



LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :

*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations :
points de vue d'acteurs de directions de santé publique

LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :

*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations :
points de vue d'acteurs de directions de santé publique

Août 2002

AUTEUR

Julie Lévesque

Institut national de santé publique du Québec

PARTICIPATION À L'ANALYSE DES DONNÉES

Noel-André Delisle

Direction de la santé publique de la Montérégie

Richard Leroux

La Coopérative La Clé

REMERCIEMENTS

Nous remercions les personnes suivantes pour leurs commentaires tout au long du processus d'élaboration du présent document :

Michel Beauchemin

Direction de la santé publique de Québec

Claude Bégin

Direction de la santé publique de Lanaudière

Martin Bouchard

Direction de la santé publique de la Côte-Nord

Carmen Boucher

Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

Louise Brunet

Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches

Rénéald Bujold

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Noel-André Delisle

Direction de la santé publique de la Montérégie

Marie-Claude Drouin

Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Réal Lacombe

Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

Manon Laporte

Direction de la santé publique du Nord-du-Québec

Richard Leroux

La Coopérative La Clé

France McKenzie

Direction de la santé publique de Laval

Claire Milette

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Michel Mongeon

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Céline Morrow

Direction de la santé publique de Québec

William A. Ninacs

La Coopérative La Clé

Lise Ouellet

Direction de la santé publique de Lanaudière

Lilianne Pagé

Direction de la santé publique de l'Estrie

Richard Paquin

Direction de la santé publique des Laurentides

Hélène Rollin

Direction de la santé publique de l'Outaouais

Jean-Maurice Roy

Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Pascal Soucy

Direction de la santé publique de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Denis St-Amant

Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Louise Therrien

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

***Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.gc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.***

CONCEPTION GRAPHIQUE : MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca)) / COTE : INSPQ-2002-023

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2002

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN 2-550-39973-0

©Institut national de santé publique du Québec (2002)

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, le réseau de la santé et des services sociaux a réalisé plusieurs avancées dans le domaine du développement social et du développement des communautés, notamment grâce à la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et aux *Priorités nationales de santé publique* (1997-2002) dont les principes directeurs précisait que l'engagement auprès des communautés devait s'accroître afin de stimuler les initiatives communautaires. D'autre part, les forums régionaux, suivis du *Forum national sur le développement social* (1998) organisé par le Conseil de la santé et du bien-être, ont mobilisé le réseau de la santé publique ainsi que différents acteurs d'un grand nombre de secteurs d'activités.

Dans cette foulée, un groupe de travail composé de répondants en développement social et en développement des communautés provenant de plusieurs directions de santé publique ont jugé pertinent de rédiger un document de référence afin de mieux cerner les perspectives pour la contribution de la santé au développement social et au développement des communautés en tenant compte du contexte québécois.

Dans le cadre de ces travaux, une *revue de littérature* a aussi été rédigée pour alimenter les réflexions et développer les connaissances sur le sujet.

Enfin, pour compléter cette démarche, il ne fallait surtout pas oublier le point de vue des acteurs engagés dans l'action et la réflexion dans ces domaines. Le document *Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique* fait la synthèse de cette enquête qui fait notamment ressortir quelques défis à relever pour l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MÉTHODOLOGIE CHOISIE	3
1.1 L'analyse des données	3
1.2 Limites de la démarche.....	4
2. LES CONCEPTIONS	5
2.1 Développement social	5
2.2 Le développement des communautés.....	6
2.3 Communauté (s)	7
2.4. Formalité des définitions.....	7
3. ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS	9
3.1. Quelques objectifs généraux visés.....	10
4. DES ACTIONS EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	11
4.1 Lutte à la pauvreté et réduction des inégalités	11
4.2 L'organisation de Forums sur le développement social et les activités de suivi	12
4.3 Stratégies de promotion de la santé de type Villes et Villages en santé – promotion, soutien et accompagnement.....	14
4.4 Stratégies de promotion de la santé : des jeunes et des écoles en santé	15
5. ENJEUX, DÉFIS ET PRÉOCCUPATIONS	17
5.1 Augmenter les ressources et raffermir l'engagement des régions régionales et des directions de santé publique	17
5.2 Clarifier les rôles et favoriser la complémentarité et la cohérence	17
5.3 Concilier les priorités nationales et régionales avec celles identifiées par les communautés locales	18
5.4 Adapter les mécanismes de financement des initiatives et des organismes	18
5.5 Adapter les pratiques en évaluation pour favoriser les initiatives de développement.....	18
5.6 Réduire les inégalités et la pauvreté pour favoriser la santé et le bien-être.....	19
5.7 Favoriser la mobilisation, la participation, la concertation des acteurs et des communautés	19
5.8 Sensibiliser et mobiliser les acteurs du monde municipal et du secteur de l'éducation.....	20
5.9 La multiplication des concepts : éviter l'ambiguïté et utiliser un langage pour se faire comprendre.....	20
CONCLUSION	21
ANNEXE 1 APERÇU DES ACTIONS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE DOMAINE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS (AOÛT 2001)	23
ANNEXE 2 DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PORTRAIT DES ACTIVITÉS EN SANTÉ PUBLIQUE	33

INTRODUCTION

Dans le courant de l'automne 2000, plusieurs intervenants et gestionnaires de directions de santé publique constataient le peu d'informations récentes disponibles sur la nature des interventions réalisées par les directions dans le domaine du développement social et du développement des communautés. Au mois de janvier 2001, un questionnaire et une grille furent préparés et distribués à l'ensemble des directions de santé publique du Québec. La majorité de ces dernières ont répondu positivement à cette invitation en participant à cette cueillette de données. Le présent document renferme donc une synthèse des informations et des documents recueillis.

Cette démarche visait d'une part à mieux connaître les actions, programmes, recherches et initiatives dans ces domaines et d'autre part, à stimuler les réflexions sur la contribution de la santé publique dans le domaine du développement social et du développement des communautés.

Ce portrait renferme trois sections. La première fait une synthèse des conceptions ou définitions utilisées de façon formelle ou informelle par les intervenants ou les organisations en lien avec les actions menées. La deuxième section renferme une description de quelques types d'actions réalisés dans ces domaines. Enfin, la troisième section décrit les principaux défis, enjeux et préoccupations exprimés par les intervenants consultés.

Même si la cueillette et l'analyse des données ont été faites en respectant un certain nombre de principes méthodologiques, ce document se veut d'abord et avant tout un outil, une source d'informations pouvant contribuer à comprendre le point de vue d'actrices et d'acteurs du réseau des directions de santé publique engagés dans l'action et la réflexion dans le domaine du développement.

1. MÉTHODOLOGIE CHOISIE

Au mois de janvier 2001, les directions de santé publique de toutes les régions du Québec ont été invitées à répondre à un questionnaire et à remplir une grille pour répertorier leurs actions en développement social et en développement des communautés.

Le questionnaire visait d'une part à découvrir le sens donné aux concepts de développement social, développement des communautés et à la notion de communauté et d'autre part à mieux connaître les défis, les enjeux et les préoccupations identifiés par les actrices et acteurs.¹ (Voir questionnaire en annexe).

La grille permettait aux répondants d'identifier et de décrire les actions les plus significatives en développement social et en développement des communautés afin de dresser un échantillon d'actions diversifiées qui couvre la majeure partie du travail effectué par leur direction pour la période de janvier 1998 à janvier 2001. Les répondants étaient aussi invités à transmettre les plans d'action et autres documents pouvant apporter des précisions sur les conceptions ou actions de leur direction de santé publique dans ces domaines.

Un total de treize directions de santé publique ont répondu au questionnaire et ont complété la grille:

- 03 Québec;
- 04 Mauricie-Centre du-Québec;
- 05 Estrie;
- 06 Montréal-Centre;
- 08 Abitibi-Témiscamingue;
- 09 Côte Nord;
- 10 Nord-du-Québec;
- 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- 12 Chaudière-Appalaches;
- 13 Laval;
- 14 Lanaudière;
- 15 Laurentides;
- 16 Montérégie.

1.1 L'analyse des données

Les réponses obtenues dans la première section furent analysées dans le but de produire une synthèse que vous trouverez dans les sections 2 et 3.

Les actions contenues dans les grilles furent analysées et classées par fonction de santé publique (connaissance/surveillance, information de la population, protection de la santé, prévention de la maladie et promotion de la santé) pour ensuite être classées par étapes pas nécessairement linéaires dans le temps (réflexion/conception, consultation et concertation avec les acteurs et organisations, réalisation de projets, suivi/évaluation).² Afin de donner un aperçu général des tendances observées, quelques actions regroupées par thème sont décrites dans le présent document, à la section quatre.

¹ Voir questionnaire annexe 2

² Voir annexe 1.

1.2 Limites de la démarche

Ce document a l'avantage de fournir des informations récentes quant à la nature des actions réalisées par des directions de santé publique dans le domaine du développement social et du développement des communautés. Il faut cependant souligner quelques lacunes observées à l'étape de la cueillette de données.

