication des initiatives de mobilisation des communautés pour répondre à leurs nouveaux mandats, particulièrement le développement social.

Conditions de réussite de la concertation et du partenariat

Afin d'éviter le plus possible ces écueils, il sera donc important de s'attarder aux conditions de réussite de la concertation et du partenariat dont voici un résumé.

Opérationnalisation de la concertation

En ce qui a trait à l'opérationnalisation, il est important de considérer les conditions favorables suivantes :

- disposer d'un leadership démocratique et efficace, ainsi que d'un soutien professionnel et technique adéquat (animation, procès-verbaux, convocations, recherche, etc.);
- réunir les acteurs pertinents au problème ou à la question ciblée, dont les représentants ont un niveau de pouvoir comparable dans leur organisation, et faire participer et mettre à contribution les personnes et groupes concernés par le problème;
- réaliser collectivement l'analyse de la problématique ainsi que l'exploration et le choix des objectifs ou solutions à mettre en œuvre;
- s'assurer que l'enjeu soit perçu comme majeur, le résumer en quelques grandes questions et limiter le nombre d'objectifs (certains réalisables à court terme et qui constituent des gains concrets permettant de développer la confiance dans la concertation et la perspective de réalisations plus importantes);
- revenir souvent sur les objectifs, car le quotidien prend facilement le pas sur l'action prospective;.
- respecter l'identité de chaque participant, accepter les différences (missions, limites), tenir compte des facteurs individuels (problèmes de communication, peur du changement) et s'assurer que tous les participants ont un niveau d'information et de compréhension suffisant (offrir un soutien spécifique au besoin);
- se rappeler que les intérêts peuvent être contradictoires ou conflictuels et que la satisfaction d'intérêts personnels ou corporatifs est importante, que chaque acteur doit pouvoir en tirer quelques avantages;
- reconnaître à chaque acteur ce qui lui revient, sa contribution et son apport au réseau, en relation avec ses moyens et ses ressources;
- s'assurer que chaque acteur ait le sentiment d'être écouté et de pouvoir influencer les décisions;
- communiquer en utilisant un langage le plus accessible possible;
- faire collectivement l'évaluation du processus de concertation. (INSPQ, 2002 et Bourque, 2009)

Le soutien professionnel est particulièrement important afin de tenir compte des autres conditions de réussite et d'éviter les écueils de la concertation et du partenariat. En effet, selon Bourque et Lachapelle :

> « **Les pratiques d'intersectorialité et de concertation sont des processus complexes qui mettent à contribution les savoir-faire de base en organisation communautaire. [...] Plus l'organisation communautaire contribue aux processus, plus la prise en charge du milieu par lui-même prend de l'importance.** »
>
> (Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, 2007, p. 112-113)

Opérationnalisation du partenariat

Pour ce qui est du partenariat, il est évidemment important de le fonder sur la concertation et ses conditions de réussite, mais quelques conditions supplémentaires peuvent s'ajouter :

- assurer l'équité entre les partenaires (pouvoirs et responsabilités comparables, droits et devoirs réciproques, avantages tangibles ou intangibles de même importance);
- assurer le consensus quant aux orientations établies et aux programmes choisis dans la démarche;
- assurer la participation de tous à la mise en œuvre des programmes;
- déborder du système institué et l'orienter vers l'invention de nouvelles structures et institutions afin de dépasser le cloisonnement et la sectorialisation;
- les acteurs du partenariat doivent en ressortir plus gagnants que perdants en termes de coûts-bénéfices;
- le partenariat gagne à être un processus en partie exogène (financement) et en partie endogène (participation et appropriation des acteurs);
- les acteurs doivent pouvoir faire cohabiter des logiques d'intervention et des conceptions souvent différentes de la communauté;
- le facteur temps s'impose puisque la coconstruction du partenariat exige de faire place aux réflexions, consultations et débats qui y sont nécessaires. (Bourque, 2009 et INSPQ et coll., 2002)

Structures de concertation et partenariats

En ce qui a trait aux structures, il peut être judicieux de tenir compte et de travailler avec les instances existantes dans l'environnement afin de contribuer à minimiser la sur sollicitation et de favoriser la cohésion (Bourque et Favreau, 2003). Ainsi, pour Bourque (2009), le défi serait de réaliser, sur une base territoriale, la concertation efficace des concertations existantes afin de favoriser une gestion démocratique du changement.

Facteurs personnels et organisationnels favorables

Enfin, certains facteurs personnels et organisationnels influenceront aussi la concertation et le partenariat :

- écoute, respect, transparence, capacité de se remettre en question, reconnaissance des expertises, formation à l'approche communautaire plutôt qu'unilatéralement clinique;
- intégration de l'organisme à sa communauté, expertise et compétence reconnues, approche pragmatique ciblée sur un objectif commun visant à offrir les meilleurs services à la communauté, encadrement organisationnel et formalisé du partenariat, reconnaissance par les bailleurs de fonds des coûts engendrés par le partenariat, ouverture à la participation des usagers. (Bourque, 2009)

Harmonisation et promotion des politiques publiques favorables à la santé

Enfin, dernier élément incontournable du développement des communautés permettant de supporter les autres éléments nommés précédemment, l'élaboration et la promotion de politiques publiques saines (municipales, régionales ou nationales) représente un moyen pour améliorer les conditions de vie et favoriser la participation et l'*empowerment*. Ainsi, il conviendra d'intervenir en santé publique lorsque l'opportunité se présente d'influencer, par un rôle de lobbying, des politiques « [...] qui s'intègrent dans une intervention plus large, plus globale, qui vise l'amélioration du milieu de vie, de l'environnement, des habitudes de vie et des comportements ainsi que la réduction des inégalités sociales. » (INSPQ et coll., 2002, p. 29)

De plus, la participation et les politiques publiques, essentielles au développement, doivent s'influencer mutuellement. « D'un côté les politiques publiques doivent favoriser la participation, de l'autre côté la participation à l'action politique devrait favoriser l'adoption de politiques publiques saines. C'est ainsi que la démocratie contribue à la santé et au bien-être des personnes et des communautés. » (INSPQ et coll., 2002, p. 29)

Conditions de réussite de l'intervention en soutien au développement des communautés

Le soutien au développement des communautés, comme nous l'avons vu, est une stratégie qui permet d'améliorer les conditions de vie des personnes tout en contribuant à réduire les inégalités sociales et de santé. En plus des éléments incontournables du développement des communautés qui doivent être considérés dans l'intervention, il ressort certaines conditions propres à cette stratégie pour favoriser un réel développement des communautés. Bourque et Favreau en identifient trois que nous retiendrons à l'intérieur de notre approche de santé publique en développement des communautés.

Additionner les expertises

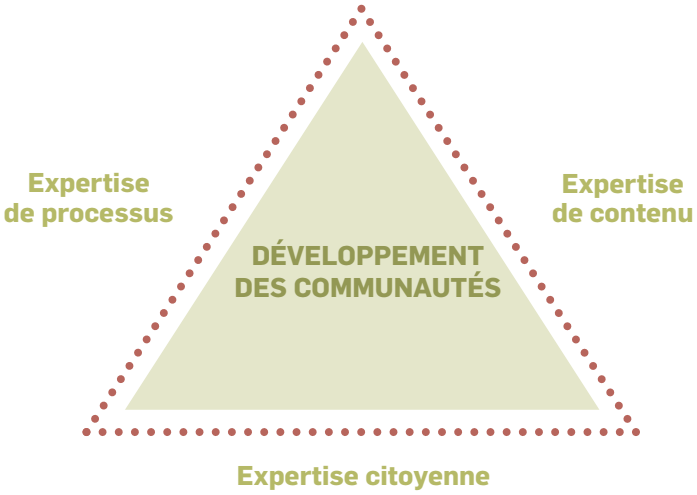
Une première condition de succès du développement des communautés dans la perspective de la santé publique résiderait dans la jonction et l'addition des expertises en cause.

D'abord, celle des CSSS qui ont développé une expertise de processus et une connaissance du milieu à travers leurs équipes d'OC. Ils sont aussi des acteurs, en tant qu'institutions, dans le développement.

Ensuite, il y a l'expertise de contenu des directions et des professionnels de santé publique (état de santé des populations, grands objectifs d'amélioration de la santé au plan national et régional, programmes et modèles d'intervention jugés scientifiquement efficaces, évaluation des projets de développement des communautés, soutien technique et financier [lorsque c'est possible] aux nouveaux projets de développement et à ceux existants, médiation entre les approches axées sur les clientèles ou les problèmes et celles axées sur les territoires et les initiatives locales).

La troisième expertise est celle des communautés qui concerne la pertinence même des projets de développement. Cette expertise citoyenne s'exerce lorsque la définition des problèmes ainsi que le choix des priorités et des moyens d'action viennent de la communauté. C'est à cette condition que les communautés s'approprient leur développement (Bourque et Favreau, 2003, p. 17). Bourque et Mercier (2008, p. 3) ajoutent que cette expertise passe particulièrement par l'action communautaire autonome.

