

**Document disponible sur le site de
l'Observatoire :**

<http://www.uqo.ca/observer/>

**Pratiques d'organisation communautaire
en CSSS et programmes de santé
publique**

Rapport de recherche

Par René Lachapelle avec la collaboration
de Denis Bourque

Publication de l'Alliance de recherche Université-Communauté / Innovation sociale
et développement des collectivités (ARUC-ISDC) et de le Regroupement québécois des intervenants et
intervenantes en action communautaire, en CLSC et en Centre de santé (RQIIAC)



Série Documentation et diffusion, numéro 5

978-2-89251-339-4

Décembre 2007

Recherche et rédaction : René Lachapelle

Avec la collaboration de : Denis Bourque, professeur, Département de travail social de l'UQO et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire

Comité de recherche
du RQIIAC :

Michèle Blais, organisatrice communautaire
André Gauthier, organisateur communautaire
Chantal Goyette, organisatrice communautaire
Annie Prévost, travailleuse communautaire
Yanik Tourigny, organisateur communautaire
Claire Wallot, organisatrice communautaire

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

SOMMAIRE

L'importance croissante des programmes de santé publique dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la contribution de plus en plus systématique d'organisatrices et organisateurs communautaires (OC) à leur mise en œuvre suscitent des questions quant à la pérennité des fondements de l'organisation communautaire dans les établissements publics. Y a-t-il place dans ces programmes pour une réelle participation citoyenne ou bien réduisent-ils les personnes et les communautés au statut d'usagers clients? Utilisant l'approche socio institutionnelle participative, la recherche identifie dans les pratiques communautaires et dans les programmes de santé publique les facteurs qui favorisent et ceux qui freinent la participation des milieux. Tout en reconnaissant le caractère exploratoire de ses conclusions, l'étude fait ressortir l'importance déterminante des territoires de mobilisation, de la gestion des fonds associés aux programmes et du soutien institutionnel à l'action des OC pour associer à la mise en œuvre des programmes le milieu et les personnes à rejoindre.

Les approches et programmes de santé publique (PSP) proposés aux établissements de santé et de services sociaux sont basés sur les meilleures pratiques et le recours aux données probantes. Les organisatrices et organisateurs communautaires (OC) des CSSS estiment que ces démarches laissent peu de place dans la définition des objectifs aux acteurs et populations concernés. Ce sont les experts qui définissent aussi bien les besoins que les modalités d'action pour y répondre. Certains considèrent que les PSP excluent par définition toute participation des populations et communautés visées. Estimant réductrice cette lecture déterministe des PSP qui ne prend en compte que leur élaboration par des experts, nous avons voulu vérifier si leur mise en œuvre pouvait comporter cette composante essentielle de l'organisation communautaire qu'est la participation démocratique.

Nous avons réalisé des entrevues auprès d'une douzaine d'OC afin de déterminer, à partir de leur expérience dans trois programmes et une approche, à quelles conditions la démarche d'organisation communautaire dans les programmes de santé publique peut contribuer à l'*empowerment* des communautés et s'actualiser dans une perspective de développement de ces communautés.

Partant du postulat que l'approche socio-institutionnelle participative telle que définie par Bourque et Lachapelle (2007) constitue une démarche qui allie les savoirs experts et citoyens, nous avons analysé les entrevues pour y trouver les facteurs favorables et les freins à la participation identifiés par nos interlocuteurs.

La majorité des OC rencontrés estime réussir à transformer en action partenariale dans le milieu la commande des PSP de créer des environnements favorables au changement des habitudes de vie. Ils font consensus sur le fait que leur charge de travail comporte des dossiers autres que les PSP et que l'expérience professionnelle, de même que le soutien de collègues expérimentés, sont des facteurs importants de la capacité pour une intervenante ou un intervenant de passer d'une commande à une action de développement de communauté.

Pour la réussite des programmes, ils sont prêts à mettre au service des PSP leur connaissance du milieu et de ses dynamiques, et même à investir leur légitimité professionnelle, l'influence qu'ils ont développée dans le milieu. Cependant la possibilité pour le milieu de définir lui-même le changement est un critère de base : les expertises qui soutiennent ce processus endogène sont bienvenues; celles qui prétendent avoir les réponses à des questions dans lesquelles le milieu ne se reconnaît pas, ne le sont pas. Sur le terrain, certaines interventions appellent une action transversale, capable de prendre en compte plusieurs des déterminants sociaux de la santé. Les particularités de programme deviennent un frein quand l'expertise et les possibilités d'action sur la base des territoires d'appartenance ne peuvent prévaloir.

Plusieurs sont inquiets de l'avenir des territoires de CLSC qui sont devenus au cours des trente dernières années des territoires d'appartenance et donc aussi de mobilisation communautaire. Avec la fusion des établissements dans des CSSS dont le territoire répond davantage à des exigences administratives, le risque, déjà concrétisé dans certains établissements, c'est que les OC soient affectés à des programmes sans égard au territoire d'intervention. Ce type de spécialisation par programme entraîne, non seulement une grande dépense de temps pour couvrir une plus grande région, mais aussi un éloignement des dynamiques locales qui permettent d'intervenir efficacement. Les PSP risquent de contribuer à cette tendance.

Les entrevues ont mis en évidence que, du point de vue des OC, la capacité des PSP de répondre aux besoins du milieu constitue un test de vérité quant à leur efficacité. Toute la structure du programme doit être établie sur cette prémisse. L'enjeu d'associer les personnes que les programmes veulent rejoindre à la définition de leur mise en œuvre est moins évident. Notre devis de recherche ne permettait pas de réaliser une analyse de la participation réelle des populations visées par les programmes à la définition de ces mêmes programmes. Les entrevues nous portent à croire que ce sont les organismes communautaires invités à une table intersectorielle qui peuvent assumer de fait la liaison et éventuellement l'inclusion des personnes en situation de vulnérabilité, soit parce qu'ils sont déjà en lien avec elles, soit parce que le programme leur fournit l'occasion de les inclure dans les populations qu'ils rejoignent.

Les PSP peuvent être l'occasion d'établir des partenariats réels en respectant les intérêts particuliers des organisations participantes tout en initiant une action concertée et des collaborations sur le terrain autour d'intérêts communs. La situation souhaitée en organisation communautaire c'est que ces intérêts communs soient définis en termes de buts et d'objectifs partagés, mais le financement disponible dans les PSP est souvent le premier moteur de ralliement et de collaboration. Cependant le financement par projet, du point de vue de l'action communautaire, crée une contrainte lourde puisqu'il ne tient pas compte du temps qu'il faut pour expérimenter de nouvelles pratiques sociales.

Sur le terrain du financement, les OC estiment avoir un rôle à jouer pour que le milieu ait accès aux ressources des programmes et ils jouent un rôle de soutien auprès des groupes du milieu dans ces démarches. Mais ils tiennent à ne pas être partie prenante des décisions financières et administratives. La contribution des cadres est souvent évoquée comme l'avenue privilégiée pour que les OC puissent garder cette nécessaire distance professionnelle.

La faiblesse de l'approche communautaire et la place restreinte de la santé publique dans les CSSS de même que le taux de roulement des cadres dans le contexte de fusion des établissements soulèvent des craintes. L'importance que le supérieur immédiat d'un OC accorde au travail avec la communauté, sa compréhension des contraintes de l'action communautaire, l'intérêt manifesté pour les acquis communautaires et la confiance qu'il

manifeste à l'intervenant sont vécus comme le meilleur soutien à une mise en œuvre des PSP qui répond aux principes de l'organisation communautaire.