En général, les acteurs qui ont rempli la grille n'ont pas distingué les concepts suivants : concertation, partenariat et intersectorialité, se limitant à indiquer le nom des organisations avec qui ils travaillent dans les interventions ou projets décrits. Dans la section « participation », la plupart ont également indiqué le nom des organisations qui ont participé à certains projets ou interventions sans toutefois préciser la nature de la participation.

Enfin, la majorité des répondants ont catégorisé les actions par type de développement (social ou des communautés) sans toutefois expliquer pourquoi ils font ces liens. Les informations recueillies demeurent riches et pertinentes compte tenu des objectifs visés.

2. LES CONCEPTIONS

2.1 Développement social

On ne peut passer sous silence l'influence qu'a exercé le Conseil de la santé et du bien-être en proposant une définition du développement social en 1997, car les réponses obtenues indiquent que la majorité des directions de santé publique ont retenu celle-ci :

« Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement, au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre d'une part à chaque individu de développer pleinement ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, à la collectivité de progresser, socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale. Dans cette perspective, le développement social, tout comme le développement économique et le développement culturel, sont des dimensions interdépendantes et complémentaires d'un projet de société. »³

Des précisions et modifications ont cependant été apportées par quelques directions de santé publique. Le développement social est considéré, par certaines directions, comme une dimension du développement des sociétés en interrelation avec les autres dimensions telles qu'économique, culturelle, environnementale, politique, éthique et spirituelle.

Pour une autre direction de santé publique, le développement social est un effet résultant de l'engagement de la santé publique auprès des communautés; engagement qui implique de mettre en branle des mécanismes et processus permettant d'intégrer la population dans la prise de décisions en matière de santé et de bien-être.

Dans une autre région,

« Le développement social fait référence à la mise en place ou au renforcement, au sein des communautés, des conditions qui permettent à une société de participer au progrès et de profiter de ses fruits et ce, le plus équitablement possible. Aussi, le potentiel collectif tient autant du sentiment d'appartenance, de la capacité créative, de la résilience ou, en d'autres mots, de la capacité de faire face aux coups durs et de les surpasser... »⁴

Le développement social englobe les situations suivantes :

1. Une organisation sociale qui permet l'amélioration du potentiel et l'utilisation maximale de ce potentiel, par le plus grand nombre d'individus possible;
2. Des services et des mesures actives d'insertion et de soutien à la participation destinés à ceux qui ont de la difficulté à participer à la vie de leur milieu, à exercer des rôles sociaux significatifs;
3. Des mesures passives de protection sociale (filet de sécurité) afin de combler les déficits de participation dus à une situation particulière ou à une incapacité et, à faire aussi profiter les individus concernés de la richesse collective, dans un souci de justice sociale ».⁵

³ Forum sur le développement social : Présentation de la démarche, Conseil de la santé et du bien-être, mars 1997, page 6.

⁴ Entente spécifique sur la participation sociale, Conseil régional de développement de l'Estrie, 23 mai 2002.

⁵ Entente spécifique sur la participation sociale, Centre régional de développement de l'Estrie, 23 mai 2002.

Le développement social a aussi été décrit comme :

*« Un processus par lequel les individus et les collectivités prennent en charge le développement de leur communauté en s'appuyant sur quatre axes; la lutte à la pauvreté, l'intégration sociale, le développement de l'emploi et le resserrement des liens sociaux. Il a été souligné que le développement social nécessite une concertation intersectorielle et l'utilisation de stratégies d'actions multiples impliquant des groupes communautaires, des institutions, des associations et des citoyens et devrait s'appuyer sur la participation et l'empowerment individuel et collectif ».*⁶

Certains répondants ont fait référence à des auteurs tels que Bronfenbrenner pour qui le développement social réfère à la capacité d'une société à se remodeler, se transformer, s'organiser selon ses besoins et ses aspirations et pour le bénéfice de tous (intérêt commun). Ce développement doit être orienté vers le développement optimal de l'individu, le développement humain. Le développement social vu sous cet angle ne peut être ramené exclusivement au filet de sécurité sociale ou aux interventions étatiques, et doit faire appel de façon extensive à la participation sociale pour l'intérêt commun. Si le Forum organisé par le Conseil de la santé et du bien-être a fait de la participation sociale la pièce maîtresse du développement social, pour Bronfenbrenner, l'empowerment collectif doit être la pierre angulaire du développement social.

Le besoin d'identifier des indicateurs de développement social (ex: les indicateurs de santé sociale utilisés par Miringhoff, et de capital social) a été souligné car c'est à cette condition, semble-t-il, que l'on peut constater si une intervention ou une politique quelconque a un effet bénéfique ou nocif sur le développement social.

Enfin, pour certains intervenants, le concept de développement social s'apparente au concept de développement des communautés. Dans les deux cas, la notion de participation sociale y est incluse ainsi que l'idée d'insertion et d'implication des individus dans les mécanismes et structures sociales.

2.2 Le développement des communautés

Utilisé par plusieurs directions de santé publique, le concept de « développement des communautés » fait en général référence à un processus, une intervention, une action ou une organisation collective qui se situent au niveau local, dans une municipalité ou un quartier urbain. Ce développement repose sur la capacité des individus d'une communauté, d'agir sur leur environnement, de participer, modifier leur milieu, de prendre en charge le développement de leur communauté avec comme conséquence positive d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Des projets voient ainsi le jour dans des domaines aussi variés que la sécurité, les relations intergénérationnelles, l'intégration et la participation sociale, l'emploi, le transport, l'amélioration de la qualité de l'air, de l'eau, des espaces verts, de la santé et de la qualité de vie en général.

Considéré aussi comme une approche de promotion de la santé, le développement des communautés peut favoriser la concertation, dynamiser une communauté locale, stimuler l'émergence de projets qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être. Certains acteurs jugent que ce type de développement peut être stimulé par un engagement des directions de santé publique auprès des communautés.

Parfois considéré comme un synonyme de développement social, quelques répondants insistent sur le caractère local du développement des communautés qui n'est pas nécessairement spécifique au concept de développement social.

⁶ *Le développement social dans la région Nord-du-Québec*, octobre 2002.

Enfin, il importe de souligner que quelques directions de santé publique font peu ou pas du tout référence à la notion de développement des communautés, préférant l'utilisation de d'autres termes ou concepts comme la mobilisation intersectorielle, les communautés sécuritaires, le renforcement de la participation sociale, la mobilisation sociale et l'*empowerment* individuel et communautaire.

2.3 Communauté (s)

Au-delà du fait que le sens du terme communauté peut varier et manquer de clarté, en général, les directions utilisent ce concept pour désigner le territoire circonscrit d'une ville, d'un village ou d'un quartier en milieu urbain. La communauté, en plus de référer à une réalité territoriale qui favorise la convivialité entre les personnes et les structures, regroupe généralement un ensemble de personnes et de structures sociales qui ont en commun des valeurs, des normes et des principes sociaux.

La notion de communauté, surtout dans les agglomérations urbaines, peut difficilement refléter l'hétérogénéité des communautés actuelles qui, même en occupant le même territoire, ne partagent pas nécessairement les mêmes valeurs, normes et principes sociaux. Dans certains cas, le terme fera aussi référence à l'ensemble des individus d'une région administrative ou d'un territoire de CLSC.

Une autre direction dit s'adresser à une communauté d'intérêt dans le cadre d'un dossier de cuisines collectives, à des communautés d'affinités dans le cadre d'un dossier ou projet avec des jeunes de la rue ou des familles monoparentales, et de communauté d'identité dans le cadre d'un projet qui s'adresse à des groupes cibles tels que les immigrants, les gais et lesbiennes ou encore des étudiants.

Règle générale, les actions et les programmes des directions de santé publique sont bâtis pour répondre aux besoins et préoccupations d'une communauté de personnes qui vivent un même problème (toxicomanes, MTS-SIDA), d'une communauté de personnes qui ont le même âge (jeunes, personnes âgées, famille) ou de personnes partageant le même milieu de vie (village, quartier ou école).

2.4. Formalité des définitions

Dans le cadre de cette enquête, les répondants étaient invités à indiquer si les définitions transmises avaient fait l'objet de décisions formelles et si elles étaient inscrites dans des documents officiels de l'organisation; plan de consolidation ou autres documents de positionnement.

De façon générale, les concepts de développement social et de développement des communautés sont repris dans les plans de mise en œuvre des priorités nationales de santé publique, les plans de consolidation, les projets ou programmes d'allocation budgétaires reliés aux objectifs et stratégies de la politique de la santé et du bien-être. Certains conseils régionaux de développement ont élaboré et négocié des ententes spécifiques en matière de développement social qui sont formellement appuyées et soutenues par la Régie régionale de la santé et des services sociaux ou la Direction de santé publique de leur région.