{ Adition des expertises }



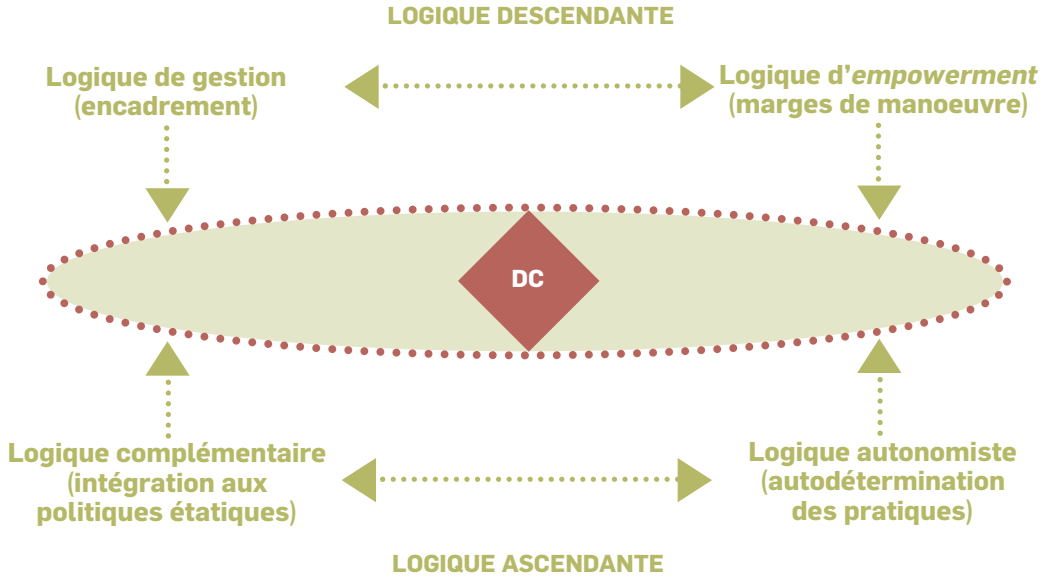
Conception : Denis Bourque

Comme le souligne le RQIIAC (2003, p. 28), le défi de l'intervention en développement des communautés « est de mettre le réseau de la santé au service des communautés plutôt que de simplement mettre les communautés à contribution pour atteindre des objectifs de santé publique ».

{ Composer avec des logiques paradoxales }

Une seconde condition de succès du développement des communautés consisterait à naviguer, particulièrement pour les CSSS et l'organisation communautaire, dans une dynamique où se rencontrent une logique descendante (politiques publiques de recours aux collectivités), qui peut être soit prescriptive, soit d'*empowerment*, et une logique ascendante (aspirations des acteurs locaux), qui peut être soit autonomiste (demande d'autonomie et de pouvoirs locaux), soit complémentariste (demande d'intégration aux politiques étatiques).

{ Rencontre des logiques paradoxales }



Conception : Denis Bourque

Les CSSS et les équipes d'OC se retrouvent en interface entre ces logiques et en situation de double imputabilité (vers le bas et vers le haut). Ils ont donc un rôle majeur à jouer pour que le développement des communautés fasse l'objet d'une régulation horizontale (démocratisation) plutôt qu'une régulation verticale (instrumentalisation) identifiée comme un facteur défavorable au développement des communautés. Leur défi est donc d'exercer un rôle de leadership démocratique à la jonction des logiques.

> « **Puisqu'il s'agit d'un processus qui vise le développement du pouvoir d'agir des communautés à partir des intérêts et des choix de ces dernières, on ne peut en contrôler la finalité au point de départ. Il s'agit de la condition sine qua non de l'*empowerment*. En développement des communautés, on intervient surtout sur le processus pour le stimuler au début, le supporter par la suite, et l'enrichir de contenus et d'expertises en cours de route. Il ne saurait être question d'imposer les objectifs, ou encore d'abdiquer la responsabilité du support d'expertises (de processus et de contenu).** »
> (Bourque et Favreau, 2003, p. 16)

Adopter une approche stratégique et pragmatique du développement des communautés

Une troisième condition de réussite du développement des communautés est le recours à une approche adaptée aux réalités des milieux qui tient compte de l'existence des dynamiques et des outils de développement déjà en place (par exemple au sein des instances de concertation) afin d'éviter de provoquer de la démobilisation.

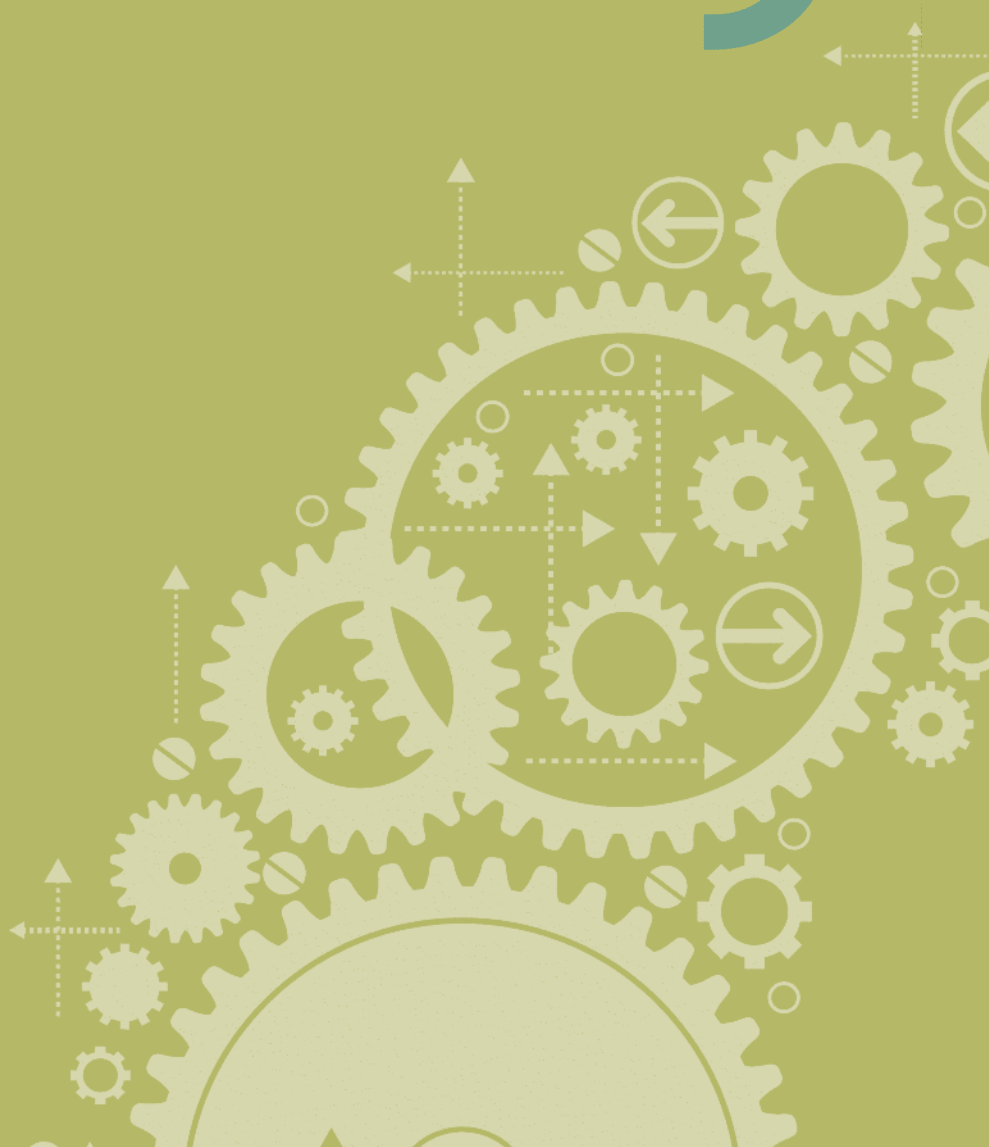
> « **Tous les milieux ont leur histoire de concertation ou de partenariat avec leurs acquis et leurs échecs. Ces milieux ont des sensibilités et des particularités qui constituent, soit des opportunités soit des obstacles au développement. Tenir compte de ces réalités dans l'intervention en développement des communautés est essentiel pour augmenter les chances de succès. Il existe donc des spécificités propres à chaque communauté, des timing favorables ou défavorables à une intervention, des acteurs qui ont une influence déterminante, des réticences de certains acteurs communautaires, etc.** »
> (Bourque et Favreau, 2003, p. 17-18)

Il apparaît clairement, à la lecture des éléments incontournables du développement des communautés comme stratégie de santé publique, ainsi que de ses conditions de réussite, que l'organisation communautaire en CSSS y joue un rôle important. René Lachapelle (2009) parle d'un passage obligé dans la lutte aux inégalités sociales de santé. En effet, selon M. Lachapelle, l'organisation communautaire doit contribuer à soutenir l'action citoyenne :

- soutenir l'action citoyenne pour renforcer la société civile;
- l'apprentissage de la capacité d'agir des personnes et des communautés passe par les organisations sociales: syndicats, groupes de femmes, coopératives et mutuelles, associations communautaires;
- le soutien aux populations exclues est un élément essentiel des processus communautaires;
- l'action communautaire ne peut pas faire l'économie des rapports de force;
- l'organisation communautaire est un savoir-faire pour soutenir la participation, métisser les cultures et faire la médiation des expertises. (Lachapelle, 2009)

Rôles et responsabilités

en soutien au développement des communautés



Direction de santé publique (DSP)

Comme nous l'avons vu plus tôt, « [...] on fait appel à une approche de développement des communautés lorsque la cible de l'intervention est la communauté en tant que telle » (INSPQ, 2002, p. 21). Cette perspective du développement des communautés présentée dans la section « Approche de la Direction de santé publique en développement des communautés » se veut complémentaire aux actions traditionnelles en santé publique pour agir sur les déterminants de la santé et s'appuie sur certains éléments incontournables nommés précédemment (réduction des inégalités, participation, *empowerment*, concertation et partenariat, harmonisation et promotion des politiques publiques favorables à la santé).