Les agents de santé publique avec lesquels travaillent celles et ceux qui ont répondu à notre enquête, manifestent de la souplesse et de l'ouverture aux besoins et réalités particulières des milieux. La grande inquiétude, et elle est majeure, c'est que la disparition de cette souplesse au nom des « meilleures pratiques » n'entraîne la standardisation des façons de faire.

Il convient enfin de questionner la pertinence d'associer des OC à certains programmes relevant davantage de l'intervention de groupe ou de la simple promotion de saines habitudes de vie, à moins que ces interventions ne soient jugées prioritaires en fonction des besoins et particularités du milieu.

Nous identifions quatre pistes d'action sur le terrain des rapports entre les OC et les programmes et approches de santé publique : renforcer la participation des personnes visées à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de santé publique; établir un dialogue entre l'expertise de la santé publique et celle des OC; maintenir un soutien local et régional aux interventions socio-institutionnelles en santé publique; et poursuivre la recherche pour dépasser le caractère exploratoire de notre démarche. Il faut en particulier creuser davantage la qualité des participations en donnant priorité à l'étude de pratiques bien établies de collaboration de façon à mesurer les indicateurs de participation.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	p. 3
Table des matières	p. 7
Liste des tableaux	p. 8
Présentation	p. 9
Remerciements	p.12
1. Problématique, cadre conceptuel et méthodologie de la recherche	p.13
1.1 Problématique	p.13
1.2 Cadre conceptuel	p.15
1.2.1 <i>La responsabilité légale en santé publique</i>	p.15
1.2.2 <i>Programmes et approches de santé publique et organisation communautaire</i>	p.17
1.2.3 <i>Perspectives critiques</i>	p.19
1.2.4 <i>L'approche socio-institutionnelle</i>	p.20
1.2.5 <i>Le renforcement de la capacité d'action des communautés</i>	p.22
1.2.6 <i>Les questions de la recherche</i>	p.23
1.3 Méthodologie de recherche	p.24
1.3.1 <i>L'échantillon</i>	p.24
1.3.2 <i>La collecte et l'analyse des données</i>	p.26
2. Les programmes et approches de santé publique retenus pour l'étude	p.29
2.1 École en santé	p.29
2.2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	p.31
2.3 Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)	p.34
2.4 0-5-30 Combinaison/Prévention	p.35
3. Possibilités et limites des programmes de santé publique du point de vue de l'organisation communautaire	p.36
3.1 Organisation communautaire et PSP	p.37
3.1.1 <i>Les PSP en organisation communautaire</i>	p.37
3.1.2 <i>L'organisation communautaire dans les PSP</i>	p.40
3.1.3 <i>L'espace d'action professionnelle</i>	p.46
3.2 L'efficacité des approches et programmes	p.47
3.2.1 <i>Établir des rapports de partenariat</i>	p.47
3.2.2 <i>Le nerf de la guerre : gérer le financement issu des programmes</i>	p.52
3.2.3 <i>Répondre aux besoins du milieu</i>	p.55
3.2.4 <i>Rejoindre les populations vulnérables avec une approche globale</i>	p.57
3.2.5 <i>S'approprier localement les PSP?</i>	p.59

3.3 La gestion des approches et programmes	p.61
3.3.1 <i>L'approche communautaire dans les CSSS</i>	p.61
3.3.2 <i>Le soutien des établissements</i>	p.63
3.3.3 <i>Le soutien de la DSP régionale</i>	p.65
3.3.4 <i>L'impact d'une inconsistance de la part du MSSS</i>	p.67
4. Des pistes pour un meilleur arrimage entre la santé publique et l'organisation communautaire	p.69
4.1 La part faite à l'organisation communautaire dans les PSP	p.70
4.2 Conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP	p.73
4.3 L'encadrement des interventions en organisation communautaire comme facteur de réussite	p.77
5. Conclusion	p.80
5.1 Renforcer la participation dans la définition des programmes de santé publique	p.80
5.2 Établir un dialogue entre les expertises de la santé publique et de l'organisation communautaire	p.82
5.3 Maintenir un soutien local et régional aux interventions socio-institutionnelles	p.82
5.4 Poursuivre la recherche	p.83
Bibliographie	p.84
Annexe – Questionnaire auquel ont répondu les OC participant à la recherche	p.87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Échantillon de base de la recherche	p.25
Tableau 2 - Facteurs favorables et freins à la mise en œuvre d'une approche socio-institutionnelle participative	p.79

PRÉSENTATION

Le document de recherche « Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique » a été produit en réponse à de nombreux questionnements qu'a suscité, au sein du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC), le développement depuis une dizaine d'années de programmes et projets de santé publique appliqués de manière continue au champ de pratique de l'organisation communautaire en CLSC.

Le RQIIAC existe depuis 20 ans. Son objectif a toujours été de faire reconnaître une pratique professionnelle forte, constitutive du modèle CLSC, axé sur le développement des communautés et le soutien des initiatives locales en action communautaire. Quels seraient les moyens de rester conformes à ces objectifs? Cette question a souvent été posée dans l'histoire, à travers l'évolution et les soubresauts du réseau des CLSC. Le RQIIAC a toujours su, tant auprès de ses membres qu'auprès des partenaires, entretenir le débat et faire valoir son opinion. De fil en aiguille, le Regroupement a ainsi gagné en crédibilité et en reconnaissance.

En 2002, un pas important était franchi pour pérenniser notre vision de l'organisation communautaire avec l'adoption d'un cadre de référence balisant les divers éléments de cette pratique. Ce document était perçu comme un outil, un moyen de soutenir l'action concrète sur le terrain, dans les établissements, des organisateurs et organisatrices communautaires présents partout à travers le Québec. Le cadre de référence se voulait un cahier de savoir, un manuel favorisant le transfert de connaissances et contribuant somme toute à ce fameux débat sur la relève, si essentielle à la survie de notre pratique.

UNE MISE À JOUR NÉCESSAIRE

Mais voilà, à peine quelque 5 ans plus tard, il nous faut penser à actualiser certains chapitres de ce fameux cadre de référence. Le développement des programmes et des approches en santé publique qui teintent plusieurs des dossiers en organisation communautaire dans les nouveaux CSSS le propose. La réorganisation même de nos anciens CLSC dans les nouveaux CSSS le commande. Qu'on le veuille ou non, nous sommes dans une nouvelle ère de services que nous n'avons pas fini de comprendre et qui se manifeste par une diversité de modèles organisationnels d'un CSSS à l'autre.

Les responsables de la recherche sur les « Pratiques d'organisation communautaire et les programmes de santé publique » utilisent l'expression « approche socio-institutionnelle » pour décrire les nombreuses commandes ou dossiers qui confrontent dorénavant l'organisation communautaire en CSSS. Leur intérêt de chercheurs est de faire le point sur un certain nombre de ces pratiques, de vérifier en quoi les dossiers de santé publique reposent sur des éléments liés au développement des communautés, et comment finalement des organisateurs communautaires peuvent tirer leur épingle du jeu en rapport avec ces attributions.