Dans d'autres régions, la réflexion est en cours. Des consensus autour du sens donné aux notions de développement social et de développement des communautés se dégagent entre les intervenants eux-mêmes, parfois dans le cadre de réflexions sur leurs pratiques ou encore à partir de conceptions des principales organisations régionales ou locales avec qui les directions travaillent.

3. ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS

Les raisons ou facteurs qui ont amené les directions de santé publique à s'impliquer dans le domaine du développement social et du développement des communautés sont multiples.

Dès le début du mouvement Ville en santé au Québec (1986), plusieurs intervenants de départements de santé communautaire ont été actifs à promouvoir et soutenir cette approche auprès des municipalités, afin de faire émerger des initiatives communautaires pouvant améliorer la qualité de vie et le bien-être des populations. Une fois la régionalisation des départements de santé communautaire complétée, plusieurs directions de santé publique ont maintenu des ressources professionnelles et financières pour ce dossier souvent inscrit parmi les actions de développement social ou de développement des communautés.

La Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé et la Politique de la santé et du bien-être ont contribué à influencer les orientations et pratiques en santé publique dans ces domaines. Pour mieux agir sur les déterminants, réduire les inégalités, ne pas agir de façon cloisonnée et s'attaquer aux multiples problématiques qui se présentent, les directions de santé publique s'impliquent et interviennent dans des dossiers de type intersectoriel dans différents milieux de vie, en concertation avec des partenaires.

Publiées en 1997, les Priorités nationales de santé publique lancent un message clair aux directions de santé publique pour qu'elles s'engagent davantage auprès des communautés et dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être. Ces priorités serviront de toile de fond pour l'élaboration des plans de consolidation de 1998-2002. Dans le cadre de cet exercice, plusieurs directions souhaitent agir sur les causes des problèmes en accentuant la prévention et la promotion de la santé d'où un intérêt pour les concepts de développement social et de développement des communautés.

En 1996, le Conseil de la santé et du bien-être sensibilise les instances régionales (conseils régionaux de développement et régies régionales) et locales, à l'importance de se donner une vision et une compréhension commune du développement social pour ensuite passer à l'action, réaliser et consolider des projets concrets. La majorité de ces organisations ont répondu positivement à l'invitation, organisant des forums sur le développement social dans les régions et en participant au Forum national. Certains CRD ont réussi à conclure des ententes spécifiques en matière de développement social qui ont été formellement appuyées par les régies et les directions de santé publique de leur région.

Des allusions au Sommet de Copenhague sur le développement social de 1995 et à la Commission Castonguay ont aussi été faites pour expliquer l'intérêt de leur direction de santé publique pour ce concept.

Enfin, depuis quelques années, un nombre grandissant de communautés locales, rurales et urbaines, décident de mobiliser les forces vives du milieu, identifient les besoins, les ressources et préoccupations de la communauté pour ensuite passer à l'action et réaliser des projets dans différents secteurs. Plusieurs directions tiennent compte de ces opportunités pour intervenir et appuyer les organisations ou citoyens qui cherchent à se mobiliser et se concerter.

3.1. Quelques objectifs généraux visés

La principale motivation qui pousse les directions de santé publique à s'impliquer dans des actions de développement repose sur la conviction de pouvoir ainsi agir sur les déterminants de la santé et contribuer à l'amélioration des conditions de vie en général. Plusieurs directions apportent un soutien à des projets qui peuvent aider à réduire les inégalités et la pauvreté, développer le capital social et favoriser l'*empowerment* des individus et des communautés.

Toujours en lien avec l'objectif d'agir sur les déterminants, certaines directions cherchent à favoriser, supporter et susciter la mobilisation des individus et des communautés dans des actions collectives visant l'amélioration de la qualité de vie, de la santé et du bien-être.

Parmi les autres objectifs visés, plusieurs directions cherchent notamment à promouvoir la mobilisation et l'action intersectorielles. Elles visent aussi à sensibiliser les partenaires hors du réseau de la santé et les décideurs locaux et régionaux aux effets bénéfiques du capital social sur la santé des communautés, à soutenir le réseau des organismes communautaires, à contribuer à la mise en œuvre de projets issus des forums locaux et régionaux du développement social de même qu'à stimuler la vitalité des communautés.

4. DES ACTIONS EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

4.1 Lutte à la pauvreté et réduction des inégalités

La réduction des inégalités, la lutte à la pauvreté et à ses conséquences, sont des thèmes qui retiennent l'attention d'un nombre important de directions de santé publique et de régies régionales. De plus en plus conscientes des conséquences de la pauvreté et des inégalités sur l'état de santé et de bien-être des individus et des communautés, les directions de santé publique s'interrogent sur les meilleures façons d'intervenir. Elles semblent y investir de plus en plus de ressources humaines et financières, réalisent des recherches, développent et implantent des programmes qui s'adressent à des clientèles qui vivent dans des conditions précaires.

Un soutien sera par exemple apporté par des intervenants de santé publique à un comité régional de lutte à la pauvreté et à ses conséquences, en collaboration avec d'autres organismes. Une aide sera aussi fournie à la production d'un mémoire dans le cadre de l'exercice de planification stratégique du Conseil régional de développement et à la production de portraits de zones géographiques et de groupes vulnérables d'un territoire.

Dans une autre région, des intervenants de santé publique participent aux activités et aux travaux d'un comité d'action et de réflexion sur la pauvreté qui vise d'une part à sensibiliser la population et les intervenants et d'autre part à développer de la formation sur le thème de la lutte à la pauvreté. En lien avec ce comité composé de plusieurs partenaires (Association de défense des droits, 4 CLSC, Régie régionale, secteur de la pastorale, Centraide, CLE, CLD, CRD organismes communautaires, ACEF, commissions scolaires), des projets locaux sont mis en branle; organisation d'un colloque sur la pauvreté et d'une formation sur l'intervention en contexte de pauvreté, implication dans la marche mondiale des femmes, participation à l'implantation de l'Association pour la défense des droits sociaux, etc.

Dans une autre région, une recherche sur la pauvreté chez les femmes âgées est réalisée pour mieux connaître ce phénomène, favoriser l'implication de la direction de la santé publique et développer des collaborations avec le milieu. Cette recherche se fait avec la participation des associations de défense des droits des aînés et de quelques groupes intéressés à la condition féminine.

Un intervenant d'une autre direction est en charge de l'animation et la coordination d'un comité régional sur le développement social et la lutte à la pauvreté. Composé d'organismes communautaires de tous les CLSC de la région, ce comité s'est donné comme objectif de développer et consolider des projets sur chacun des territoires de CLSC. Seize projets locaux qui visent l'*empowerment* individuel et communautaire ont été réalisés dans des domaines aussi variés que le transport collectif en milieu rural, la mobilisation des familles et des jeunes, la sécurité alimentaire, les cuisines collectives, la récupération de vêtements, l'intégration des personnes sur le marché du travail, la formation sur l'*empowerment* et sur la lutte à la pauvreté. Ce mécanisme vise aussi à fournir du support pour la continuité des projets dans l'avenir.

Suite à la demande d'un CLSC, une autre direction a préparé et présenté une réflexion sur le thème « La pauvreté : perspectives pour l'action ». Cette activité visait à sensibiliser, mobiliser et concerter les différents acteurs des communautés autour d'actions portant sur les causes et les conséquences de la pauvreté. Ce document fut notamment présenté à des intervenants de CLSC et devant les membres d'un comité de travail multisectoriel sur la pauvreté (intervenants du CLSC, représentants d'organismes communautaires du territoire, paroisses, Centraide, députés, organismes gouvernementaux, représentants municipaux).

Une direction a aussi entamé une réflexion sur la mesure du développement social et de la pauvreté pour en venir à identifier des indicateurs susceptibles d'éclairer la situation du développement social et la lutte à la pauvreté dans les grandes banques de données disponibles en santé publique. Dans une autre région, une étude a été réalisée afin d'identifier ce qui facilite la participation à des réseaux sociaux chez les jeunes familles.

Dans plusieurs directions, des intervenants participent à promouvoir, mettre en œuvre et consolider des projets de cuisines collectives pour soutenir les familles en situation précaire, lutter contre l'appauvrissement et faire face à l'insécurité alimentaire. Ces initiatives semblent contribuer à réduire l'isolement, favoriser le partage des connaissances et l'entraide entre les personnes, contribuant ainsi à l'amélioration des conditions de vie en général. Des organismes tels que les CLSC, les épiceries locales, les banques et comptoirs alimentaires, les centres de femmes et autres organismes communautaires deviennent souvent des alliés et partenaires dans le développement de ces projets. Lorsque l'opportunité se présente, les animatrices de cuisines collectives d'une même région peuvent parfois se rencontrer pour échanger et partager.

Enfin, toujours dans l'optique de contribuer à réduire les inégalités, un nombre important de directions supportent l'implantation du programme Naître Égale - Grandir en santé en fournissant des outils, de la formation et un soutien en évaluation.