Nous proposons donc, ci-après, certaines responsabilités qui découlent de cette perspective et visent à en favoriser l'actualisation. De manière transversale, il s'agira principalement de poser un regard critique sur nos interventions et processus afin d'identifier les opportunités de retombées en faveur du développement des communautés, que ce soit aux paliers régional ou local. D'autre part, certaines actions complémentaires pourront viser spécifiquement le soutien au développement des communautés en fonction des résultats anticipés ainsi que des priorités de santé publique.

Ces responsabilités seront classées en quatre grandes catégories (influence, mobilisation, soutien, expertise) inspirées par l'INSPQ et ses partenaires (INSPQ et coll., 2002) et selon les rôles qui pourront y être joués dans les organisations concernées. Elles représentent des orientations à prendre pour favoriser le développement des communautés. Elles offrent un cadre à l'intérieur duquel évoluer et alimenteront la planification d'actions en ce sens, selon le contexte et en fonction des opportunités.

Responsabilités de la DSP

Tel que présenté dans la section « Approche de la DSP en développement des communautés », nous croyons donc que les principes du développement descommunautés doivent être considérés dans l'offre de service de santé publique, afin que l'on puisse, lorsque la cible de l'intervention est la communauté en tant que telle, travailler encore plus « avec » que « pour » elle et y susciter des retombées en termes de développement des communautés. C'est entre autres de cette façon qu'il sera possible d'additionner les expertises de contenu, de processus et citoyenne.

Ainsi, certaines responsabilités reviennent à la DSP afin de soutenir cette stratégie, particulièrement à travers le soutien à l'organisation communautaire et à l'action communautaire autonome, mais aussi à l'intérieur même des grands domaines d'intervention en santé publique en ayant davantage recours, par exemple, à l'approche socio-institutionnelle participative[9] dans la mise en œuvre des programmes. Voici donc les responsabilités de la DSP ainsi que les acteurs appelés à y jouer un rôle.

9 Voir la section « Stratégie de soutien au développement des communautés transversale aux activités de santé publique prévues par domaine d'intervention » pour une définition de l'approche socio-institutionnelle participative.

{ Responsabilités de la DSP en développement des communautés }

Ces responsabilités offrent un cadre à l'intérieur duquel évoluer afin de planifier des actions en soutien au DC, selon le contexte et en fonction des opportunités. Il en va de même de la distribution de ces responsabilités an sein de l'organisation qui peut être variable.

	Gestionnaires	Responsable DC	Professionnels
INFLUENCE			
Promouvoir le développement dans une perspective de santé et de bien-être tout en visant la réduction des inégalités de santé par l'action sur les déterminants, et influencer à cet égard les orientations, plans d'action et mesures régionales et nationales.	●	●	●
Stimuler la concertation régionale, lorsqu'approprié, pour agir sur les principaux facteurs déterminants (et inégalités de santé) relevant de la responsabilité de la DSP et participer à la concertation régionale, lorsqu'approprié, pour agir sur les autres facteurs déterminants (et inégalités de santé).	●	●	●
Diffuser à l'échelle régionale de l'information liant le développement social et le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être.	●	●	
Lorsque pertinent, favoriser la participation des gestionnaires et des professionnels de la DSP dans les lieux de concertation.	●		
SOUTIEN			
Appuyer, les leaders régionaux et les organismes qui contribuent au développement social et au développement des communautés.	●	●	●
Promouvoir et soutenir l'implantation et le maintien de mesures de soutien à l'*empowerment* dans la communauté.		●	●
Favoriser l'harmonisation des approches axées sur les clientèles ou les problèmes avec celles axées sur les territoires et les initiatives locales, et y rechercher une meilleure cohérence des différentes interventions.	●	●	●
Apporter du soutien technique et/ou financier aux activités et aux projets de développement social et de développement des communautés, selon les priorités établies avec les CSSS et les communautés et en cohérence avec le présent cadre de référence.	●	●	●
Favoriser la liaison et le travail de concertation entre les gestionnaires et les professionnels de la DSP affectés au DC et les gestionnaires et les IOC des CSSS.	●	●	
Animer des processus de concertation avec les chefs de programme, les IOC ou autres intervenants des CSSS dans la mise en œuvre des PSP et du soutien au DC.		●	●
EXPERTISE			
Tenir à jour les données sociosanitaires pour tous les territoires de la région, en favoriser l'appropriation et mettre en évidence les conditions particulières, relatives aux déterminants de la santé, pouvant influer sur les inégalités de santé.	●		●
Proposer aux CSSS et à leurs partenaires locaux des expertises de contenu dans différents domaines de santé publique.	●		●
Favoriser des méthodes participatives permettant l'évaluation de processus et de résultats.		●	●
Aider à l'élaboration de méthodes d'évaluation en DC.		●	
Alimenter et animer la réflexion de l'Agence sur l'actualisation de la stratégie de DC.	●	●	
Contribuer à développer les connaissances et les compétences en DC et alimenter la réflexion des CSSS sur son actualisation.		●	

Inspiré d'INSPQ et coll., 2002.

Rôles des gestionnaires

Influence

Du côté des gestionnaires de la DSP, la promotion du développement dans une perspective de santé et de bien-être par l'action sur les déterminants ainsi que l'influence, à cet égard, sur les politiques régionales, dépend beaucoup de leur adhésion à la perspective d'une action collective sur les déterminants de la santé. Par exemple, ils peuvent stimuler la concertation régionale lorsque ce sera approprié pour agir sur les principaux facteurs déterminants, diffuser de l'information régionale liant le développement social et le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être, ainsi que participer et favoriser la participation des intervenants de la DSP dans les lieux de concertation.

D'autre part, leur adhésion aux principes du développement des communautés peut leur permettre d'en faire la promotion auprès des gestionnaires de CSSS dans l'actualisation de leur responsabilité populationnelle (importance de l'action collective, de l'implication des CSSS dans leurs communautés et du travail des IOC dans leur milieu afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé).

Soutien

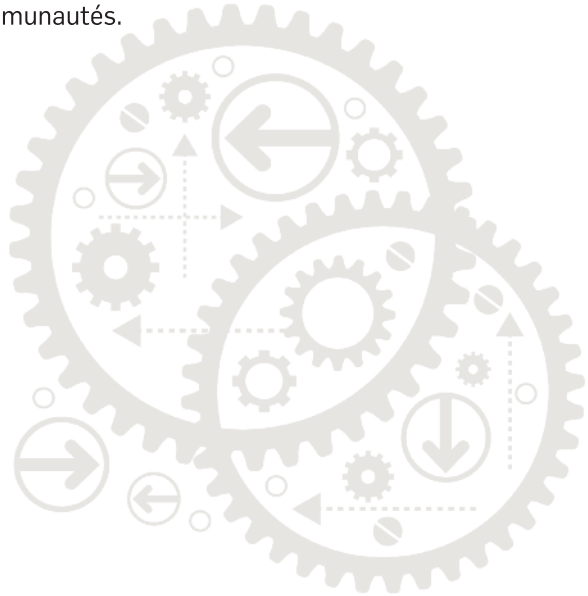
Les gestionnaires de la DSP pourront appuyer les leaders régionaux et les organismes qui contribuent au développement social et au développement des communautés, par exemple en participant à la concertation, en mandatant des ressources (humaines ou financières) ou en y fournissant de l'expertise. De la même manière, ils pourront aider à l'implantation de projets de développement des communautés ainsi que de mesures de formation à l'*empowerment* dans les communautés en y associant des ressources, lorsque cela est possible.

Dans leur équipe autant que dans leurs relations avec les CSSS, ils pourront favoriser l'harmonisation des approches axées sur les clientèles ou les problèmes avec celles axées sur les territoires et les initiatives locales, et rechercher une meilleure intégration des différentes interventions de santé publique.

Enfin, ils pourront favoriser la liaison et le travail de concertation entre la DSP et les gestionnaires, et les IOC des CSSS (ou tout autre partenaire en lien avec les autres) lorsqu'un travail de concertation pourrait leur sembler stratégique.

Expertise

Sur le plan de l'expertise, c'est particulièrement leur connaissance et leur vision d'ensemble des enjeux de la santé et des ressources qui peut leur permettre d'assurer la cohérence des analyses et des actions de la DSP sur les déterminants de la santé. Qu'il s'agisse de la mise à jour des données sociosanitaires, du partage d'expertises de contenu ou d'actualisation de la stratégie de développement des communautés.



Rôles du responsable du dossier soutien au développement des communautés

Influence

C'est au responsable du dossier en développement des communautés qu'il revient d'abord de bâtir une expertise et de documenter la stratégie de soutien au développement des communautés afin de pouvoir en partager les repères et les orientations entre l'ensemble des partenaires locaux et régionaux. Cette documentation servira de base en vue de planifier des interventions de santé publique particulières au soutien au développement des communautés en plus de procurer des assises à une intervention plus favorable au développement des communautés à travers les domaines de santé publique.

Cette expertise servira de plus à promouvoir le développement dans une perspective de santé et de bien-être par l'action sur les déterminants et à influencer à cet égard les politiques régionales. En effet, par la participation aux instances régionales de développement social, le responsable du dossier soutien au développement des communautés pourra apporter aux partenaires un éclairage susceptible de favoriser le développement des communautés. Le responsable en DC pourra, de même, stimuler la concertation régionale lorsque ce sera approprié pour agir sur les principaux facteurs déterminants de la santé dans une perspective de développement des communautés ou diffuser, à l'échelle régionale, de l'information liant le développement social et le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être.