UNE RECHERCHE CONTRIBUTIVE

En 2003, le RQIIAC a tenu une journée d'échange sur le thème des dossiers de santé publique. Cette journée portait le titre « Ce mal venu d'en haut ». Cette appellation révèle bien en quoi le sujet préoccupe les organisateurs et organisatrices communautaires.

À cet égard, il faut voir le bilan de la recherche de René Lachapelle sous la direction de Denis Bourque comme une contribution signifiante au débat en cours. Le point de vue des chercheurs est clairement exprimé et la recherche a le grand mérite de nous faire voir comment se vit de manière concrète le travail en organisation communautaire sur certains dossiers majeurs de santé publique. Il ressort du travail minutieux des chercheurs, tant dans l'analyse des contenus que dans leurs conclusions, que des conditions essentielles doivent guider ce type d'intervention, dont la nécessaire participation du milieu ou des communautés à la définition et à l'exercice de ces projets.

La recherche peut susciter des questionnements ou des doutes. Elle ne peut résoudre en un seul clin d'œil l'ensemble du débat. À cet égard, il faut signaler d'ailleurs que l'échantillonnage utilisé est très restreint. Notre objectif, en tant que Regroupement, en acceptant d'appuyer cette démarche, était d'alimenter la réflexion et de recueillir de nouveaux éléments de savoir. Nous croyons fermement que le produit final offre des avancées en ce sens. En bout de ligne, nous nous rapprochons de notre ambition de revoir, d'ici la fin de 2008, certains éléments de notre cadre de référence.

Au nom de conseil d'administration du RQIIAC, je vous invite à vous approprier ce document et à nous faire part de vos commentaires. Avec rigueur et diligence.

Il faut que le Regroupement continue à être une plate-forme plurielle qui permet l'expression des points de vue et qui collectivement nous rassemble. Les enjeux liés à la place des dossiers de santé publique dans la pratique de l'organisation communautaire sont importants.

Je remercie Denis Bourque et René Lachapelle de nous avoir fourni l'occasion d'enrichir ce débat. Je leur suis reconnaissant des efforts déployés et de leur grande aptitude professionnelle. J'en profite pour souligner la collaboration de Claire Milette du ministère de la Santé et des Services sociaux qui a favorisé l'octroi d'un financement pour ce projet. Je veux remercier également le comité de travail du RQIIAC, formé de Michèle Blais, André Gauthier, Chantale Goyette, Annie Prévost, Yanik Tourigny et Claire Wallot, qui ont fourni des efforts considérables pour suivre ce projet, apporter leurs conseils et soutenir la démarche. Je tiens à témoigner en dernier lieu mon appréciation aux collègues organisateurs et organisatrices communautaires qui ont pris le temps de partager leur expérience et de participer à cette recherche. Merci de nous faire profiter de votre savoir-faire.

Bonne lecture.

Jacques Laverdière
Président du RQIIAC (2007)

REMERCIEMENTS

Réaliser en quatre mois une recherche sur des enjeux de pratique en organisation communautaire représente à la fois un défi et une belle aventure.

Défi d'abord de cerner une question suffisamment pour soutenir la réflexion des collègues sur une approche qui occupe une place croissante dans le réseau de la santé et des services sociaux. Une approche qui préoccupe parce qu'elle touche aux enjeux de contrôle social et de démocratie en action communautaire. Est-il légitime de travailler dans des approches et programmes de santé publique définis depuis l'extérieur de nos milieux de pratique? Sommes-nous en train de trafiquer notre identité professionnelle lorsque nous sommes mis à contribution pour la mission de santé publique que la Loi confie maintenant aux CSSS qui nous emploient ? Ces questions sont lourdes : il y a des risques à s'y frotter !

Mais ce fut aussi une belle aventure. D'abord pour la franche contribution du comité auquel le RQIIAC a confié l'encadrement de la recherche. Autant pour définir le projet que pour discuter les résultats, j'ai pu compter sur leur expérience et leur souci d'en arriver à des conclusions claires. La douzaine de rencontres avec les collègues qui ont bien voulu se prêter au jeu des entrevues, ont été de beaux moments. Chacune m'a laissé un excellent souvenir et j'en suis toujours ressorti heureux de connaître un peu mieux l'organisation communautaire en CSSS et surtout très stimulé par l'échange avec des collègues qui me permettait de partager leurs pratiques.

Je veux remercier de façon particulière Denis Bourque, titulaire de la toute nouvelle Chaire du Canada en organisation communautaire et professeur à l'Université du Québec en Outaouais. Sa diligence, le soin tout particulier qu'il a mis à réviser les diverses versions du rapport final et ses remarques judicieuses ont constitué un soutien extraordinaire.

Enfin j'adresse un merci tout spécial à ma fille Myriam qui a assumé à titre d'emploi d'été la corvée de transcrire les entrevues avec une précision impressionnante.

René Lachapelle

1. PROBLÉMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.1 Problématique

Depuis les années 1990, dans le prolongement de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Québec, 1988), la promotion de la santé et le développement d'interventions en santé publique afin d'agir sur les déterminants de la santé occupent une place croissante dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) maintenant intégrés dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). C'est principalement par le biais de programmes normés accompagnés de ressources documentaires et financières, que les directions de santé publique s'emploient à implanter ces approches.

Les programmes et approches de santé publique (PSP¹) tels qu'ils sont proposés aux établissements présentent les caractéristiques suivantes :

- ils sont basés sur les meilleures pratiques (*best practices*) et ont recours aux données probantes (*evidences*);
- ils arrivent de ce fait assortis le plus souvent de modalités normatives de mise en œuvre laissant peu de place aux initiatives des acteurs et populations concernés;
- ils sont souvent encadrés par une entente de gestion qui établit aussi bien les objectifs et les résultats attendus qu'une reddition de comptes serrée.

Les organisatrices et organisateurs communautaires (OC) en CLSC se préoccupent depuis plusieurs années de l'importance croissante de ces programmes dans leurs pratiques :

- la plupart des nouveaux postes en organisation communautaire créés au cours de la dernière décennie sont financés par ces programmes implantés par les directions régionales de santé publique;
- le caractère normatif des programmes, y compris sur le plan des modalités d'intervention, est perçu par les OC comme une contradiction avec leur expertise

¹ Nous avons choisi pour faciliter aussi bien la rédaction que la lecture de retenir deux abréviations qui seront utilisées tout au long du rapport : PSP d'une part pour désigner les approches et programmes de santé publique et OC d'autre part pour désigner les organisateurs et organisatrices communautaires en CSSS, cette désignation incluant les travailleurs et travailleuses communautaires et travailleurs et travailleuses de quartier.

professionnelle telle que définie dans le *Cadre de référence* adopté par le RQIIAC en 2002 (Lachapelle, 2003);

- les programmes de santé publique sont, du point de vue de plusieurs, un « mal qui vient d'en haut », expression qui fait référence à l'approche *top down* du planning social.

En même temps, il est généralement reconnu que plusieurs OC d'expérience savent utiliser les programmes de santé publique comme leviers de développement des initiatives issues du milieu (*bottom up*). La marge d'autonomie professionnelle reconnue par l'établissement à l'OC chargé d'un programme de santé publique est déterminante à cet égard et elle est évidemment mieux établie pour les OC qui sont depuis plus longtemps dans le réseau. En contrepartie, les OC engagés spécifiquement pour la livraison d'un programme de santé publique sont généralement moins expérimentés et parfois moins critiques sur le caractère d'action communautaire d'un programme.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la question de base de la recherche : à quelles conditions la démarche d'organisation communautaire dans les programmes de santé publique peut-elle contribuer à l'*empowerment* des communautés et s'actualiser dans une perspective de développement des communautés ?