4.2 L'organisation de Forums sur le développement social et les activités de suivi

Le leadership exercé par le Conseil de la santé et du bien-être dans le dossier du développement social semble avoir contribué à sensibiliser les conseils régionaux de développement, les régies régionales dont les directions de santé publique ainsi que plusieurs autres organisations régionales et locales, à l'importance d'intervenir et de développer des projets pouvant favoriser le développement social.

Cet exercice a notamment permis aux organisations impliquées de se donner une vision et une compréhension commune du développement social pour ensuite en venir à identifier des projets aux niveaux local et régional.

Plusieurs comités, par thématique ou abordant le dossier du développement social de manière transversale, ont été formés pour donner suite aux forums sur le développement social avec la participation d'organisations de différents secteurs : comité d'économie sociale, CLD, CRD, Chambre de commerce, Emploi-Québec, Groupe ressource technique en habitation, ministère de la Métropole, Regroupement des CLSC, Régie régionale, organismes communautaires, ministère des Régions, ministères du Transport, CLE, DRHC, Commission scolaire, organismes gouvernementaux, clergé, Conseil du statut de la femme, représentants du monde municipal, SADC, Carrefour Jeunesse-Emploi, justice, Centres Jeunesse, députation, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en santé mentale, etc.

Plusieurs directions de santé publique ont été interpellées et ont choisi de s'impliquer de maintes façons dans la préparation d'un forum régional et/ou de forums locaux (par municipalité régionale de comté ou par quartier) et dans certaines activités et mécanismes de suivi des forums.

Dans une direction de santé publique, une équipe d'intervenants a décidé de prendre part aux travaux du comité régional des partenaires et des comités du développement social formés dans chacune des MRC de la région, afin d'apporter un soutien à l'actualisation des projets retenus. Même si la population ne participe pas à toutes les étapes de cette démarche, une vaste quantité d'organisations s'impliquent et apportent une contribution dans l'identification et l'élaboration de projets.

Cette direction a aussi rédigé un document de réflexion sur le thème de la qualité de vie et le développement local dans le but de clarifier certains concepts et susciter la réflexion sur le thème du développement en lien avec la qualité de vie. Ce document fut notamment présenté aux membres de la table des partenaires et des comités locaux de suivi du développement social, aux employés de la santé publique ainsi qu'aux membres d'une table Jeunesse d'une MRC.

Dans une autre région, la direction a collaboré avec le comité régional sur le développement social à la réalisation d'un inventaire de projets en développement social à partir d'activités réalisées par les organismes communautaires, publiques, parapubliques et privés. Le comité et la direction de santé publique ont par la suite été en mesure de faire des recommandations aux instances décisionnelles quant au choix des priorités et des orientations pour l'avenir. Les projets mis de l'avant par les différents comités touchent tantôt l'ensemble de la population (exemple : création d'un journal), tantôt les jeunes (prévention de l'abandon scolaire), tantôt des populations plus fragiles en situation de pauvreté.

Dans certaines régions du Québec, des enveloppes budgétaires pour soutenir la consolidation ou le développement de projets de développement social sont distribuées par les directions de santé publique, à partir de critères identifiés conjointement avec certains partenaires. À titre d'exemple, en 1997, dans une région urbaine, la Direction de la santé publique et Centraide se sont joints à la principale ville du territoire pour soutenir un programme de soutien financier à la concertation locale que la ville avait créée en 1994 et dont elle était jusque là l'unique bailleur de fonds. Ce programme est devenu conjoint aux trois partenaires, sous le nom de : *Programme de soutien financier au développement social local*.

Ce programme se situe dans le prolongement idéologique du *mouvement Villes et villages en santé*, et vise l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de vie en général au niveau des quartiers urbains, par une action concertée sur les déterminants de la santé au sens large. Depuis 1997, chaque année le programme soutient financièrement 20 tables de concertation de quartier ou « regroupements locaux de développements sociaux », dont six sont des projets de quartier en santé. Les bailleurs de fonds procèdent au monitoring annuel des activités au moyen d'un bilan/plan d'action soumis par les regroupements. Un comité de coordination composé de représentants des tables et des bailleurs de fonds a été récemment mis sur pied.

Dans cette même région, la Direction de la santé publique est un des partenaires majeurs du CRD. Elle apporte un appui technique important à une démarche de planification stratégique régionale en développement social, sous l'égide de cet organisme et avec la participation de plus de 40 partenaires, et cela dans la foulée du forum régional sur le développement social tenu de 1997-1998. En 1998, *le directeur avait également publié son premier rapport annuel sur le thème des inégalités sociales de la santé*. C'est pour donner suite à ce rapport que cette direction a formé un *groupe de travail sur le développement social*, relevant directement du directeur. Récemment, pour mieux tenir compte de son contexte d'origine, ce groupe de travail a été renommé « *Groupe de travail sur les inégalités sociales de la santé* ». À peu près au même moment, était mis sur pied avec des partenaires universitaires, un *observatoire régional des inégalités sociales de la santé*.

Une contribution financière de la Régie régionale et du CRD de quelques régions a aussi rendu possible l'embauche d'une personne ressource en développement social ayant comme mandat de coordonner la tenue des forums locaux et régionaux et d'assurer la permanence de certaines Tables régionales de partenaires du développement social.

Enfin, l'exercice de planification stratégique des CRD réalisé en collaboration avec le ministère des Régions, a débouché, dans quelques régions, à la signature d'ententes spécifiques gouvernementales sur le développement social; ententes appuyées par les régies régionales, le ministère des Régions, le ministère de la Solidarité sociale et Emploi-Québec.

4.3 Stratégies de promotion de la santé de type Villes et Villages en santé – promotion, soutien et accompagnement

Depuis quelques années, certaines directions de santé publique ont inscrit la promotion et le soutien aux initiatives Villes et Villages en santé dans leurs priorités. Des intervenants organisent des rencontres individuelles et de groupe pour rejoindre les élus locaux, les citoyens et les représentants d'organismes de divers secteurs afin de faire connaître ce mouvement et d'encourager les acteurs et les organisations à se concerter, se mobiliser et participer à la réalisation de projets concrets.

Un soutien et un accompagnement sont aussi offerts aux acteurs impliqués dans des projets Villes et Villages en santé dans les communautés locales. Cet accompagnement doit tenir compte des besoins et des difficultés vécues et exprimées par les auteurs (priorités d'action, reconstitution des groupes de qualité de vie, mise en priorité des besoins, élaboration de plans action, etc.).

Parmi les résultats obtenus, certaines directions de santé publique arrivent à maintenir l'intérêt et la motivation des communautés locales à développer des projets répartis sur l'ensemble du territoire (ex. : des projets avec et pour les jeunes, les personnes âgées, les enfants et leur famille, pour l'accueil aux nouveaux arrivants, la sécurité et la surveillance du voisinage, le développement de moyens de communication, etc.) et ce, grâce à la participation de la population et la concertation des partenaires.

Dans une région, la mise en place d'un centre régional d'information technique sur le développement des communautés a été rendue possible grâce à l'engagement et l'implication de la direction de santé publique. Ce projet rend accessibles des services de consultation et de référence; documents pertinents aux besoins des municipalités en santé, promotion des histoires à succès, rencontres d'information et de sensibilisation, référence à des personnes-ressources, préparation et offre de sessions de formation, accompagnement pour l'élaboration et le développement de projets spécifiques. L'accès à des informations préparées et distribuées par un organisme de la région et par les municipalités elles-mêmes, favorise ainsi la concertation, le sentiment d'appartenance et la complémentarité des actions des partenaires issus de secteurs différents.

Toujours dans l'optique de soutenir et consolider les initiatives de mobilisation communautaire, certaines directions ont organisé des activités régionales de réseautage des municipalités en santé. Ces initiatives favorisent l'entraide entre les acteurs et les communautés et contribuent à faire connaître les différents projets réalisés. Des intervenants participent aussi à la rédaction d'un bulletin d'information qui vise à faire connaître les principales initiatives de développement réalisées dans la région. Les municipalités, les organismes de développement au niveau régional et de la MRC, les bureaux de certains ministères, Solidarité rurale, les universités, les CLSC, les CHSLD et les centres de santé font souvent partie des partenaires dans ce genre d'initiative.

Dans d'autres régions, l'animation et la coordination de rencontres régionales auxquelles participent des organisateurs communautaires en CLSC sont pris en charge par des intervenants de santé publique. Ces rencontres permettent des échanges sur les stratégies de mobilisation en cours, le partage d'outils de concertation et de contenus spécifiques et favorise la coopération entre les acteurs et organisations.

Au niveau d'un territoire d'une MRC, une table de concertation Enfance-Famille a initié un projet qui consiste à mettre sur pied des comités familles dans les municipalités rurales de la place. Ces comités doivent être composés de divers leaders de la communauté, d'intervenants du CLSC et de parents. Ce projet contribue à rendre les services plus accessibles, renforce le tissu social, augmente les compétences des membres de la communauté, favorise l'*empowerment*, l'entraide et la santé des familles et fait participer le conseil municipal et certains groupes communautaires dans des activités de soutien aux familles.