Soutien

Le responsable du dossier soutien au développement des communautés pourra aussi appuyer les leaders régionaux et les organismes qui contribuent au développement social et au développement des communautés par sa participation à leurs projets collectifs ou en fournissant de l'information ou des éléments d'analyse, ou encore en relayant de l'information.

En plus de promouvoir une approche auprès des partenaires locaux qui favorise l'*empowerment* communautaire, le responsable en développement des communautés pourra travailler à bonifier le coffre à outils des CSSS et les acteurs locaux qui œuvrent à l'implantation de mesures de soutien à l'*empowerment* individuel, organisationnel et communautaire dans les communautés. Elle pourra, de même, apporter du soutien technique ou financier (lorsque possible) aux activités et aux projets de développement des communautés en concertation avec les gestionnaires et organisateurs communautaires des CSSS.

Elle pourra également fournir du soutien aux professionnels et gestionnaires de la DSP et des CSSS afin de favoriser l'harmonisation des approches axées sur les clientèles ou les problèmes avec celles axées sur les territoires et les initiatives locales. De même, elle pourra travailler à favoriser la liaison et la concertation entre ces acteurs.

Expertise

Comme nous l'avons vu, la promotion du développement des communautés passe par le développement d'une expertise relative à ce dossier. Elle consistera aussi, pour le responsable du dossier, à contribuer au développement des connaissances régionales en soutien au développement des communautés (veille scientifique) et à leur communication (innovation, meilleures pratiques, partage d'outils, relève en organisation communautaire). C'est ainsi qu'elle pourra participer à l'élaboration de méthodes participatives pour la DSP et pour les partenaires locaux et régionaux pour mesurer l'atteinte des objectifs des interventions locales afin qu'ils respectent les processus relatifs à une approche participative et d'*empowerment*. Ces interventions pourraient être très importantes pour la mobilisation des partenaires autour de la stratégie de soutien au développement des communautés. Le responsable du soutien au DC a aussi la responsabilité d'alimenter et d'animer la réflexion de la DSP sur l'actualisation de la stratégie de soutien au développement des communautés au sein des différents domaines de santé publique.

Rôles des professionnels des différents domaines de santé publique

Influence

C'est particulièrement en participant aux lieux de concertation intersectorielle, selon leur domaine respectif et lorsque cela s'applique, que les professionnels de la DSP peuvent promouvoir le développement dans une perspective de santé et de bien-être par l'action sur les déterminants de la santé. Leur point de vue étant susceptible de cette manière d'influencer certaines politiques régionales.

Soutien

Les professionnels de la DSP peuvent aussi contribuer à soutenir le développement des communautés en favorisant l'harmonisation des approches axées sur les clientèles ou les problèmes avec celles axées sur les territoires et les initiatives locales, en recherchant une meilleure intégration des différentes interventions de santé publique. Par exemple, ils pourront, lorsque la situation le permet, travailler avec les communautés et leur perception des besoins et des ressources par une concertation avec les gestionnaires, les IOC et certains professionnels des CSSS, ainsi qu'avec les organismes communautaires et contribuer à l'implantation de mesures de soutien à la participation et à l'*empowerment*. Cela s'inscrit dans une approche socio-institutionnelle participative de collaboration entre les planificateurs en santé publique et les communautés locales. Telle que décrite précédemment, cette approche vise à y favoriser la rétroaction du bas vers le haut afin d'additionner à l'expertise de contenu les expertises citoyenne et de processus dans la mise en œuvre des programmes de santé publique. Dans un tel contexte, ils auront parfois à animer le travail avec ces mêmes partenaires.

Expertise

Dans une même logique, poursuivre le partage de l'expertise des professionnels des différents domaines de santé publique avec les partenaires locaux, par exemple en ce qui a trait aux meilleures pratiques, permettra de favoriser, auprès de communautés ciblées, la prise en charge de certaines de leurs difficultés. Ceci occupe déjà une très forte proportion du travail des professionnels dans plusieurs domaines : éducation à la sexualité, maladies infectieuses, prévention du suicide, Approche École en santé, saines habitudes de vie, santé dentaire, etc.

De même, l'élaboration et l'utilisation de méthodes souples et adaptées, voire participatives, permettant l'évaluation des processus et des résultats des interventions locales, représentent une bonne façon de permettre aux partenaires locaux d'y prendre part et de s'y retrouver.

Enfin, l'expertise en surveillance de l'état de santé de la population revêt une grande importance pour les milieux locaux. Tenir à jour les données sociosanitaires pour tous les territoires de la région, les vulgariser et les communiquer représentent un outil de mobilisation très important pour les acteurs locaux..

Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS)

Responsabilités des CSSS

Les CSSS ont un rôle déterminant à jouer afin de soutenir la stratégie de développement des communautés. Ils occupent une position stratégique au cœur des communautés locales et participent à leur développement autant qu'ils le soutiennent. Leur implication nécessite de considérer les principes du développement des communautés, transversalement à l'offre de service, afin de travailler davantage « avec » la communauté et d'y susciter des retombées en termes de développement. Elle nécessite aussi certaines actions complémentaires visant spécifiquement le soutien au développement des communautés et l'établissement de ses conditions favorables. Voici donc les responsabilités qui relèvent des CSSS résumées dans le tableau suivant ainsi que les principaux intervenants des CSSS appelés à y jouer un rôle, toujours selon le contexte et en fonction des opportunités.

{ Responsabilités des CSSS en développement des communautés }

Ces responsabilités offrent un cadre à l'intérieur duquel évoluer afin de planifier des actions en DC, selon le contexte et en fonction des opportunités. Il en va de même de la distribution de ces responsabilités au sein de l'organisation qui peut être variable d'un CSSS à l'autre.	Gestionnaires	Équipes en OC	Intervenants
INFLUENCE			
Promouvoir une vision globale de la santé dans l'orientation des ressources et des services selon l'esprit de l'exercice de la responsabilité populationnelle.	●		
Participer aux lieux de concertation locale, lorsque pertinent au regard des déterminants de la santé (et inégalités sociales), afin de promouvoir le développement dans une approche de promotion de la santé et d'influencer, à cet égard, les politiques locales.	●	●	●
Favoriser la liaison et le travail de concertation entre les gestionnaires et les professionnels de la DSP affectés au DC, et les gestionnaires et les IOC des CSSS.	●	●	
MOBILISATION			
Stimuler l'émergence de partenariats en lien avec les déterminants de la santé (et inégalités de santé).	●	●	●
Animer des processus collectifs (lieux ce concertation et groupes de la communauté) relatifs aux déterminants de la santé et à la réduction des inégalités de santé dans le respect des différents rythmes et réalités.	●	●	●
Favoriser la transversalité du soutien au DC par des approches communautaire et d'*empowerment* dans les pratiques d'intervention du CSSS.	●	●	●
SOUTIEN			
S'investir dans le développement, la consolidation et l'amélioration d'espaces de participation et d'*empowerment* (favoriser l'implication de la communauté).	●	●	●
Soutenir les leaders locaux et les organismes du milieu qui contribuent au développement des communautés.	●		
Participer au développement de nouveaux projets collectifs et au maintien de projets existants relatifs aux déterminants de la santé et à la réduction des inégalités de santé.	●	●	●
Contribuer à l'évaluation de processus et de résultats de projets collectifs.	●	●	●
EXPERTISE			
Contribuer de façon soutenue et régulière à l'analyse des besoins et des ressources de la population de son territoire et en favoriser l'appropriation par le milieu.	●	●	●
Soutenir la mise en place de processus adaptés aux différents groupes ou projets collectifs pour le développement de communautés en santé.		●	
Aider à l'élaboration d'indicateurs pour évaluer les processus et mesurer l'atteinte des objectifs de projets en DC.		●	●
Alimenter et animer la réflexion du CSSS sur l'actualisation de la stratégie de développement des communautés au sein des différents programmes (collectivisation des problématiques, liaison avec les partenaires).	●	●	
Favoriser la liaison avec la DSP GÎM pour le développement des connaissances et des compétences dans la mise en œuvre des PSP et du soutien au DC.	●	●	●

Inspiré d'INSPQ et coll., 2002.

Rôles des gestionnaires

Encore une fois, sans être hermétiques, certains rôles principaux, en soutien au développement des communautés, reviennent aux gestionnaires. Car même s'ils assument parfois l'animation de concertations auxquelles ils participent (ou qu'ils suscitent) et contribuent assurément au diagnostic local, c'est à travers leurs rôles d'influence, de soutien et de mobilisation que leur contribution est déterminante au développement des communautés de leur territoire.

Influence

Ce sont les gestionnaires qui sont les mieux placés, grâce à leur recul par rapport à l'action, pour promouvoir une vision souvent plus globale des problématiques analysées par plusieurs professionnels. De plus, ils ont une certaine marge de manœuvre décisionnelle pour promouvoir l'adoption de politiques sociales favorables à la santé auprès des partenaires locaux ou encore pour influencer en ce sens l'organisation des services de leur organisation et l'affectation des ressources. Par exemple, ils pourront favoriser la présence de certaines conditions organisationnelles nécessaires à l'intégration d'approches globales d'intervention comme les approches d'*empowerment* et communautaire (volonté institutionnelle, travail et équipes interdisciplinaires, cibles et indicateurs compatibles avec de telles approches, l'*empowerment*, l'intervention de groupe, la prévention, la formation, etc.) (Bourque et Boucher, 2011).