La recherche se propose de :

- 1) mesurer l'incidence de certains programmes de santé publique sur les pratiques d'organisation communautaire en CSSS et dégager des éléments permettant d'enrichir la réflexion amorcée sur les conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle participative en organisation communautaire (Bourque et Lachapelle, 2007);
 - L'incidence sur la pratique renvoie à l'impact de ces programmes sur les rôles et fonctions des OC en poste, ainsi qu'à l'impact de la création d'emplois d'OC pour des fins spécifiques d'intervention dans des programmes de santé publique;
 - Les éléments de réflexion sur les conditions de succès renvoient à la définition de l'approche socio-institutionnelle retenue comme cadre conceptuel de l'étude.
- 2) documenter les pratiques d'organisation communautaire qui ont réussi à transformer la commande de travail dans un programme de santé publique en occasion de

développement des communautés et à créer une marge de manœuvre pour adapter le programme au milieu :

- la commande de travail dans un programme de santé publique, c'est la définition de tâches prévue par le programme;
 - la notion de développement des communautés est définie dans le cadre conceptuel présenté dans la prochaine section de ce chapitre.
- 3) dégager les conditions qui permettent à la démarche d'organisation communautaire dans les programmes de santé publique de contribuer à l'*empowerment* des communautés et de s'actualiser dans une perspective de développement des communautés :
- les conditions dans la démarche d'organisation communautaire sont les éléments permettant de vérifier la correspondance des programmes de santé publique tels que réalisés, et des fondements de l'organisation communautaire telles que définis dans le cadre de référence du RQIIAC.
- 4) diffuser le présent rapport de recherche, notamment sous la forme d'un cahier pouvant servir de base à un guide d'accompagnement des OC travaillant dans des programmes de santé publique et à leurs gestionnaires :
- Les publics ciblés pour la diffusion sont les organisatrices et organisateurs communautaires à la recherche de pistes pour rendre davantage participatifs les PSP et les ouvrir au développement des communautés, de même que les cadres des CSSS et les directions de santé publique qui ont une responsabilité de soutien dans le cadre de ces programmes.

1.2 Cadre conceptuel

1.2.1 La responsabilité légale en santé publique

Le cadre conceptuel de la recherche repose d'abord sur le caractère impératif de la mission des CSSS en santé publique. La *Loi sur la santé publique* (LRQ, chapitre S-2.2) de 2001 précise, à l'article 8, la responsabilité ministérielle à l'égard des programmes de santé publique :

Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

Cette définition légale fait devoir au ministre de *cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé* et la prise en compte des *groupes les plus vulnérables de la population*. Si la loi ne comporte pas de définition des *actions les plus efficaces*, on peut néanmoins y voir une référence aux *best practices* tout comme la mention des *groupes les plus vulnérables* pointe vers les programmes ciblés.

L'article 14 précise la part des CSSS dans la mise en œuvre de cette responsabilité :

Les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés.

Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.

La loi établit clairement la liaison entre la responsabilité ministérielle exprimée dans le plan national de santé publique et les plans locaux relevant des centres de santé et de services sociaux en passant par les objectifs *inscrits au plan régional*. On doit en conclure que les PSP ont pour les CSSS un caractère impératif, le cadre juridique établissant une démarche centralisée définie du haut vers le bas.

D'autre part, le ministère de la Santé et des services sociaux définit les services d'intervention communautaire au chapitre des *Activités de santé publique* autour des responsabilités de

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 (Québec, 2004c : 84).

La *mise en œuvre et soutien d'actions communautaires* déborde la simple livraison de programmes nationaux puisqu'elle suit l'évaluation des besoins locaux et passe par un travail de concertation des acteurs locaux dans une perspective de développement des communautés. Mais elle vaut aussi pour les programmes prescrits par le Ministère aux CSSS : la tâche normale des OC inclut donc le soutien aux actions communautaires issues de programmes et approches préparées par les instances nationales et régionales de santé publique.

Ces dispositions législatives et réglementaires touchent directement les pratiques d'organisation communautaire et établissent des normes pour l'exercice de cette profession.

1.2.2 Programmes et approches de santé publique et organisation communautaire

Les programmes de santé publique sont généralement des programmes créés par des professionnels (souvent des médecins) en fonction de problèmes et de solutions qu'ils ont relevés et que l'on demande aux CSSS (qui à leur tour mandatent leurs organisateurs communautaires) d'appliquer dans leur milieu. Ces programmes de santé publique ou d'autres, en provenance de bailleurs de fonds, se basent de plus en plus sur le courant des meilleures pratiques (best practices) qui doivent obligatoirement se baser sur des données probantes validées par des recherches scientifiques se situant généralement dans les courants déterministe et positiviste (Bourque et Lachapelle, 2007 : 105).

Poussés par l'impératif de démontrer l'efficacité de leur contribution en contexte de rareté voire de «rationalisation» des ressources, les partisans de la promotion de la santé, influencés par les spécialistes de l'épidémiologie, qui basent leurs études expérimentales sur les *randomized clinical trials* (RCT), se tournent vers les données probantes c'est-à-dire :

...celles proposées suite à des revues systématiques de littérature scientifique, effectuées sur des recherches scientifiques publiées, et basées principalement sur une méthodologie expérimentale de type RCT (O'Neil, 2003 : 319).

Cette culture positiviste est particulièrement éloignée de l'organisation communautaire dont l'expertise spécifique repose sur une connaissance fine de chaque milieu, une approche d'accompagnement et de renforcement des savoir-faire endogènes et une ouverture à l'innovation pour répondre à des problématiques le plus souvent définies en fonction des caractéristiques spécifiques d'une population.

Le cadre de référence du RQIIAC définit cette pratique autour de quatre éléments :

- *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;*

- *et 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 au moyen de pratiques démocratiques (Lachapelle, 2003 : 16).*

Le principal point de friction entre la définition des PSP et celle de l'organisation communautaire se situe au niveau de qui identifie les situations sur lesquelles intervenir, entre l'approche des *professionnels (...) en fonction de problèmes et de solutions qu'ils ont relevés*, d'une part et d'autre part, celle d'une *communauté [qui] identifie ses besoins, mobilise ses ressources et développe une action*.

Seconde source de tensions, l'approche de la santé publique se campe sur *des données probantes validées par des recherche scientifiques* alors que l'organisation communautaire mise sur *les ressources –c'est-à-dire les savoirs faire et les forces– des communautés affectées*. C'est toute la différence entre un «problème» affectant des personnes « vulnérables » et un besoin identifié par une population. L'extériorité de l'approche experte risque d'entraîner une réduction de la communauté au statut d'environnement d'une clientèle vulnérable, alors que l'organisation communautaire mise sur son caractère citoyen et veut soutenir l'action d'une population.

C'est dans le cadre d'un tel choc de cultures que s'inscrit la question de base de la recherche quant aux conditions permettant de respecter à la fois la nature de l'intervention professionnelle en organisation communautaire et les préoccupations normatives de la santé publique. Que valent les notions de meilleures pratiques et de données probantes quand il s'agit de développer le pouvoir d'agir des populations visées pour une meilleure emprise sur leur milieu et leurs conditions de vie ?