4.4 Stratégies de promotion de la santé : des jeunes et des écoles en santé

Certaines directions se sont données comme objectif de soutenir le développement d'écoles en santé sur leur territoire. Des intervenants sont notamment responsables de promouvoir le concept dans le milieu scolaire et d'apporter un soutien selon les besoins. Dans certains cas, grâce au soutien d'une personne ressource du ministère de l'Éducation, différentes activités sont proposées aux élèves, aux enseignants ainsi qu'aux parents. Des comités « École en santé » sont parfois formés avec la participation des élèves, d'acteurs de l'école (direction d'école, enseignants, élèves, personnel scolaire, membres du conseil d'établissement, parents) et de la communauté (élus municipaux, organismes communautaires). Des activités visant l'amélioration de la qualité de vie à l'école et dans la communauté sont alors identifiées et mises en place. Les directions de santé publique peuvent apporter un soutien en évaluation et accompagner les actrices et acteurs dans leur projet.

À titre d'exemple, dans une petite communauté rurale, le projet École en santé vise à faire une place aux enfants, à renforcer leurs compétences sociales, à faire valoir et appuyer les compétences des parents, à faire de la promotion de la santé une priorité auprès des familles et de la communauté. Grâce à cette initiative, l'école est devenue une entité active dans la communauté, les jeunes participent et apprennent l'exercice de la citoyenneté, les acteurs de la communauté et de l'école se concertent et partagent les pouvoirs pour créer une communauté éducative qui se sent responsable du développement des enfants. De plus en plus, la population est consultée et impliquée régulièrement dans les activités de l'école. Cette initiative contribue à la création d'un milieu de vie sain et stimulant pour les jeunes et le personnel et fait émerger toutes sortes de projets pour une meilleure qualité de vie.

Parmi les partenaires qui peuvent contribuer à la promotion et au développement d'initiatives de ce type, on retrouve notamment les commissions scolaires, les centres jeunesse, les centres de santé et les CLSC, certains organismes communautaires et des élus municipaux.

Dans une autre région, une direction a mis en place des tables locales d'action intersectorielle, afin d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes de 5 à 17 ans et optimiser leur développement. Chacune de ces tables participe à l'élaboration, l'implantation et le suivi d'un plan d'action local qui doit répondre aux besoins particuliers des jeunes du territoire du CLSC concerné, tout en respectant les orientations et priorités du programme régional.

5. ENJEUX, DÉFIS ET PRÉOCCUPATIONS

Dans le cadre de cette enquête, les acteurs ont été invités à décrire les principaux enjeux et défis identifiés par leur direction de santé publique reliés à leur intervention dans le champ du développement social et du développement des communautés de même qu'à exprimer leurs préoccupations comme intervenant. En voici une synthèse.

5.1 Augmenter les ressources et raffermir l'engagement des régies régionales et des directions de santé publique

Dans le but d'agir sur les déterminants de la santé, plusieurs répondants considèrent important de maintenir, et dans certains cas d'augmenter les ressources allouées pour les actions de prévention et de promotion de la santé. Pour ce faire, les décideurs (directeurs, gestionnaires) des régies régionales de la santé et des services sociaux devraient être sensibilisés aux enjeux et défis de la réduction des inégalités, du développement social et du développement des communautés en lien avec la santé, de sorte que des engagements fermes et clairs soient pris par eux. De ces engagements devraient découler des plans d'actions concrets. Plusieurs répondants souhaitent disposer de ressources supplémentaires pour soutenir et contribuer davantage au développement social et au développement des communautés.

5.2 Clarifier les rôles et favoriser la complémentarité et la cohérence

Le développement social et le développement des communautés étant considérés comme des domaines vastes aux contours imprécis, plusieurs répondants soulèvent l'importance de bien cerner le rôle des directions de santé publique, celui assuré par les CLSC, les centres de santé et les autres partenaires locaux et régionaux.

Certains répondants reconnaissent que les CLSC travaillent depuis longtemps auprès des communautés locales. Une précieuse expertise en organisation communautaire s'est d'ailleurs développée au Québec. Les directions de santé publique intéressées à intervenir en développement social et en développement des communautés devraient tenir compte de cette expertise et la soutenir si nécessaire. Parmi les enjeux relatifs à la relation entre ces deux paliers, la question des modes de financement est soulevée.

D'autre part, l'ensemble des intervenants d'une direction de santé publique aurait avantage à échanger entre eux sur leurs dossiers respectifs et à se tenir au courant des programmes et collaborations développées avec les acteurs et organisations de leur région afin de favoriser une certaine cohérence et d'éviter de disperser les énergies dans plusieurs directions. L'intégration de pratiques de gestion participative peut contribuer à faire circuler les informations ainsi qu'à maintenir et à développer des collaborations entre les équipes et les intervenants de santé publique.

Certains répondants pensent que les directions de santé publique auraient avantage à mieux se faire connaître auprès de la population et vulgariser leur mandat et la nature des services offerts. Puisque le travail avec les communautés nécessite d'être présent et à l'écoute des besoins et des préoccupations, certains acteurs jugent pertinent de mieux définir ce que l'on entend par être présent dans les communautés locales de même que le sens du terme partenariat entre les directions de santé publique et les autres acteurs de la région.

Le défi consiste aussi à dégager des paramètres suffisamment clairs et non équivoques, permettant de situer les interventions dans un cadre à la fois précis dans sa cohérence et souple dans son utilisation.

5.3 Concilier les priorités nationales et régionales avec celles identifiées par les communautés locales

Pour favoriser l'*empowerment* et la mobilisation communautaire, certaines équipes de directions de santé publique souhaitent parfois tenir compte de ce qui préoccupe les communautés locales tout en ayant à répondre aux priorités et préoccupations des paliers régional et provincial. Survient alors le défi d'harmoniser et de concilier les priorités identifiées par la Direction ou la Régie régionale avec celles identifiées par les CLSC, les organismes communautaire, les municipalités, les écoles et les citoyens.

Les intervenants de santé publique devraient apprendre à miser non seulement sur les connaissances scientifiques et l'expertise contenu mais aussi sur des habiletés dans le domaine des processus en tenant compte de certaines valeurs et principes. Par exemple, maintenir une écoute indéfectible des besoins et préoccupations des milieux pour ensuite viser à influencer sans chercher à contrôler ou imposer leurs priorités ou programmes à tout prix. Suivre le rythme des communautés locales est parfois un défi de taille compte tenu des résultats attendus par les institutions engagées.

Certains répondants considèrent nécessaire de mettre en place certains mécanismes formels ou informels d'échange d'informations sur le plan régional et national afin de favoriser la complémentarité et la cohérence des priorités.

5.4 Adapter les mécanismes de financement des initiatives et des organismes

Les normes et paramètres de financement imposés par les bailleurs de fonds peuvent parfois s'adapter difficilement aux réalités des projets portés par les milieux. Il faudrait, selon certains, remédier à cette difficulté de première importance en favorisant des mécanismes de financement mieux adaptés et flexibles. Il faut aussi tenir compte du nombre élevé de projets et d'organismes qui font appel aux mêmes sources de financement souvent limitées. Un climat de compétition s'installe alors et rend difficiles les activités de concertation et le développement de partenariats.

D'autre part, les méthodes pour comptabiliser les ressources ne tiennent pas toujours compte du capital humain investi dans certains projets. Finalement, dans certaines régions du Québec où le territoire est vaste, les distances à parcourir devraient être prises en compte pour déterminer le financement des projets et des organisations.

5.5 Adapter les pratiques en évaluation pour favoriser les initiatives de développement

L'évaluation des approches de développement social et de développement des communautés est identifiée comme un défi à relever car les initiatives dans ce domaine demeurent limitées.

Compte tenu des compressions ou restrictions budgétaires observées dans le réseau de la santé et des services sociaux et des exigences et des impératifs d'imputabilité, la question de l'évaluation est parfois délicate et contribue à instaurer un climat de méfiance entre le réseau et les partenaires. Les outils ou processus d'évaluation sont parfois perçus comme des mécanismes visant à contrôler plutôt qu'à aider les acteurs et organisations à réfléchir, à choisir et à ajuster les moyens pour atteindre les buts poursuivis.

Certains répondants remarquent que l'accompagnement en évaluation consiste souvent à la réalisation de bilans, d'analyses des actions plutôt qu'à une réelle évaluation.

D'autre part, il importe que l'expertise, l'accompagnement et les outils en évaluation fournis par les directions de santé publique tiennent compte des dynamiques de chaque milieu et laissent une certaine marge de manœuvre aux acteurs et communautés impliqués. Par exemple, cela peut vouloir dire d'aider à fixer des objectifs mesurables tout en laissant de la place à l'émergence de données significatives tout au long du processus. Il importe aussi de tenir compte des compétences des différents acteurs engagés dans l'action. L'évaluation peut ainsi devenir un processus pour améliorer les pratiques et favoriser la mobilisation et l'*empowerment* des acteurs et des communautés.