Mobilisation

En ce qui a trait à la mobilisation, les gestionnaires pourront, à partir d'un partage de leur vision des problématiques et ressources, favoriser l'établissement de liens avec les partenaires et contribuer à susciter des partenariats et projets collectifs.

Soutien

Leur position leur permet aussi de faire les liens pertinents entre les professionnels impliqués dans la communauté et d'assurer la cohérence de leurs actions. Ils pourront aussi, lors de projets collectifs, contribuer à la gestion et à l'attribution de fonds lorsque nécessaire et ainsi permettre aux intervenants (particulièrement aux IOC) impliqués de ne pas se retrouver dans la position de bailleurs de fonds d'organismes qu'ils peuvent accompagner d'autre part dans leur recherche de financement (Lachapelle et Bourque, 2007, p. 78).

La participation des professionnels à la concertation et l'affectation de ressources à des projets collectifs, qu'elles soient matérielles (prêts de locaux ou d'équipements, etc.), humaines ou financières passent aussi par les prérogatives des gestionnaires. De plus, leur reconnaissance ainsi que leur recours à l'expertise des équipes d'OC dans la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle des CSSS pourront permettre le développement de réseaux locaux de services qui favorisent la participation citoyenne ainsi que la mise en réseau d'organismes de nature différente (RQIIAC, 2010, p. 13-14).

Enfin, leur adhésion à ce type d'approche permettra l'ouverture nécessaire à la prise en compte des délais encourus par les processus du partenariat ainsi qu'à la négociation autour de priorités communes d'intervention, notamment en promotion et prévention. Et comme le soulignent Bourque et Lachapelle « [...] un cadre expérimenté qui sait minimiser les contraintes pour ajuster les règles de gestion au rythme des organismes du milieu peut faire toute la différence dans l'établissement d'une saine coopération » (Bourque et Lachapelle, 2010, p. 90).

Rôles des équipes en organisation communautaire (OC)

L'intervention communautaire fait partie des activités de santé publique à l'intérieur des services généraux offerts par les CSSS.

> « **Elle permet, d'une part, de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être qui y sont présentes pour orienter les services offerts par le CSSS et, d'autre part, d'organiser avec les acteurs présents les actions de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé (inégalités des revenus, exclusion sociale, conditions de travail, éducation, etc.).** »
> (MSSS, 2004, p. 83)

Cette expertise et cette pratique professionnelle participent déjà au développement des communautés de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Les services d'organisation communautaire font partie des services de première ligne des CSSS visant à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux et à ce titre, ils sont offerts près du milieu de vie des personnes qui les utilisent (MSSS, 2004, p. 25). Comme nous l'avons vu plus tôt dans ce document, l'expertise des équipes d'OC leur réserve une place importante en développement des communautés. Une consultation, qui a été menée auprès des IOC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, fait d'ailleurs ressortir la spécificité de leur approche d'*empowerment* et leur rôle clé dans les CSSS en ce qui a trait particulièrement à la connaissance des milieux et à l'interface entre le CSSS et les communautés (Courville, document de travail, 2011). Cette place étant tributaire, sur les territoires d'appartenance, de la force des équipes; c'est à ce titre que ces dernières doivent être renforcées.

Ces rôles que peuvent jouer les équipes d'OC à l'intérieur des responsabilités des CSSS en DC correspondent d'abord aux types d'intervention en organisation communautaire (RQIIAC, 2010, p. 57-62) :

- Analyse du milieu et identification de problèmes;
- Création de nouvelles ressources;
- Sensibilisation et conscientisation;
- Soutien aux ressources existantes;
- Concertation et mobilisation des ressources locales;
- Action politique.

À titre d'exemple, quant à l'analyse du milieu et de l'identification des problèmes, leur position à la frontière entre le CSSS et la communauté leur fournit une perspective utile pour leur organisation. Elles contribuent aussi parfois à des analyses plus formelles afin de soutenir des projets émergents ou la création de nouvelles ressources. (Courville, document de travail, 2011)

Ensuite, la sensibilisation et la conscientisation face à certaines problématiques collectives ainsi que l'action politique sont des types d'intervention qui peuvent avoir une grande influence sur la dynamique citoyenne et sur la mobilisation des groupes (*empowerment* collectif, *empowerment* individuel et participation). Le soutien des équipes d'OC à l'action politique de certains groupes a donc sa place, mais peut parfois nécessiter davantage des communications plus soutenues avec les gestionnaires de l'organisation afin d'éviter les malentendus. (Courville, document de travail, 2011)

D'autre part, du soutien est apporté à certaines ressources communautaires (accompagnement, consultation-conseil, formation) qui sont souvent fragilisées à cause de leurs petites équipes et de la mobilité des bénévoles (Courville, document de travail, 2011). Ce sont ainsi des espaces de participation et d'*empowerment* qui sont soutenus.

Une grande partie du travail des équipes d'OC consiste aussi à soutenir la concertation des partenaires locaux (animation, organisation, rédaction, liaison, etc.) qui comptent d'ailleurs sur ses intervenants à cet égard. Cette partie de leur tâche prend de l'ampleur proportionnellement à la popularité des initiatives de partenariat issues des différentes institutions. Il revient ainsi souvent aux équipes d'OC de contribuer aux processus de consultation ou concertation du CSSS auprès des partenaires, comme pour le Plan d'action local en santé publique, par exemple. (Courville, document de travail, 2011)

Par ailleurs, l'intervention communautaire, étant « un mode d'intervention en support aux communautés, leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être » et s'adressant « prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources dans une optique de justice sociale et d'équité, de démocratie et de redistribution du pouvoir, d'enracinement et de participation sociale » (RQIIAC 2003, p. 15), rejoint les principes du DC.

Ainsi, tel que nous l'avons dit plus tôt dans ce document, leur ancrage dans les communautés, leur analyse des besoins et ressources, leur approche d'*empowerment*, leur travail de mobilisation et de soutien à l'action communautaire, à la dynamique communautaire et aux processus collectifs, font de ces intervenants des alliés privilégiés du développement des communautés.

Nous verrons ci-après quels rôles, plus particulièrement, les équipes d'OC sont susceptibles de jouer à l'intérieur des responsabilités proposées aux CSSS en soutien au DC, selon leur expertise particulière, leur positionnement stratégique et dans la mesure de la disponibilité des ressources humaines. Rappelons toutefois que l'intervention communautaire, globalement, est un service du CSSS qui soutien déjà le DC à travers les types d'intervention nommés précédemment et au sein des communautés locales de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

De plus, le travail des IOC auprès de certains groupes particuliers (organisés ou non, territoriaux ou non) contribue aussi à l'*empowerment* individuel, organisationnel et communautaire susceptible de favoriser le DC. Il est aussi essentiel à ces professionnels afin de bâtir des liens de confiance avec les membres des communautés dans lesquelles ils interviennent et de construire leur connaissance approfondie des dynamiques de ces communautés. Lachapelle insiste d'ailleurs sur l'importance d'une mixité saine des pratiques des organisateurs communautaires qui, pour être efficaces, ne sauraient se résumer à l'application de programmes dans la communauté:

> **« Cette mixité de pratiques est considérée comme saine dans la mesure où elle permet d'inclure dans la charge de travail des dossiers qui proviennent de besoins exprimés par le milieu, et de ne pas camper l'intervenante ou l'intervenant dans un rôle de dispensateur de priorités établies de l'extérieur. Cela permet aussi que les OC [organisateurs communautaires] aient un meilleur enracinement dans la dynamique locale et développent des liens dans la communauté qui sont en retour utiles pour la mise en œuvre des PSP [programmes de santé publique]. »**
> (Lachapelle, 2007, p. 69)

Mobilisation (concertation et animation)

Ainsi, la liaison entre les partenaires de différents secteurs correspond à l'expertise des équipes d'OC qui savent naviguer entre différentes réalités organisationnelles (rythmes, missions, limites, etc.) pour identifier des cibles communes d'intervention et à l'émergence de projets collectifs. Dans une approche globale d'amélioration de la santé de la population desservie par le CSSS (approche populationnelle), leur contribution pourra aussi être précieuse pour l'identification de processus de participation adaptés aux communautés qui composent cette population, et à l'animation de ces processus. Par exemple, ils occupent une position stratégique afin d'évaluer par où pourrait venir la contribution du milieu aux projets cliniques et par quels processus le CSSS pourrait susciter la participation de celui-ci. Bourque et Lachapelle situent bien leur contribution souhaitable en ce sens :

> « **Le rôle et la fonction des organisateurs communautaires ne sont pas de planifier ou de programmer l'intervention publique (ou privée avec la fondation Chagnon), mais d'accompagner sur le terrain les populations pour qu'elles s'approprient ces programmes et les adaptent pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs aspirations. Bien plus, les organisateurs communautaires dont le travail se situe à la jonction entre la société civile et des services publics, visent à transformer les problèmes collectifs en solutions collectives qui proviennent de processus d'identification des priorités d'un milieu et de réponses innovantes et co construites avec les pouvoirs et les services publics. La réalisation de la mission des CSSS quant à l'amélioration de l'état de santé ne relève pas seulement d'une expertise de planification, mais d'une expertise professionnelle de mobilisation et de développement des collectivités. Il s'agit de soutenir la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement, avec comme conséquence positive l'amélioration de leur santé.** »
> (Bourque et Lachapelle, 2010, p. 59-60)

De la même manière, les équipes d'OC pourront aussi ajouter à l'analyse de la population du territoire du CSSS en favorisant l'émergence d'une interprétation par le milieu des données sociosanitaires, par exemple, suscitant ainsi un portrait plus global des besoins et des ressources sur le territoire.