Outre le fait que ces données probantes sont le plus souvent issues de revues de littérature anglo-saxonne, c'est leur application au domaine de la promotion de la santé qui fait problème. D'une part, parce que l'approche dominante au Canada en promotion de la santé depuis le Rapport Lalonde (1974) et la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) s'appuie sur une approche participative. D'autre part parce que :

...quand l'unité d'analyse et d'intervention, comme c'est très souvent le cas en promotion de la santé, n'est plus l'individu mais bien le groupe, la communauté ou l'ensemble d'une société, et ce pour des phénomènes dont l'évolution s'étend sur des décennies, (...) mettre sur pied des devis de recherche expérimentaux ou quasi-expérimentaux devient non seulement financièrement prohibitif, mais

questionnable sur le plan même de la valeur scientifique des résultats produits par une telle entreprise (O'Neil, 2003 : 323).

Faut-il pour autant mettre de côté la prise en compte des actions réussies et les réponses qui ont déjà fait leurs preuves ? Dans les pratiques d'organisation communautaire, plusieurs modèles inventés pour répondre à une problématique donnée sont devenus inspirants et transposables. Les corporations de développement communautaire, les entreprises d'économie sociale en entretien ménager, les garderies / centres de la petite enfance, etc. ont d'abord été des initiatives locales qui ont ensuite été répliquées dans des contextes divers et ajustées aux conditions particulières de plusieurs milieux. La communauté de pratiques du RQIIAC est régulièrement mise à contribution dans le partage des expériences et des ressources pour répondre à des besoins identifiés localement. À quelles conditions une pratique modèle, une approche efficace ou un programme peuvent-ils donner lieu à un véritable processus d'organisation communautaire?

1.2.3 Perspectives critiques

Notre approche des programmes de santé publique se démarque de la critique que leur font certains d'un point de vue de contrôle social (Parazelli *et al.*, 2003; Laurin et Stuart, 2003). Sans entrer dans ce débat, il nous paraît néanmoins nécessaire de clarifier ce qui distingue cette critique de l'approche que nous avons retenue. Ces auteurs, suite à l'analyse du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et de l'expérience du Bureau de consultation jeunesse dans divers projets de recherche en santé publique, formulent l'hypothèse que les programmes de prévention précoce sont fondamentalement des mesures de contrôle social. Parazelli *et al.* (2003) estiment que cela découle du fait que ces programmes sont issus des courants de l'écologie sociale de sorte qu'il importe peu *qu'un programme de prévention précoce se réalise dans un contexte strictement institutionnel ou qu'il favorise l'empowerment et la mobilisation locale des organismes sociaux* : de toute manière *le rapport politique instauré par cette position épistémologique est de même nature* (89), c'est-à-dire que *l'intervention de l'État qui, au nom de la promotion du bien-être des personnes démunies, les réduit à des objets dysfonctionnels qu'il faut réhabiliter par les seuls moyens proposés par des experts, en contraignant au partenariat les ressources du milieu communautaire* (83).

Laurin et Stuart pour leur part, à partir d'expériences pratiques vécues avec leurs groupes de jeunes mères, estiment que *Les valeurs véhiculées par certains rapports de recherche de la santé publique ont, d'une part, enfermé les jeunes mères dans un portrait social à l'intérieur duquel elles sont prisonnières et, d'autre part, établi les bases de l'intervention. (...) Voilà qui soulève pour nous un enjeu de contrôle social (220)*. Laurin et Stuart (2003) revendiquent de travailler *en partant du principe d'intervention de préjugé favorable, qui reconnaît à la personne le droit de savoir et la capacité de comprendre ce dont elle a besoin, d'y prendre part et d'agir dans sa vie. Nous devons refuser de partir de ce que certains experts auront défini comme étant le problème (221)*.

Tout en reconnaissant à ces critiques l'intérêt de mettre en évidence l'impact réducteur du positivisme en analyse sociale et les risques de marginaliser le caractère innovant de l'action communautaire, nous estimons qu'elles effectuent à leur tour une réduction de la portée des programmes de santé publique. Nous avons déjà indiqué notre propre désaccord avec la réduction positiviste des problèmes sociaux à des comportements individuels de personnes « à risque de vulnérabilité ». Mais nous ne considérons pas que la définition des programmes détermine à ce point les interventions qu'elle entraîne nécessairement la perte de leur caractère communautaire. Les actions sur les déterminants de la santé réalisées par les établissements, souvent en collaboration avec des organismes communautaires, ne se réduisent pas à une application de programmes établis de façon bureaucratique. Elles peuvent aussi comporter une part de définition locale, ce que notre recherche tentera, au moins en partie, de montrer. Nous considérons que la preuve reste à faire du caractère déterministe postulé par l'analyse de Parazelli *et al.* (2003).

1.2.4 L'approche socio-institutionnelle

Nous considérons pour notre part que les programmes de santé publique sont une forme d'approche socio-institutionnelle dans la mesure où ils constituent des

initiatives en provenance des institutions qui, en fonction de leur mission, décident d'agir sur une problématique ou une réalité collective au moyen de réponses (programmes, services, coordination et concertation de ressources, etc.) s'appuyant, en tout ou en partie, sur l'action communautaire (Bourque et Lachapelle, 2007 : 101).

La problématique précise bien ce qui, dans cette approche, soulève les inquiétudes des intervenantes et intervenants : l'organisation communautaire se préoccupant d'abord de

la prise en charge d'un milieu par lui-même, les initiatives venant de l'extérieur sont questionnées quant à leur effet sur ce processus. Nous estimons qu'il convient de distinguer dans les approches socio-institutionnelles selon qu'elles favorisent ou non cette prise en charge. Nous distinguons donc deux types : l'un technocratique et l'autre participatif.

L'approche socio-institutionnelle technocratique renvoie au planning social

Le planning social se définit par le recours aux experts qui possèdent des compétences scientifiques pour identifier les problèmes et recommander l'action la plus appropriée pour résoudre des problèmes ciblés. Il met l'accent sur un processus technique de résolution de problèmes collectifs (Idem : 104).

L'approche socio-institutionnelle participative en contrepartie

part du principe selon lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative. L'intervenant cherche alors à avoir des contacts directs avec les gens affectés par les programmes non pas au moyen de sondages ou autres techniques d'analyse de besoins, mais à travers un dialogue et un processus d'apprentissage mutuel qui aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir (Idem : 109).

La connaissance des dynamiques d'un milieu incite les organisatrices et organisateurs communautaires à élargir les sources d'information pour définir leurs interventions et à métisser les stratégies dans la mise en œuvre de programmes d'action communautaire. Sans nier la valeur des données provenant des experts, ils reconnaissent aux citoyennes et aux citoyens une légitimité et une compétence de premier plan, c'est-à-dire aussi déterminante que celle des divers experts de la santé publique.

1.2.5 Le renforcement de la capacité d'action des communautés

Le renforcement de la capacité d'action des communautés passe par plusieurs approches (action sociale, développement local, socio-communautaire et socio-institutionnelle) dont la mise en œuvre favorise le développement des communautés comme *processus de coopération volontaire, d'entraide et 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* (Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés, 2002 : 16).

Ces actions répondent à la volonté d'occuper un territoire en contexte de complexification de la société et de transformation radicale de l'activité économique qui imposent la

nécessité de stratégies globales, d'approches transversales, de projets susceptibles de produire des synergies entre acteurs locaux.