Enfin, quelques répondants ont souligné l'importance de concilier la tendance à l'action spontanée des personnes engagées sur le terrain en première ligne avec les préoccupations de suivi et d'évaluation des résultats des intervenants de deuxième ligne.

5.6 Réduire les inégalités et la pauvreté pour favoriser la santé et le bien-être

L'importance de réduire les inégalités et de lutter contre la pauvreté et ses conséquences semble faire de plus en plus consensus au sein des directions de santé publique. Mais, elles reconnaissent ne pas détenir toutes les ressources requises pour agir et avoir un réel impact dans la réduction des inégalités via la création d'emplois, le revenu, l'éducation et le logement. Le défi de la mobilisation et de l'engagement de l'ensemble des organisations d'une région devient alors incontournable.

Au niveau local, des actions et projets peuvent être développés et soutenus dans les communautés plus défavorisées en misant sur le potentiel, les forces, les talents et les habiletés des personnes et des communautés plutôt que sur leurs problèmes et besoins.

Même si les interventions se situent souvent au palier local avec des personnes vivant dans la précarité, les acteurs de santé publique ne devraient pas pour autant perdre de vue les stratégies macro-sociales qui peuvent contribuer à lutter contre les inégalités. Des interventions devraient pouvoir être faites pour dénoncer les injustices, documenter et montrer certains faits (ex. : conditions de logement des personnes assistées sociales). Bref, il importe d'agir à la fois sur des stratégies macro-sociales tout en ayant comme principe de base d'accroître le niveau de capital social des personnes et des communautés.

5.7 Favoriser la mobilisation, la participation, la concertation des acteurs et des communautés

Même si au niveau conceptuel, l'importance pour les acteurs et organisations de santé publique de s'impliquer dans le domaine du développement social et du développement des communautés fait de plus en plus consensus, le développement de collaborations avec des acteurs et des organisations aux niveaux local et régional (CLSC, organismes communautaires, municipalités, écoles, etc.), demeure complexe.

Des répondants observent que parfois dans certains milieux ou régions, les citoyens et les communautés locales adoptent une attitude d'attente vis-à-vis les autorités étatiques et industrielles. Par conséquent, le défi des intervenants consiste parfois à trouver le moyen de redonner espoir et transmettre l'idée que des actions issues des forces vives de leurs milieux peuvent améliorer leur sort et celui de la région.

Quelques acteurs trouvent parfois difficile de faire émerger une mobilisation populaire suffisante pour engendrer des changements significatifs dans l'environnement social, politique et économique des personnes et des communautés dans un contexte où on observe une diminution de l'implication bénévole.

La concertation de plusieurs instances régionales, l'harmonisation des démarches menées par les agents et agentes de développement provenant de secteurs différents, le partage d'une vision ou d'une compréhension commune des termes et des enjeux par tous les secteurs impliqués, ont été identifiés comme des conditions nécessaires au développement social et au développement des communautés.

5.8 Sensibiliser et mobiliser les acteurs du monde municipal et du secteur de l'éducation

Dans un contexte où le Gouvernement du Québec prône et parfois même impose des réorganisations municipales, le défi du maintien des dynamiques locales et des mécanismes de concertation et de participation communautaire se pose. Le dossier des fusions peut s'avérer parfois inquiétant et déstabilisant pour des comités de type Villes et Villages en santé qui agissent et développent des projets en collaboration avec une municipalité.

D'autre part, plusieurs directions de santé publique placent l'éducation et le développement des enfants parmi les défis continuels à relever pour développer des citoyens et des communautés en santé à plus long terme. Cela peut vouloir dire de promouvoir et soutenir des initiatives de type École en santé pour favoriser les collaborations et les liens entre l'école et la communauté.

5.9 La multiplication des concepts : éviter l'ambiguïté et utiliser un langage pour se faire comprendre

La multiplication de concepts parfois mal définis peut devenir une source de confusion pour les acteurs, actrices et organisations locales et régionales. Certains répondants se demandent si l'ambiguïté qui règne sur le plan conceptuel peut contribuer à retarder l'action et l'engagement du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs.

Certains privilégient une approche pragmatique qui vise d'abord la référence aux valeurs qui sous-tendent le développement, articulée autour d'un projet de société.

Plusieurs soulèvent l'importance d'ajuster le langage et d'utiliser les concepts bien compris et accueillis par les acteurs et organisations d'une région plutôt que d'imposer des concepts trop rigides et difficiles à comprendre.

Enfin, le défi d'assurer une certaine cohérence entre le discours et les interventions sur le terrain a été soulevé. Ceci implique la compréhension du concept « engagement des communautés » avec les impacts sur les tâches des professionnels et sur les budgets de fonctionnement sur le terrain.

CONCLUSION

Cette démarche a d'abord permis de constater que les notions de développement social et de développement des communautés sont de plus en plus reconnues et utilisées par les directions de santé publique. Les définitions et les pratiques sont toutefois très variées.

Si un acteur conçoit la communauté comme un groupe de personnes qui partagent un même problème, l'intervention en développement des communautés visera par exemple des toxicomanes, des victimes du virus VIH ou encore de jeunes adolescentes isolées au prise avec une grossesse non désirée. Dans le cas où les acteurs interprètent la notion de communauté comme un groupe de personnes du même groupe d'âge, l'intervention vise alors des jeunes, des enfants ou des personnes âgées. Enfin, si la communauté est définie comme un groupe de personnes qui vivent sur un même territoire géographique tel un village, un quartier ou une école, l'intervention sera adaptée en conséquence et ciblera le milieu dans son ensemble plutôt que des clientèles spécifiques.

Cette démarche permet aussi de constater que les actions identifiées dans le champ du développement social et du développement des communautés sont diversifiées et se situent majoritairement dans le domaine de la prévention et de la promotion.

Quant aux enjeux, défis et préoccupations, certaines idées exprimées vont dans le sens de maintenir et de raffermir l'engagement des régies régionales à s'impliquer dans des initiatives de développement social, de développement des communautés et de réduction des inégalités.

Pour mieux agir dans ces domaines, les répondants jugent pertinents de mieux définir les rôles du réseau de la santé et des services sociaux, d'adapter les mécanismes de financement et les pratiques en évaluation, de savoir davantage concilier les priorités nationales et régionales du réseau avec celles exprimées par les communautés locales, d'éviter la multiplication des concepts et d'utiliser un langage simple afin de réduire l'ambiguïté. D'autre part, plusieurs répondants jugent essentiel de travailler davantage avec les acteurs du monde municipal et du secteur de l'éducation. Enfin, la mobilisation, la participation, la concertation des communautés locales demeurent des défis continus à relever.

Parmi les autres idées exprimées, plusieurs sont d'avis que certaines valeurs ou quelques principes devraient guider l'action du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple donner un réel pouvoir aux personnes et aux communautés, reconnaître leur expertise et leur capacité de faire des choix raisonnables pour rétablir, maintenir ou améliorer leur santé et bien-être, respecter les personnes et les communautés en tenant compte de leur rythme, leurs choix, leurs valeurs, leurs façons de s'exprimer, leurs difficultés et leurs préoccupations.

ANNEXE 1

APERÇU DES ACTIONS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE DOMAINE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS (AOÛT 2001)

ANNEXE 1

Aperçu des actions des directions de santé publique dans le domaine du développement social et du développement des communautés (août 2001)

1

	Connaissance / surveillance
Réflexion / conception	<p>03-1 Soutien à la planification du développement social – portrait.</p> <p>03-4-1 Étude sur la participation des jeunes familles vivant en situation de pauvreté.</p> <p>03-4-2 Sondage sur la santé, la confiance interpersonnelle et la vie associative pour la région et par territoire de CLSC.</p> <p>12-3 Réflexion sur la mesure du développement social et de la pauvreté et identification d'indicateurs.</p>
Consultation / concertation	<p>03-1 Soutien à la planification du développement social – portrait.</p> <p>03-2 Soutien au comité Lutte à la pauvreté et à ses conséquences.</p> <p>03-4-1 Étude sur la participation des jeunes familles vivant en situation de pauvreté.</p> <p>03-4-2 Sondage sur la santé, la confiance interpersonnelle et la vie associative pour la région et par territoire de CLSC.</p> <p>04-1 Rencontres régionales d'organismes communautaires de CLSC (agir sur les inégalités et mettre en œuvre des projets concrets).</p> <p>12-1 Le transport collectif (Bilan de l'état de situation du transport collectif des personnes dans les territoires de CLSC).</p>
Réalisation de projets	<p>06-3 Observatoire de recherche sur les inégalités sociales de la santé.</p> <p>08-7 Réalisation de portraits de population en matière de santé et bien-être.</p> <p>12-1 Le transport collectif (Bilan de l'état de situation du transport collectif des personnes dans les territoires de CLSC).</p> <p>12-12 Recherche sur la pauvreté auprès des femmes âgées.</p> <p>13-2 Comité Lutte à la pauvreté (production d'un mémoire, document sur les zones et groupes vulnérables).</p> <p>14-7 Élaboration sur la base de l'indice de développement humain de l'ONU, d'un indice adapté pour la région.</p> <p>14-9 Rédaction d'un document intitulé : « La persistance des inégalités sociales de santé et de bien-être : un défi pour l'action ».</p>
Suivi / évaluation	<p>12-5 Évaluation de la stratégie régionale de lutte à la pauvreté et de développement social de la Régie régionale de la santé et services sociaux.</p>

Note : Chacune des actions a été numérotée. Le premier chiffre indique le numéro de la région et le deuxième désigne le numéro de l'action par région. Dans certains cas, les actions renferment plusieurs volets qui ont été numérotés par un troisième chiffre.