Soutien (aux ressources existantes)

Les équipes d'OC peuvent également soutenir l'implantation d'espaces de participation citoyenne et d'*empowerment* dans les communautés, lieux favorisant l'inclusion et la cohésion sociale des milieux.

Elles peuvent aussi accompagner et outiller les organismes du milieu qui contribuent au développement des communautés, que ce soit pour l'analyse d'enjeux, le soutien aux structures associatives et démocratiques ou l'évaluation de processus et de résultats.

La mise sur pied de nouveaux projets collectifs ainsi que la pérennisation de projets existants peuvent aussi profiter des compétences des équipes d'OC en planification et en organisation. Ils peuvent aussi mettre leur expertise des processus collectifs à contribution et aider à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs de ces projets.

Influence (sensibilisation et conscientisation)

La participation des intervenants du CSSS (et non uniquement les IOC) dans les lieux de concertation et de partenariat sont susceptibles de contribuer à y intégrer la promotion de la santé. Ce sera parfois par la sensibilisation aux impacts potentiels sur la santé de certaines orientations, parfois par la promotion de la justice sociale, parfois par la mise en avant des besoins des individus et des communautés, etc. Il est à noter que le partage de l'information à l'interne du CSSS est certainement un facteur important de la capacité des intervenants à jouer ce rôle.

Expertise (analyse du milieu et identification des problèmes)

En ce qui a trait à l'expertise, les équipes d'OC sont bien placées pour contribuer de façon soutenue et régulière à l'établissement du diagnostic local de leur territoire (prendre le pouls des milieux, diffuser l'information, prévoir les impacts potentiels de projets ou de politiques, etc.). De plus, leur collaboration avec les intervenants de première ligne est un atout certain dans l'identification de problèmes ou besoins collectifs.

Rôles des intervenants des différents programmes

Bien sûr, ces précédents rôles ne sont pas hermétiques les uns aux autres, mais surtout, ils ne sont pas exclusifs aux IOC. En effet, les autres intervenants des CSSS, particulièrement ceux de première ligne acquièrent une bonne connaissance de leur milieu et des besoins des personnes et peuvent être amenés à travailler en intersectorialité en intégrant des approches communautaires et d'*empowerment* dans leur pratique. Ils peuvent donc eux aussi, par exemple, s'assurer que la santé des communautés est prise en compte dans les initiatives locales et ainsi s'acquitter d'un rôle d'influence (INSPQ et coll., 2002, p. 37-38). Ils pourraient parfois aussi être appelés à jouer un rôle d'animation dans la communauté, particulièrement dans un contexte de ressources limitées. Par contre, leurs rôles principaux se situent dans l'expertise et du soutien.

Expertise

Les intervenants des services de première ligne sont particulièrement bien positionnés pour contribuer à l'établissement du diagnostic local de leur territoire (identifier les besoins, analyser les impacts de projets pour certains groupes vulnérables, etc.) et engendrer des actions collectives liées à plusieurs déterminants de la santé (INSPQ et coll., 2002, p. 37-38). Ils peuvent aussi contribuer à l'établissement d'indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs des projets.

Soutien

Pour ce qui est de leur rôle de soutien, à l'intérieur même de leur pratique avec la clientèle, l'intégration de l'approche communautaire, par exemple, favorise le développement des communautés (INSPQ et coll. 2002, p. 37-38) en:

- misant sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes et des communautés et en reconnaissant leur légitimité pour se prendre en main;
- favorisant la liaison et la continuité entre l'intervention individuelle, de groupe et communautaire, entre la prévention et le curatif, entre le social et la santé;
- abordant de manière critique le modèle médical traditionnel (expert versus client dépendant, explication intra personnelle des problèmes, peu de prévention, etc.);
- reconnaissant l'importance des solidarités et la collectivisation des problèmes et réponses afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé qui font partie des problèmes et des solutions;
- établissant des rapports plus égalitaires entre intervenants-usagers et plus partenariaux entre institution-milieu envisageant la santé plus largement qu'en termes de services;
- n'ayant pas uniquement une vision « utilitaire » des communautés, mais les concevoir comme des leviers d'action sociale et de transformation des milieux, des conditions de vie et de la société. (Bourque et Boucher, 2011)

Une telle approche entraine ainsi une présence dans la communauté (milieux de vie, projets collectifs) qui favorise le DC.

L'intégration d'une approche d'*empowerment* fait de même (INSPQ et coll., 2002, p. 37-38) en :

- prenant simultanément en compte l'influence des composantes sociales et celle des composantes personnelles dans l'analyse de la situation sur laquelle porte l'intervention (Le Bossé, 2003);
- analysant l'adéquation entre les besoins et les habiletés des personnes et les caractéristiques et ressources qui sont disponibles dans leur environnement (Dufort et Guay, 2002)

Organismes communautaires

Contribution des organismes communautaires

Il nous apparaît pertinent de situer plus en détail la contribution des organismes communautaires au développement des communautés, plus que tout autre partenaire, puisque leurs missions se situent, pour la plupart, à l'intérieur du secteur de la santé et des services sociaux et qu'ils collaborent étroitement avec le réseau public dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

À l'intérieur du réseau public, les organismes communautaires sont davantage reconnus pour l'aspect de leur mission qui concerne la dispensation de services aux populations et leur complémentarité, à cet égard, avec le réseau public. On leur reconnaît aussi facilement leur apport à la mise en place de facteurs de protection contre plusieurs problèmes sociaux et de santé à travers la stimulation des réseaux d'entraide et leur lutte à l'isolement des personnes. Enfin, on convient de leur collaboration à plusieurs programmes de prévention. Par contre, particulièrement pour les organismes communautaires autonomes (OCA)[10], un autre aspect de leur travail consiste à redonner du pouvoir à ceux qui en ont le moins dans une visée de changement social et peut avoir un impact sur l'amélioration de la santé d'une communauté. C'est cette part moins connue de l'action des organismes communautaires autonomes, contribuant à la participation citoyenne, à l'*empowerment* et à la lutte contre les inégalités sociales, qui nous intéresse le plus en développement des communautés.

D'abord, l'approche utilisée par les OCA auprès de leurs membres, à travers même les services offerts, en est une qui favorise l'*empowerment* en soutenant les quatre composantes de l'*empowerment* individuel de Ninacs[11] (participation, compétence, estime de soi, conscience critique). René (2009) voit dans cette approche une réponse à un déficit de reconnaissance (ou exclusion) vécu par certaines personnes dans leur expérience sociale. D'emblée, les personnes sont accueillies comme des membres et font partie de l'organisation où est reconnu leur droit de parole, d'opinion et de décision. Ces mêmes personnes sont aussi encouragées à développer des compétences à travers leur participation aux activités de l'organisation. L'amélioration de l'estime de soi (reconnaissance de la légitimité de l'identité propre, reconnaissance de sa

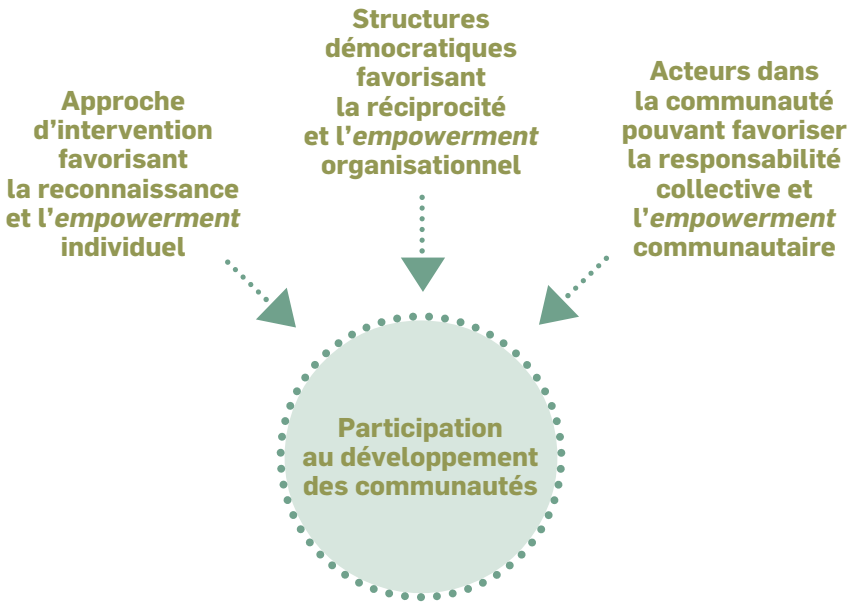
10 Voir section « Éléments incontournables du développement des communautés ».
11 Voir section « Éléments incontournables du développement des communautés ».

compétence par soi et par les autres) est également partie prenante de cette approche ainsi que la collectivisation des problèmes où l'on reconnaît que ceux-ci sont partagés par plusieurs personnes, influencés par l'organisation sociale et que leurs solutions passent par le changement social. Selon René (2009), il est difficile d'arriver à un changement véritable sans passerelle entre l'intervention individuelle et une action plus collective s'appuyant sur une demande de reconnaissance et de respect.

Cette reconnaissance nécessite un contexte favorisant la réciprocité entre les personnes aidantes et aidées que l'on retrouve au sein des organismes communautaires (René 2009). Ainsi, les mêmes composantes de l'*empowerment* individuel se retrouvent dans les structures démocratiques de l'organisation (collective) où la participation des membres contribue aux décisions d'orientation et d'administration, où l'expérience est reconnue, où les compétences se développent et sont reconnues et où la conscience collective, sociale et politique peuvent s'ancrer. On pourrait alors parler d'*empowerment* organisationnel.