Le développement des communautés renvoie donc à la notion de communauté comprise comme une population habitant un territoire donné (ville, village, quartier, arrondissement) caractérisé, non seulement comme espace géographique, mais aussi comme espace où les réseaux de relations entre les personnes et les groupes constituent un ensemble social organisé autour d'une appartenance commune. Comme le note bien l'Institut national de santé publique, *la question territoriale est ici centrale dans le concept de développement des communautés*. (Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés, 2002 : 17). Le territoire rend possible un rapport de proximité essentiel à la participation : *C'est au niveau local en effet que les acteurs se connaissent le mieux et qu'ils sont souvent les plus aptes à collaborer d'un secteur à l'autre pour améliorer le bien-être des citoyens de leur communauté* (Bélanger et al., 2000 : 154).

Le Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés, (2002 : 21-31) énumère cinq *incontournables* en développement des communautés :

- 1) la participation : la visée fondamentale de l'intervention en développement des communautés c'est le renforcement de la capacité d'une collectivité à prendre en main son propre développement;
- 2) l'*empowerment* individuel et communautaire passe par la participation des citoyennes et citoyens au diagnostic de la communauté, à l'élaboration d'une vision globale de son développement et à la mise en œuvre de projets concrets offrant de bonnes perspectives de viabilité;
- 3) la concertation et le partenariat sont nécessaires pour que toutes les énergies disponibles soient mises à contribution, pour que s'amorce le processus de planification du développement et pour créer les conditions de mise en œuvre des actions considérées comme prioritaires;
- 4) la réduction des inégalités, en particulier par la lutte à la pauvreté;
- 5) l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé qu'elles soient municipales, régionales ou nationales.

Les programmes de santé publique contribuent-ils et à quelles conditions au développement des communautés ? Comment les PSP peuvent-ils s'inscrire dans les dynamiques locales sans être perçus comme une forme de contrôle social, une contrainte venant de l'extérieur du milieu ?

Cela est d'autant plus important que la multiplication des programmes et approches de santé publique arrive en plein contexte de changement institutionnel. Le regroupement des CLSC dans les CSSS pose des défis aux pratiques communautaires. Alors que les territoires des CLSC, au moins hors des agglomérations métropolitaines, étaient des milieux d'appartenance favorisant la prise en compte des réalités communautaires dans la définition des programmes, les CSSS ont le plus souvent un territoire où les milieux d'appartenance sont multiples. De même, l'arrivée de cadres moins familiers avec ces contraintes et mandatés pour gérer des programmes de santé publique soulève des inquiétudes qui avivent les réserves à l'égard de programmes « venus d'en haut ».

1.2.6 Les questions de la recherche

Dans le contexte d'une détermination clairement affichée de lier les interventions de promotion en première ligne à des objectifs nationaux de santé publique, notre étude se propose d'explorer à quelles conditions les programmes de santé publique peuvent être ouverts à la participation citoyenne de sorte que les professionnelles de l'organisation communautaire y exercent leur expertise spécifique de soutien à l'action communautaire. Nous estimons que cela permettrait à la fois aux directions de santé publique de tirer le meilleur parti possible de l'expertise acquise en organisation communautaire dans les CLSC et aux organisatrices et organisateurs communautaires d'être à l'aise de contribuer, par cette voie parmi d'autres, à la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle dévolue à l'établissement qui les emploie.

Nous avons donc cherché sur le terrain à répondre aux questions suivantes :

- les programmes de santé publics sont-ils normatifs en termes d'intervention ou bien proposent-ils des orientations dont la mise en œuvre repose sur une appropriation par le milieu ?
- quels facteurs liés au milieu, au CSSS et à la direction de Santé publique favorisent une approche participative ? Quels facteurs affectent négativement cette approche ?

- les OC qui sont associés à ou chargés de ces programmes font-ils de la gestion de programmes définis à partir des meilleures pratiques ou bien disposent-ils de la marge de manœuvre suffisante pour définir leur plan d'intervention en respectant le cadre de référence de l'organisation communautaire ?
- les OC sont-ils astreints à livrer des programmes prescrits ou bien sont-ils à même de définir leur plan d'intervention, y compris quant à l'évaluation? Sont-ils soumis à des évaluations externes au CSSS qui les emploie?
- à quelles conditions l'OC dans un programme de santé publique peut-il faire reconnaître l'expertise et l'autonomie professionnelles nécessaires pour définir son action à partir du milieu ?

1.3 Méthodologie de recherche

1.3.1 L'échantillon

Via la liste d'envoi électronique du RQIIAC, un appel à participer à la recherche a été lancé aux OC intervenant dans l'un des PSP retenus : École en santé, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, Programme intégré d'équilibre dynamique et 0-5-30 Combinaison/Prévention². Cet appel a été renforcé par des contacts des délégués régionaux du RQIIAC pour stimuler des participations. Dix-huit (18) personnes –cinq (5) hommes et treize (13) femmes– ont signifié leur intérêt à participer à la recherche pour au moins l'un des PSP retenus. Toutes détenaient un titre d'organisateur ou d'organisatrice communautaire ou de travailleur communautaire dans quinze (15) établissements différents répartis dans dix (10) régions administratives du Québec. Le tableau 1 ci-dessous présente l'échantillon (la section ombragée représente les candidatures retenues pour les entrevues).

Nous sommes conscients que la méthode retenue pour constituer l'échantillon, par appel à des personnes intéressées à partager leur expérience dans un PSP, a pu constituer un biais favorable à ces programmes. On peut penser que les gens réfractaires n'ont pas été tentés de répondre à l'invitation. C'est l'une des raisons qui nous incitent à rappeler de nouveau que notre étude ne prétend pas donner une juste représentation des pratiques

² On trouvera en annexe le document utilisé par le RQIIAC pour cet appel.

des OC dans les PSP. Elle demeure une démarche exploratoire pour identifier les facteurs facilitant ou nuisant à une redéfinition locale participative des PSP.

Tableau 1- Échantillon de base de la recherche

Échantillon PSP-POC	CSSS différents		Titre d'emploi OC				Nb.années	École en santé				Marge de manœuvre		Durée en années	Régime en jrs/sem	
	Régions distinctes		TC	TP	TPO	0		5	SIPPE	PIED	Sans	avec				
1	1	1	1	1			2,5			1		1		2,5	2,5	
2	1	1	1	1			5					1		4,0	1,5	
3	1	1	1	1			2,5			1			1	2,5	2,0	
4	1	1	1	1			27			1		1		3,0	0,5	
5	1	1	1		1		4				1	1	0	0	2,5	1,4
6	1	1	1	1			30					1	0	0	1,0	0,2
7			1	1			1	1						1	5,0	5,0
8	1	1	1	1			3				1			1	2,0	1,0
9	1	1	1		1		1,5			1			0	0	1,5	2,5
10	1	1	1		1		7					1		1	2,5	0,5
11	1	1	1		1		1,5	1			1	1	1		1,5	4,0
12			1	1				1					1			
	10	10	12	8	4	0	7,7	3	4	4	4	5	4	2,5	1,9	
13	1		1	1							1					
14	1		1	1			3				1		1	0,5	2,0	
15			1			1	3,5				1			1	0,6	1,0
16	1		1		1		31				1		1	1,5	2,0	
17	1		1	1			11			1				1	3,0	0,6
18	1		1	1			0,5					1		1	0,5	3,0
	15	10	18	12	5	1	8,4	3	5	8	5	7	7	2,1	1,9	

Cette nuance établie, il est intéressant de constater une répartition pratiquement égale de personnes considérant disposer ou non d'une marge de manœuvre dans le cadre d'un programme de santé publique (la mention 0 renvoie à une perception à la fois positive et négative). Cette caractéristique nous incite à considérer que les personnes ayant répondu à l'appel du RQIIAC manifestent une attitude critique nuancée : ce ne sont pas des opposants a priori aux programmes et approches de santé publique (PSP). Il faut noter aussi que leur contribution à ces programmes est récente dans la mesure où elle remonte en moyenne à un peu plus de deux ans. Enfin l'investissement hebdomadaire moyen se situe à deux (2) jours pour une majorité d'intervenantes et d'intervenants qui

sont à temps complet (TC). On peut en conclure que la quasi totalité intervient en même temps dans des dossiers qui ne relèvent pas des programmes de santé publique.