2

Information de la population	
Réflexion / conception	
Consultation / concertation	<p>03-2 Soutien au comité Lutte à la pauvreté et à ses conséquences.</p> <p>08-5 Participation au CA du Conseil régional de l'environnement.</p>
Réalisation de projets	<p>06-4 Activités de communication pour sensibiliser les intervenants de divers niveaux aux démarches de développement social.</p> <p>08-7 Réalisation de portraits de population en matière de santé et bien-être.</p> <p>08-9 Soutien et accompagnement des Villes et Villages en santé (présence terrain, accès à l'information, réseautage).</p> <p>12-9 Participation à un comité d'action et de réflexion sur la pauvreté (GRAP).</p>
Suivi / évaluation	<p>06-1 Soutien au développement social local (financement de projet, évaluation, publications).</p> <p>08-9 Soutien et accompagnement des Villes et Villages en santé (présence terrain, accès à l'information, réseautage).</p>

Note : Chacune des actions a été numérotée. Le premier chiffre indique le numéro de la région et le deuxième désigne le numéro de l'action par région. Dans certains cas, les actions renferment plusieurs volets qui ont été numérotés par un troisième chiffre.

3

Protection de la santé	
Réflexion / conception	
Consultation / concertation	
Réalisation de projets	08-6 Participation à des comités de citoyens pour l'amélioration de leur environnement physique 16-14 Comité régional Herbe à poux.
Suivi / évaluation	

Note : Chacune des actions a été numérotée. Le premier chiffre indique le numéro de la région et le deuxième désigne le numéro de l'action par région. Dans certains cas, les actions renferment plusieurs volets qui ont été numérotés par un troisième chiffre.

Prévention des problèmes de santé

Réflexion / conception

03-3-2	Projet local structurant de lutte à la pauvreté et à ses conséquences.
09-2	Entente spécifique sur la prévention de l'abandon scolaire (CRD).
16-6	Programme « À toute jeunesse » Tables locales d'action intersectorielle pour améliorer la santé et bien-être des jeunes de 5 à 17 ans et optimiser leur développement.
16-10	Bâtir ensemble La sécurité alimentaire – organisation de services de dépannage.
16-12	Implantation régionale du protocole de collaboration inter organismes pour l'aide psychosociale et l'accompagnement socio-judiciaire des victimes de violence conjugale.
16-13	Comité aviseur en matière d'agression sexuelle.
16-15	Implantation de la politique de prévention et d'intervention en matière de violence et agression sexuelle.

Consultation / concertation

03-3-1	Financement de projets de lutte à la pauvreté et à ses conséquences.
03-5-1	Programme Naître égaux-Grandir en santé.
03-5-2	Programme sentinelle en suicide.
08-8	Contribution au développement de services accessibles (Tabac – cessation, alcoolisme-toxicomanie).
12-6	Cuisines collectives : pour soutenir la famille, lutter contre l'appauvrissement, pour faire face à l'insécurité alimentaire, et ce dans son milieu d'appartenance (contribuer à l'amélioration des conditions de vie et réduire l'isolement social).
12-10	Interventions pour augmenter la proportion de domiciles plus sécuritaires pour les enfants dans les milieux socio-économiquement défavorisés (distribution de trousse de sécurité, outils de sensibilisation).
12-11	Programme YAPP – implantation et suivi dans la région.
13-4	Programme Naître égaux-Grandir en santé (implantation).
13-5	Initiative 1,2,3 GO.
16-1	Programme PRINSIP Tables locales d'action intersectorielle.
16-3	Projet MAP (mère avec du pouvoir, une place, une paie, un projet de vie).
16-4	Programme d'allaitement maternel.
16-5	Programme Y'APP.
16-6	Programme « À toute jeunesse » Tables locales d'action intersectorielle pour améliorer la santé et bien-être des jeunes de 5 à 17 ans et optimiser leur développement.
16-8	Implantation de plusieurs programmes ciblant le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes, le développement d'habiletés parentales, ainsi que l'acquisition de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires.
16-11	Équipe régionale Suicide/formation et postvention.
16-14	Comité régional Herbe à poux.
16-16	Soutien aux aidants naturels.

Réalisation de projets

4

Prévention des problèmes de santé

Suivi / évaluation	
12-11	Programme YAPP – implantation et suivi dans la région.
13-4	Programme Naître égaux-Grandir en santé (implantation).
16-1	Programme PRINSIP Tables locales d'action intersectorielle.
16-3	Projet MAP (mère avec du pouvoir, une place, une paie, un projet de vie).
16-16	Soutien aux aidants naturels.

Note : Chacune des actions a été numérotée. Le premier chiffre indique le numéro de la région et le deuxième désigne le numéro de l'action par région. Dans certains cas, les actions renferment plusieurs volets qui ont été numérotés par un troisième chiffre.

Promotion de la santé

<p>Réflexion / conception</p>	<p>05-1 Participation à un forum régional organisé par le réseau des CLSC sur le développement des communautés. 05-2 Discussion avec le réseau des CLSC de la région sur les rôles et responsabilités de la direction de la santé publique en matière de développement des communautés. 09-3 Projet d'étude sur la contribution des organismes communautaires santé et services sociaux au développement social et au développement des communautés de la Côte-Nord. 10-3 Favoriser la concertation entre les différentes instances régionales et créer des liens avec le niveau local (comité régional sur le développement social dans la région Nord-du-Québec). 13-1 Forum développement social. 14-3 Formation à la DSP d'un comité regroupant les professionnels impliqués dans les comités locaux et régionaux. 14-5 Rédaction d'un document intitulé « Qualité de vie et développement local : perspective pour la réflexion ». 15-3 Comité de travail sur le capital social.</p>
<p>Consultation / concertation</p>	<p>03-3-2 Projet local structurant de lutte à la pauvreté et à ses conséquences. 05-1 Participation à un forum régional organisé par le réseau des CLSC sur le développement des communautés. 05-2 Discussion avec le réseau des CLSC de la région sur les rôles et responsabilités de la Direction de la santé publique en matière de développement des communautés. 06-1 Soutien au développement social local (financement de projet, évaluation, publications). 08-1 Rencontres intersectorielles en milieu rural dans le cadre du programme Naître égaux-Grandir en santé. 08-2 Mise sur pied de comités famille dans les municipalités rurales (initié par une table de concertation). 08-3 Projet École en santé. 08-5 Participation au CA du Conseil régional de l'environnement et du Conseil régional de développement. 08-9 Soutien et accompagnement des Villes et Villages en santé (présence terrain, accès à l'information, réseautage). 08-10 Participer à la conception et à la mise en pratiques d'une approche régionale et locale de développement intégré où les processus de décision tiennent compte des impacts sur la santé et le bien-être des populations. 09-1 Forum sur le développement social. 10-1 Promouvoir le développement des communautés au niveau municipal par le biais de Villes et Villages en santé (VVS). 10-2 Favoriser le développement d'écoles en santé (projet École en santé : mieux vivre ensemble...). 10-3 Favoriser la concertation entre les différentes instances régionales et créer des liens avec le niveau local (comité régional sur le développement social dans la région Nord-du-Québec). 11-1 Soutenir le projet de développement des communautés du Ralliement Gaspésien (animation communautaire, animation en milieu scolaire). 12-8 Participation à une table régionale intersectorielle animée par le CRCD sur le développement social et lutte à la pauvreté. 13-1 Forum développement social. 14-1 Contribution financière de la Régie et du CRD pour l'embauche d'une ressource en développement social. 14-4 Rencontres régionales de différents organismes impliqués ou intéressés à l'approche VVS. 14-6 À la demande d'un CLSC dans le cadre d'une activité de concertation avec ses partenaires, préparation d'une présentation intitulée « La pauvreté perspectives pour l'action ».</p>