De plus, ces OCA peuvent contribuer à l'*empowerment* communautaire en servant de pont, comme le propose Ninacs (2007, p. 11), entre les individus et la communauté. En effet, à travers leur position et influence dans la communauté, ils interviennent dans la distribution du pouvoir. René (2009) les voit ainsi porter une responsabilité collective dans l'appropriation du politique, ce qui représenterait leur spécificité. Par exemple, ils soutiennent l'intégration, dans des espaces décisionnels, des individus qui n'y auraient pas d'emblée pris leur place (participation). Ils peuvent aussi aider au renforcement de réseaux de soutien, à la création de synergies ainsi qu'au renforcement d'une volonté d'autogestion du développement de la communauté (compétence). De plus, ils permettent la circulation et l'accès à de l'information (communication). Enfin, ils peuvent participer au développement d'une conscience citoyenne et au partage d'un sentiment d'appartenance à travers les partenariats dans la communauté (capital communautaire).

Contribution des organismes communautaires autonomes au développement des communautés



Conclusion

Le développement des communautés se présente comme une stratégie d'action collective prometteuse, à l'intérieur du champ de la santé publique dans notre région, pour agir sur les inégalités en santé. Cette action se devant d'une part d'être transversale aux interventions en santé publique et, d'autre part, d'y être complémentaire en ciblant spécifiquement le renforcement des communautés (participation, *empowerment*).

Le présent document fournit un cadre relatif à cette stratégie. Il est le fruit de plusieurs consultations et se veut une référence pour les principaux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux susceptibles de contribuer au développement des communautés, que ce soit au palier local ou régional.

Il fait d'abord un survol des principales définitions relatives au développement des communautés et présente le contexte régional ainsi que les assises plus globales relativement à cette stratégie. Il en propose ensuite une approche pour la DSP en présentant les cinq éléments incontournables du développement des communautés ainsi que ses conditions de réussite.

Le document fait ressortir la contribution des principaux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour l'actualisation de la stratégie de développement des communautés. Il y apparaît que le soutien au développement des communautés est une responsabilité à partager d'abord entre plusieurs intervenants du réseau public de la santé et des services sociaux dans le sens d'une plus grande ouverture sur les communautés et sur les opportunités de collaboration avec leurs diverses parties prenantes. On y souligne aussi l'importance de partager cette responsabilité avec les groupes principalement concernés par les inégalités en santé. Les intervenants en organisation communautaire occupent, à cet égard, une position stratégique à la frontière entre leur organisation et le milieu et possèdent une expertise d'animation démocratique de processus qui en font des joueurs clés d'une stratégie de développement des communautés.

En bref, l'actualisation de cette stratégie rencontrera vraisemblablement plusieurs enjeux auxquels il conviendra en premier lieu de s'attarder, à l'interne du réseau de la santé et des services sociaux de la région ainsi qu'à l'externe, soit : l'acquisition de connaissances et de compétences pour un grand nombre d'intervenants, l'évaluation des pratiques intersectorielles et l'intégration des approches des différents partenaires, les processus de participation des personnes concernées et la convergence des efforts. Une approche pragmatique permettant de construire à partir de ce qui est déjà accompli en soutien au développement des communautés et des lieux de rencontre déjà existants dans les communautés sera donc essentielle, à partir des opportunités qui se présenteront. C'est dans cette optique qu'il faudra donc établir des priorités d'intervention, en visant la complémentarité des efforts investis.

Références

ASSOCIATION DES CENTRES LOCAUX DE DÉVELOPPEMENT DU QUÉBEC. [En ligne].[www.acldq.qc.ca/ACLDQ/index_f.aspx?ArticleID=199] (Consulté le 29 août 2011).

BÉGIN, Claude, et Lise OUELLET. *Pour un vocabulaire partagé du développement, document de travail dans le cadre d'une journée de réflexion et d'échange du RQIIAC*, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, juin 2007, p. 11.

BILODEAU, Angèle, Denis ALLARD, Danielle FRANCOEUR et Patrick CHABOT. *L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec*, Nouvelles pratiques sociales, vol. 17, nº 1, 2004, p. 50-65.

BOURQUE, Denis. *Concertation et partenariat : Entre levier et piège du développement des communautés*, Presses de l'Université du Québec, 2009, 152 p.

BOURQUE, Denis. *Nouvelle configuration des services sociaux et de santé: Quel rôle pour les associations et organismes communautaires*, L'Abri, revue de l'Association Québécoise des Personnes Aphasiques, vol. 6, no 3, 2004, p. 13-22.

BOURQUE, Denis, et Yvon BOUCHER. *L'approche communautaire*, communication présentée à l'Université du Québec en Outaouais, 14 mars 2011, 21 p.

BOURQUE, Denis, Yvan COMEAU, Louis FAVREAU et Lucie FRÉCHETTE. *L'organisation communautaire : Fondements, approches et champs de pratique*, Presses de l'Université du Québec, 2007.

BOURQUE, Denis, et Louis FAVREAU. *Le développement des communautés et la santé publique au Québec*, Revue Service social, 2003, p. 295-308.

BOURQUE, Denis, et Louis FAVREAU. *Développement des communautés, santé publique et CLSC*, Cahier du CÉRIS : conférence no 8, 2003, Université du Québec en Outaouais, 23 p.

BOURQUE, Denis, et Louis FAVREAU. *Développement des communautés, santé publique et CLSC*, communication présentée à la rencontre nationale des CLSC en santé publique, Montréal, 7- 8 octobre 2003.

BOURQUE, Denis, et René LACHAPELLE. *Service public, participation et citoyenneté : L'organisation communautaire en CSSS*, Presses de l'Université du Québec, 2010.

BOURQUE, Denis, et Clément MERCIER. *« Le développement des communautés : une stratégie d'actualisation de la mission des CSSS »*, Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé, vol. 5, no 1, février 2008, p. 2-6.

BRETON, Mylène. *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*, thèse de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal, 2009, 299 p.

CHAN, Dr Margaret. *Déclaration lors du lancement du rapport final de la Commission des déterminants sociaux 2005-2008*, OMS, [En ligne], 2008. [www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/] (Consulté le 1er décembre 2009).

CENTRAIDE GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE. [En ligne]. [www.gim.centraide.ca/] (Consulté le 29 août 2011).

CONFÉRENCE RÉGIONALE DES ÉLUS DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE. [En ligne]. [www.cre-gim.net] (Consulté le 29 août 2011).

CÔTÉ, Jocelyne. *Le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC du Rocher-Percé sur le développement des communautés et la santé : étude des opinions, des représentations et des enjeux*, 2009.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *L'appropriation par les communautés de leur développement*, 2001.

DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE CANADA. [En ligne]. [www.dec-ced.gc.ca/fra/bureaux-affaires/gaspesie/gaspesie-iles-madeleine.html] (Consulté le 29 août 2011).

DUFORT, F., et J. GUAY. *Agir au cœur des communautés*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2002, p. 7-31.

EMPLOI-QUÉBEC. [En ligne]. [www.emploiquebec.net/organisation/index.asp] (Consulté le 29 août 2011).

FONDATION LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON. [En ligne]. [www.fondationchagnon.org] (Consulté le 29 août 2011).

FROHLICH, Katherine L., et Louise POTVIN. *« The Inequality Paradox : The Population Approach and Vulnerable Populations»*, American Journal of Public Health, vol. 98. no 2, février 2008, p. 216.

FROHLICH, Katherine L., Maria DE KONINCK, André DEMERS et Paul BERNARD. *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 113-137.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2.) [En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] (Consulté le 2 mars 2012).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., chapitre S-2.2.) [En ligne], 2009. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html] (Consulté le 3 décembre 2009).

HÉBERT, Suzanne. *« Une stratégie d'actualisation de la mission d'un CSSS par le développement des communautés », Infolettre : Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 5, no 1, février 2008, p. 7-8.

HYPPOLITE, Shelley-Rose. *La participation à une organisation volontaire : La clé de l'empowerment psychologique, organisationnel et communautaire*, Maîtrise en santé communautaire, Université Laval, 2002, 80 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, avril 2002.

LACHAPELLE, René. *Enjeux institutionnels pour l'organisation communautaire dans les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, 2004.

LACHAPELLE, René. *Participation et démocratie: un nouveau paradigme pour la santé publique*, Communication présentée au forum de la CACIS, Montréal, 8 octobre 2009.

LACHAPELLE, René, et Denis BOURQUE. *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique : Rapport de recherche*, 2007, p. 78.

LEROUX, R, et W.A. NINACS. *La santé au cœur du développement : pour une action globale et locale*, Coopérative de consultation en développement La Clé, 2002.

LÉVESQUE, Maurice. *« Le capital social : vicissitudes d'un concept, quelques commentaires pour faire avancer le débat », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* vol. 10, no 2, 2005, p. 175.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction des communications, 2004. p. 83.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Direction des communications, 2004, p. 25

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Direction générale de la santé publique, 2007, 21 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Politique gouvernementale : L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, 2001.

MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DES RÉGIONS ET DE L'ORGANISATION DU TERRITOIRE. [En ligne]. [www.mamrot.gouv.qc.ca/organisation-municipale/organisation-territoriale/instances-municipales/paliers-municipaux/] (Consulté le 29 août 2011).