1.3.2 La collecte et l'analyse des données

La sélection des personnes retenues pour les entrevues a été faite avec le comité de recherche. Les critères qui nous ont guidés, ont été de rejoindre le plus grand nombre d'établissements et de régions de façon à éviter un biais relié au fonctionnement particulier d'un établissement ou d'une direction régionale de santé publique. Nous avons aussi tenté d'équilibrer la représentation en termes d'années d'expérience en organisation communautaire. Enfin, nous nous sommes astreints à rencontrer au moins trois personnes par programme ou approche : cela nous a amené à élargir notre échantillon à douze (12) plutôt que dix (10) des dix-huit (18) OC ayant répondu.

Toutes les personnes retenues pour une entrevue ont accepté de nous rencontrer. Il a été convenu avec elles que l'utilisation du matériel serait entièrement anonyme de sorte que ni leur nom ni celui de leur établissement ou de leur région ne serait précisé dans le rapport. Nous avons choisi de réaliser des entrevues semi-directives dont la durée a varié de trente-six (36) à quatre-vingt (80) minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites verbatim pour les fins de l'analyse.

Le choix méthodologique de réaliser des entrevues et d'en faire une analyse de contenu a été fait en fonction des impératifs de temps relativement brefs dont nous disposions (quatre mois au total), mais aussi en fonction du type d'échantillon retenu et des objectifs de la recherche. En effet, l'entrevue permet de recueillir rapidement des informations en misant sur la contribution des personnes interviewées. Nous avons choisi de réaliser la formule d'entrevues à questions ouvertes, *centrée sur le sujet de l'enquête et sur la perception que le répondant en a*, une formule avantageuse, selon Mayer et Ouellet, dans la mesure où elle permet d'atteindre des *objectifs principalement qualitatifs visant à découvrir des facteurs de comportement, des types d'attitudes* (Mayer et Ouellet, 1991 : 309-310).

Cette façon de faire nous semblait convenir particulièrement bien à des entrevues réalisées auprès de personnes habituées de raisonner leurs choix professionnels. En effet,

Le choix de l'entretien non directif sous-tend le projet d'une relation visant à faire jouer un rôle particulièrement actif à l'interviewé(e) reconnu(e) capable de s'exprimer valablement sur un thème proposé. Non seulement considère-t-on sa capacité de parole, mais aussi sa compétence concernant les diverses facettes du problème qui lui est soumis (Daunais, 1986 : 254).

Cette méthode procure donc des conditions privilégiées pour la découverte de ce qu'un sujet pense et ressent en tant qu'individu et en tant que représentant du groupe dont il fait partie (Daunais, 1986 : 273).

Nous avons bénéficié pour toutes les entrevues d'un accueil chaleureux et d'une grande ouverture de sorte que ce furent vraiment des entretiens avec des personnes acquises aux objectifs de la recherche. En cela nous avons le sentiment d'avoir réalisé le fait que *l'usage de l'entretien, c'est primordialement choisir d'entrer en contact direct et personnel avec des sujets pour obtenir des données de recherche (Daunais, 1986 : 251).*

L'analyse qualitative du matériel recueilli s'est imposée parce que les contraintes de temps ayant limité la taille de l'échantillon, il n'était pas possible de produire légitimement des données quantitatives quant aux questions de recherche. Il serait possible, sur la base des résultats de notre étude de procéder à une enquête par questionnaire permettant de mesurer l'ampleur et le degré de généralisation possible de nos conclusions. Mais cela n'a pas fait partie de notre démarche.

Nous avons retenu l'approche qualitative aussi parce qu'elle nous semble pleinement justifiée et suffisante pour répondre aux attentes qui ont présidé à la mise en œuvre du présent projet de recherche. Comme le notent Mayer et Ouellet,

L'analyse qualitative se fonde davantage sur la subjectivité de l'analyste. Cette façon de procéder est adaptée pour des études d'exploration qui ne sont pas fondées sur des hypothèses restreignant le champ d'observation et dans lesquelles la souplesse et l'intuition sont des qualités nécessaires pour faire ressortir les éléments nouveaux (...). Elle est utilisée sur de petits échantillons qui sont une représentation intéressante de la réalité; elle ne vise pas la généralisation (Mayer et Ouellet, 1991 : 479).

Au total, neuf heures et quarante sept minutes (9 :47 h) d'entretiens ont été transcrites mot à mot et soumises à une analyse de contenu, *une méthode de classification ou de codification des éléments d'un message dans des catégories propres à mettre en évidence les différentes caractéristiques en vue d'en faire comprendre le sens (Nadeau M.A. (1987), L'évaluation de programme. Théorie et pratique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.346 cité par Mayer et Ouellet, 1991 : 475).*

La transcription des entrevues occupe plus de deux cents pages. Ces données brutes ont été découpées en deux cent quatre-vingt-sept (287) unités de sens classées en quatre thèmes selon qu'elles concernent les rapports des organisatrices et organisateurs communautaires aux programmes de santé publique (66 unités), les facteurs favorisant l'appropriation par le milieu (111 unités), les facteurs freinant une telle appropriation (92 unités) ou les attentes en termes de formation pour un meilleur arrimage entre l'organisation communautaire et les PSP (18 unités).

C'est à partir de ce premier découpage que nous avons par la suite établi les catégories nous permettant de répondre aux questions de la recherche. Dans ce que L'Écuyer (1987) nomme *modèle ouvert*, les catégories regroupant les unités de sens ne sont pas déterminées à l'avance, mais *proviennent du matériel analysé à partir de regroupement successifs des énoncés en se basant sur leur parenté ou similitudes de sens les uns par rapport aux autres*. (L'Écuyer, 1987 : 56). Nous avons regroupé le matériel en quinze (15) fiches synthèse répondant à l'impératif que *les catégories établies [répondent] à cinq critères : l'exclusivité, l'exhaustivité, la pertinence, l'univocité et l'homogénéité* (Mayer et Ouellet, 1991 : 486)³. Ces fiches synthèse constituent la base du chapitre trois dans lequel sont réunies les contributions à la recherche des OC rencontrés. Les catégories y sont ordonnées autour de trois dimensions de l'objet d'étude : les rapports de l'organisation communautaire avec les PSP, la mise en œuvre communautaire des PSP et la gestion de ces interventions.