Promotion de la santé

Consultation / concertation	<p>15-1 Participation à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des consultations régionales sur le développement social (Commission itinérante).</p> <p>15-2 Participation à la Commission régionale sur le développement social.</p>
Réalisation de projets	<p>03-3-1 Financement de projets de lutte à la pauvreté et à ses conséquences.</p> <p>04-2 Projets locaux de mobilisation en partenariat avec les organismes communautaires du lutte à la pauvreté, les CLSC, représentants de l'éducation, des municipalités, etc.</p> <p>06-1 Soutien au développement social (financement, évaluation, publications).</p> <p>06-2 Soutien à la coordination et à des actions régionales en développement social.</p> <p>08-1 Rencontres intersectorielles en milieu rural dans le cadre du programme Naître égaux-Grandir en santé.</p> <p>08-2 Mise sur pied de comités famille dans les municipalités rurales (initié par une table de concertation).</p> <p>08-3 Projet École en santé.</p> <p>08-4 Soutien des projets dans les communautés (Lutte à la pauvreté, conditions de vie des femmes, travailleur de rue, travailleur communautaire).</p> <p>08-9 Soutien et accompagnement des Villes et Villages en santé (présence terrain, accès à l'information, réseautage).</p> <p>10-2 Favoriser le développement d'écoles en santé (projet École en santé : mieux vivre ensemble...).</p> <p>12-7 Animation et coordination du comité développement social et lutte à la pauvreté avec des organisateurs communautaires de CLSC.</p> <p>13-3 Villes et Villages en santé.</p> <p>13-6 Écoles en santé.</p> <p>14-2 Participation de la DSP aux travaux de chacun des comités locaux et régionaux.</p> <p>15-4 Soutien aux approches par milieu de vie (VVS, École en santé).</p> <p>15-5 Soutien aux interventions de première ligne vs action sur les déterminants de la santé et du bien-être et programmes de santé publique.</p> <p>16-7 Initiative École en santé (soutenir la mobilisation et l'engagement des personnes impliquées dans le milieu scolaire).</p> <p>16-9 Programme d'entraide par les pairs.</p> <p>16-17 Les voix du cœur - chorale intergénérationnelle pour diminuer le sentiment d'isolement et de solitude.</p>
Suivi/ Evaluation (Total 9)	<p>06-1 Soutien au développement social (financement, évaluation, publications).</p> <p>08-11 Soutien des projets en milieu scolaire (École en santé).</p> <p>08-12 Réalisation de projets de recherche et évaluation dans les communautés (pratiques des organismes communautaires, travail de proximité, travail communautaire).</p> <p>09-4 Gestion du programme de soutien aux organismes communautaires et proposition d'un cadre de financement.</p> <p>10-2 Favoriser le développement d'écoles en santé (projet École en santé : mieux vivre ensemble...).</p> <p>12-2 L'évaluation de Chaudière-Appalaches en santé (évaluation formative).</p> <p>12-4 Évaluation d'un projet de mise en commun des modes de transport dans la MRC de Beauce-Sartigan.</p> <p>14-8 Collaboration avec la table des partenaires pour l'élaboration d'un projet de recherche à soumettre au Fonds pour la santé à Santé Canada.</p> <p>15-4 Soutien aux approches par milieu de vie (VVS, École en santé).</p>

Note : Chacune des actions a été numérotée. Le premier chiffre indique le numéro de la région et le deuxième désigne le numéro de l'action par région. Dans certains cas, les actions renferment plusieurs volets qui ont été numérotés par un troisième chiffre.

ANNEXE 2

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

PORTRAIT DES ACTIVITÉS EN SANTÉ PUBLIQUE

ANNEXE 2

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS PORTRAIT DES ACTIVITÉS EN SANTÉ PUBLIQUE

Préambule

Dans le cadre des travaux du comité provincial tripartite Développement des communautés et développement social, il a été convenu de produire un portrait des actions ou interventions réalisées par les directions régionales de santé. Pour ce faire, la grille suivante a été préparée et est envoyée aux répondants qui siègent sur le comité provincial.

Ce portrait renfermera trois sections :

- une section sur les conceptions des intervenant(e)s du développement social et du développement des communautés liées à l'intervention de santé publique,
- une analyse des actions réalisées en lien avec le développement social et le développement des communautés,
- une section décrivant les préoccupations vécues par les acteurs des DSP face à ce type d'intervention.

Quelques précisions concernant le questionnaire

Comme vous allez le constater, le questionnaire suivant renferme les sections A, B, C, et D. À titre de répondant(e) du comité provincial, vous êtes invité(e)s à remplir toutes ces sections. Si toutefois, vous jugez que d'autres intervenant(e)s de votre DSP sont impliqué(e)s dans des actions de développement social et/ou des communautés, la section C portant sur la *nature des actions et des interventions* pourrait leur être remise sans toutefois leur remettre la grille complète.

Une fois la grille remplie, nous vous invitons la faire parvenir à Julie Lévesque par courrier électronique (voir adresse Lotus note) ou par la poste (**INSP** 4835, avenue Christophe Colomb, Suite 200 Montréal (Québec) H2J 3G8)

Si vous avez des plans d'actions ou autres documents qui apportent des précisions concernant les conceptions de votre DSP du développement social et du développement des communautés ou qui décrivent les activités de votre DSP dans ces domaines, vous êtes invité(e)s à les faire également parvenir à Julie Lévesque.

IMPORTANT : Il serait souhaité que la cueillette des données soit en grande partie terminée le 20 février.

Si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec Julie Lévesque.
Tel : (418) 666-7000 poste 458.

Section A L'identification

Région _____

Nom du répondant(e) _____

Titre _____

Section B La conception du développement social et du développement des communautés

1. Dans votre DSP, quel est, s'il existe, le sens généralement donné aux concepts suivants:

Développement social _____

Développement des communautés _____

Communauté _____

2. Ces définitions ont-elles fait l'objet de décisions formelles des instances de votre DSP pour en définir les termes (inscrites dans un plan de consolidation, une planification, une orientation, un plan triennal, etc..) ou se sont-elles implantées par la pratique, par consensus informel des intervenants(es) ? EXPLIQUEZ .

3. Éléments déclencheurs

3.1 Pourquoi (dans quels buts généraux) votre DSP a-t-elle décidé, si tel est le cas, de s'impliquer dans le domaine du développement social ou du développement des communautés?

3.2 Quels résultats ou objectifs généraux visiez-vous ? (comme intervenant(e) et/ou comme DRSP)

Section C Préoccupations et attentes

1. Quels sont les principaux **enjeux et défis** identifiés par votre DSP dans son intervention dans le champ du développement social et du développement des communautés ?

2. Quelles sont les **préoccupations** (contraintes, limites ou difficultés) de votre DSP face à son intervention dans les domaines du développement social et du développement des communautés ?

3. Quelles sont vos **attentes** face à la démarche amorcée en vue d'élaborer un cadre de référence en développement social et en développement des communautés ?

Section D. La nature des actions ou des interventions

Complétez le tableau suivant pour les actions ou les interventions que vous jugez **les plus significatives** dans vos stratégies de développement social ou de développement des communautés. Si le nombre d'actions est très élevé, veuillez décrire un échantillon diversifié qui couvre la majeure partie du travail effectué dans votre DSP. Référez-vous à la période de janvier 1998 à aujourd'hui. Les numéros en tête de colonne renvoient à l'explication de chacune des colonnes de la page suivante. Les actions, les interventions ou les programmes décrits sont ceux mis en place par votre DSP visant le développement social ou le développement d'une ou de plusieurs communautés, tel que vous les avez définis précédemment.

Action et/ou intervention (1)	Objectifs et/ou Résultats attendus (2)	Résultats réels (3)	Concertation/parténariat et intersectorialité (4)	Liens avec le développement social ou des communautés (5)	La participation de la population (6)

1. Nature des actions ou des interventions

Brève description de la nature de l'action ou de l'intervention et des intervenants(es) impliqués

2. Objectifs et/ou résultats attendus

Identifiez clairement les objectifs visés et/ou les résultats attendus de l'intervention.

Ces objectifs devraient être liés à votre conception du développement.

Votre action vise-t-elle l'un des déterminants de la santé d'une manière plus spécifique ?

3. Résultats réels

Il ne s'agit pas ici d'avoir une évaluation rigoureuse des résultats des projets mais une appréciation préliminaire de ce qu'a pu donner l'intervention. Liez votre réponse aux résultats attendus et à votre conception du type de développement.

4. Concertation/partenariat et intersectorialité

Identifiez clairement les acteurs et les actrices en présence, autres que les intervenants(es) de votre DSP. Ces intervenants(es) peuvent provenir de la communauté locale, du territoire régional, du niveau provincial -MSSS et autres. Identifiez le rôle que chacun a à jouer.

5. Lien avec le développement

À quel type de développement liez-vous cette activité ? Développement social ou développement des communautés ?

Pourquoi considérez-vous qu'elle y soit liée ?

6. La participation de la population

Définissez clairement la population ciblée par l'intervention. Identifiez le niveau de participation obtenu ou souhaité pour les projets en cours: participation à une consultation, participation dans l'élaboration d'un projet, dans la prise de décision, contribution à la réalisation d'un projet et les mesures mises en place pour y arriver ?