MONTPETIT, Christiane. « *Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé* », Centre Léa-Roback, Le point sur, no 1, 2007, 8 p.

NINACS, William A. *Vers l'institut de la mobilisation et du pouvoir d'agir des communautés territoriales : survol des principaux éléments conceptuels*, Coopérative de consultation en développement La Clé, 2007.

ORGRANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, [En ligne], 1986. [www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french] (Consulté le 3 novembre 2009).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Commission des déterminants sociaux de la santé, Combler le fossé en une génération*, 2008.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Commission des déterminants sociaux de la santé*, [En ligne], 2005. [http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/fr/index.html] (Consulté le 16 septembre 2009).

PINEAULT, Raynald, et Mylène BRETON. *L'approche populationnelle : Fondements théoriques et applications pratiques*, Présentation lors du colloque : Université de Montréal en santé publique 2006, 67 p.

PAQUET, Ginette. *Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, 2005.

RENÉ, Jean-François. *L'individualisation de l'intervention dans les organismes communautaires : levier ou barrière à la prise en charge démocratique*, Nouvelles pratiques sociales, vol. 22, no 1, 2009, p.111-124.

RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS DU QUÉBEC. *Les inégalités sociales de santé : Animation pédagogique*, 2009.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL. [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/DeveloppementSocial/reseau.asp?p=6] (Consulté le 28 septembre 2009).

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *Cadre de référence sur les interactions de la Régie régionale et des organismes communautaires,* 2001.

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES EN ACTION COMMUNAUTAIRE. *L'organisation communautaire en CLSC, Cadre de référence et pratiques*, 2003.

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES EN ACTION COMMUNAUTAIRE. *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS, Cadre de référence*, 2010, 158 p.

ROBERT, Lionel. *Développement social : une politique en émergence?*, 2002, p. 55

SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME. *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, 2e partie, 2004.

SOCIÉTÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES COLLECTIVITÉS DE GASPÉ. [En ligne]. [http://www.sadcgaspe.ca/?id=72&titre=Soutien_au_developpement_local&em=17] (Consulté le 29 août 2011).

SOUS-COMITÉ SUR L'ACTION COMMUNAUTAIRE DU COMITÉ RÉGIONAL DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Rapport du sous-comité sur l'action communautaire*, novembre 2007.

WALLERSTEIN, Nina. *Powerlessness, Empowerment, and healt : Implications for Healt Promotion Programs. Behavior Change*, 1992, vol. 6, no 3, p. 197-205.

WALLERSTEIN, Nina, et Edward BERNSTEIN. *Introduction to community Empowerment, Participatory Education, and Healt, Healt Education Quarterly*, vol. 21, no 2, p.141-148.

Annexe 1

Distinction entre les organismes communautaires et les organismes communautaires autonomes

ORGANISME COMMUNAUTAIRE	ORGANISME COMMUNAUTAIRE AUTONOME
> Avoir un statut d'organisme à but non lucratif > Démontrer un enracinement dans la communauté > Entretenir une vie associative et démocratique > Être libre de déterminer leur mission, leurs orientations, ainsi que leurs approches et leurs pratiques	> Avoir un statut d'organisme à but non lucratif > Démontrer un enracinement dans la communauté > Entretenir une vie associative et démocratique > Être libre de déterminer sa mission, ses orientations, ainsi que ses approches et ses pratiques > Avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté > Poursuivre une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale > Faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée > Être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public
Exemples : Organismes communautaires d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, de justice alternative ou services d'aide domestique, etc. Note : Il s'agit d'organismes dont la mission principale découle directement d'un mandat légal ou d'une politique ministérielle	Exemples : Maison d'hébergement pour personnes en difficulté ou pour femmes victimes de violence, maisons de jeunes, centres de femmes, associations de défense de droits, etc.

(Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2001, p. 15-23 et Gouvernement du Québec, 2001, p.21)

Facteurs favorables et freins à la mise en œuvre d'une approche socio-institutionnelle participative

FACTEURS FAVORABLES

- Les PSP constituent une partie seulement des tâches des OC
- L'expérience et l'ancienneté dans le milieu de pratique
- Le mentorat de collègues expérimentés
- Les OC partagent les buts des PSP
- Une démarche patiente
- La prise en compte des réalités locales et la réponse aux besoins du milieu
- Les territoires de CLSC comme milieux d'appartenance et de mobilisation
- Associer les personnes à rejoindre à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes
- Établir des partenariats respectant les intérêts des partenaires
- L'appropriation des visées des PSP par les partenaires et l'adhésion volontaire
- La culture locale de concertation et le respect de ses modes d'action
- Les ressources financières pour le milieu
- La gestion des fonds assumée par les cadres
- L'approche communautaire en CSSS
- L'appui du supérieur immédiat
- L'ouverture des agents de la direction régionale de la santé publique

FACTEURS FREINS

- L'engagement d'OC pour les seules fins de livrer un ou des PSP
- Les définitions de tâche techniques ou de type instrumental
- La réputation des programmes top down
- Les échéances fixes et les mesures à court terme
- Une définition microsociale de l'intersectorialité
- La spécialisation par programme aux dépens de la dimension territoriale
- Une relation « clinique » avec les personnes à rejoindre
- Les inconsistances dans l'arrimage des programmes, qui les mettent en compétition
- Le caractère imposé des PSP
- L'imposition de structures superposées aux instances locales et la surcharge de tâches
- Le financement par projets
- L'utilisation du local moyennant finances
- La participation des OC aux décisions quant à l'usage des fonds
- Position modeste de la santé publique dans les CSSS
- Le taux de roulement du personnel-cadre et l'arrivée de cadres issus de la culture hospitalière
- La référence exclusive aux meilleures pratiques

(Lachapelle et Bourque 2007, p. 78)

Légende

PSP : Programmes de santé publique
OC : Organisateurs communautaires
CLSC : Centres locaux de services communautaires (maintenant intégrés aux CSSS)

Annexe 2

Concertations et partenariats locaux auxquels participent les IOC des CSSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, mars 2011

- Table de concertation pour contrer les abus envers les personnes aînées (CDG, BC, HG, RP)
- Comité de citoyens pour les services aux aînés de l'Est des Îles (Îles)
- Québec en Forme Côte-de-Gaspé (CDG)
- Baie-des-Chaleurs active et en santé (BC)
- Haute-Gaspésie en forme (HG)
- Comité Les Îles en forme et en santé (Îles)
- Table de concertation PAÉLÉ (Îles)
- Comité Avenir d'enfants (Îles)
- Table de concertation Famille (Îles)
- Politiques familiales (CDG, RP)
- Comité de prévention en toxicomanie des Îles et autres dépendances (Îles)
- Table consultative jeunesse 12-35 (HG, RP)
- Table communautaire jeunesse 16-35 (CDG)
- Deux tables jeunesses 16-24 (BC)
- Comité MSSS-MELS (RP)
- MILAJ (CDG, BC)
- Comité Bidou (MILAJ) (HG)
- Animation Jeunesse (HG)
- Comité problématiques psychosociales issu de la TCJ (HG)
- Camps Défie ta nature (BC)
- Comité pour l'intégration des enfants en difficulté au terrain de jeux (Îles)
- Comité d'orientation Travail de milieu (CDG)
- Comité d'encadrement de la coopérative jeunesse de services (Îles)
- Groupe ressource en logement collectif GÎM (BC)
- Comité sur le logement social (Îles)
- Comités promoteurs de projets en logement collectif (CDG)
- Produire la santé ensemble (RP)
- Comité de développement de La Pointe de Grande-Entrée (Îles)
- Comité de lutte à la pauvreté et à l'exclusion-ATI (HG)
- Table de concertation Lutte à la pauvreté et à l'exclusion (CDG)
- Approche territoriale intégrée (RP)
- Comité de suivi ATI (Îles)
- Table de concertation sur la pauvreté (Îles)
- Collectif gaspésien pour un Québec sans pauvreté (BC)
- Projet clinique santé mentale (RP)
- Projet clinique Jeunes en difficulté (RP)
- Projet clinique Déficiences physiques (RP)
- Réseau de services intégrés pour personnes vivant une situation de handicap (Îles)
- Réseau de services intégrés PPALV (Îles)
- Comité santé communauté lié au PAL (BC)
- *Magdalen Islands' Network for Anglophones* (MINA) (Îles)
- École en santé (RP)
- Table de concertation sur la violence (Îles)
- Table de concertation sur les hydrocarbures (Îles)

Annexe 3

Concertations et partenariats régionaux en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine

- Comité directeur régional mis en place dans le cadre d'Engagement jeunesse
- Comité régional MELS-MSSS
- Commission jeunesse
- Fonds lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale
- Comité régional de coordination et de concertation Jeunes en difficulté
- Comité régional pour l'intégration au travail des personnes handicapées
- Table de concertation en sécurité alimentaire Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine
- Réseau Vis et Apprends / Live and Learn Comité conseil – Table, Éducation, Formation, Emploi
- Comité régional de promotion et de valorisation de la formation professionnelle et technique
- Comité régional sur la persévérance scolaire
- Comité Engagement jeunesse
- CAR
- CAR-CRÉ, comité développement
- Saines habitudes de vie
- Fonds condition de vie des aînées
- Comité aviseur Québec en Forme
- Entente économie sociale
- Entente Immigration
- Ententes développement culturel
- Entente condition féminine
- Groupe de travail en développement régional (CRÉ)
- Groupe de travail territorialité (CRÉ)
- Groupe de travail service de proximité (CRÉ)
- IRM pour amélioration des conditions de réussite

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Québec