Cette analyse sera précédée d'une rapide présentation des quatre programmes et approche de santé publique retenus pour les fins de notre recherche, à partir de documents officiels qui en établissent le cadre normatif. Le quatrième chapitre vise essentiellement à répondre aux questions de l'étude en reprenant le même matériel sous la forme d'un essai de définition des conditions pouvant permettre un meilleur arrimage entre l'organisation communautaire et les programmes et approches en santé publique.

³ Le principe que les différentes catégories soient mutuellement exclusives, exige qu'aucun énoncé ne soit classifié simultanément dans deux catégories distinctes. L'Écuyer (1990) rejette ce principe à partir du constat qu'un énoncé peut avoir plus d'un sens, de sorte qu'à vouloir restreindre un tel énoncé à une seule catégorie revient à imposer à l'analyse une perte de sens. C'est la convergence de sens des énoncés qui caractérise les catégories et non la similitude des mots des énoncés. Nous avons donc laissé la porte ouverte à la double classification pour quelques énoncés.

2. LES APPROCHES ET PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE RETENUS POUR L'ÉTUDE

Pour les fins de notre recherche, nous avons retenu quatre approches ou programmes de santé publique : l'approche École en santé, le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et le programme 0-5-30 Combinaison/Prévention. Ce choix relève du promoteur de l'étude, le RQIIAC, et fait partie du devis soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux pour les fins de subvention. Il présente l'intérêt de faire place à un programme bien établi comme les SIPPE et une approche en implantation comme École en santé; à des programmes ciblés comme SIPPE et PIED et à des programmes visant largement toute la population comme 0-5-30 Combinaison/Prévention.

Avant de faire état des résultats de notre recherche, il nous semble requis de présenter brièvement ces quatre PSP de façon à mettre en contexte les commentaires des OC participants.

2.1 École en santé

École en santé est une approche qui

s'inscrit dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Gouvernement du Québec, 2003) ainsi que dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2003). Dans ces deux documents, École en santé est désignée comme une « intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école » (Québec, 2005 : 2).

Les buts de cette initiative intersectorielle nationale sont de

- *faciliter l'acquisition des compétences et développer les comportements favorisant la réussite éducative, la santé et le bien-être;*
- *promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire;*
- *créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté (Idem : 1).*

Le *Guide* établit clairement que *l'école est le pivot de l'intervention* tout en spécifiant qu'elle doit être soutenue par des ressources en provenance des CSSS et des commissions scolaires. Les directions régionales du MELS doivent par ailleurs fournir un soutien aux commissions scolaires. Les destinataires du *Guide*, c'est-à-dire les personnes chargées d'implanter l'approche, sont en premier lieu *les directions d'école et*

les membres des équipes-écoles, mais aussi les conseils d'établissement et les parents de même que les partenaires de l'école que sont les intervenants du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) en milieu scolaire (infirmière, travailleuse sociale, nutritionniste, hygiéniste dentaire, organisateur communautaire). S'ajoutent aussi les personnes de la communauté qui interviennent auprès des jeunes en provenance des organismes communautaires, municipaux et socio-économiques (Idem : 5).

Ce qui est proposé à ces acteurs (Idem. : 7), c'est une démarche intersectorielle mettant en œuvre toutes les étapes du processus d'organisation communautaire : l'identification de la situation (*mieux connaître l'état de la réussite éducative, de la santé et du bien-être des jeunes de l'école et faciliter l'identification des actions (...) existantes dans l'école et dans la communauté*), l'établissement d'un plan d'action qui répond à la situation (*faire un choix judicieux des actions à poursuivre, à consolider, à améliorer, à cesser ou à développer*) et en organiser la mise en œuvre (*intégrer les orientations et les actions de l'approche École en santé dans l'élaboration ou la révision du projet éducatif et du plan de réussite de l'école*).

L'approche globale, concertée et planifiée d'École en santé s'appuie sur le concept mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé dans les années 1980 et par l'initiative de l'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire intitulée *S'exprimer et s'engager : La promotion de la santé en milieu scolaire* (Santé Canada, 2004). Elle vise notamment à lier les *contributions de la santé et de l'éducation pour répondre aux besoins des jeunes* et à réduire l'essoufflement des intervenants en mettant en œuvre *les conditions de réussite reconnues* qui se dégagent des revues de littérature : une *vision globale et systémique*, la *planification systématique*, l'*intensité des actions*, la *synergie de l'école et du milieu*, des *conditions organisationnelles de qualité* et une *évaluation* pour en soutenir la mise en œuvre (Idem : 18).

Les OC qui ont répondu à l'appel du RQIIAC estiment que *les objectifs de prévention sont assez large ce qui donne une marge de manœuvre dans son application* (08), que *les partenaires et la table ont une bonne marge de manœuvre en ce qui a trait à l'établissement des priorités et la sélection des projets* (01) et que l'approche permet de *dépasser quand c'est possible la simple offre d'activités pour aller plus vers des actions sur les déterminants de la santé* (05).

Ils soulignent par ailleurs que *les règles du jeu ne sont pas encore claires* car on est en période de mutation vers École en santé (01) : *Une volonté et une compréhension d'une intervention communautaire et de nouvelles façons de faire en promotion et en prévention ne sont pas acquises, loin de là* (05). Dans ces conditions, l'intervention communautaire est complexe :

c'est une démarche d'accompagnement dans un processus et non l'implantation d'un programme. Cela dit, le cadre est relativement complexe et les outils qui arrivent sont peu réalistes pour l'application sur le terrain. (...) Je dois adapter la démarche proposée (démarche d'analyse fort complexe et demandant passablement de ressources et de temps) à des conditions réelles toutes autres reliées à la réalité de milieu scolaire, aux enjeux qui s'y retrouvent, à l'absence d'adhésion et donc de ressources du milieu scolaire (démarches bâclées entre l'entente entre le MELS et le MSSS et le terrain)... (14)

2.2 Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Issus des programmes Naître égaux et grandir en santé (NEGS) et Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), les SIPPE retiennent deux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des enfants : *la pauvreté et le jeune âge des parents* (Québec, 2004 : 3). Dans le but de tenir compte de la complexité de ces questions et des multiples interactions des facteurs en cause, le cadre de référence s'appuie sur le modèle écologique qui ordonne les systèmes sociaux et permet de :

- *s'intéresser à l'interdépendance des éléments du modèle et refuser de voir les choses de façon statique et linéaire;*
- *reconnaître à l'être humain sa capacité d'agir sur les systèmes sociaux;*
- *renforcer les réseaux sociaux et faciliter les rapports de l'individu avec sa communauté;*
- *opter pour une approche visant le renforcement du pouvoir d'agir de l'individu, selon laquelle celui-ci est reconnu comme acteur de sa vie et dans la société* (Québec, 2004b : 7).

Les services intensifs sont destinés aux jeunes femmes *de moins de 20 ans* et aux familles *qui vivent dans l'extrême pauvreté* dont les indicateurs sont *la sous-scolarisation des mères et un revenu se situant sous le seuil de faible revenu* (Idem : 15-16). Ils poursuivent des objectifs très précis et ambitieux à atteindre d'ici 2012 :

- *faire en sorte que diminuent la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables (...)*
- *favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables (...)*

- *faire en sorte que s'améliorent les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables (Idem : 15).*

La stratégie privilégiée pour atteindre ces objectifs, c'est le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) de la population visée : *selon cette approche, on considère «les personnes pauvres comme sujets agissants et pensants plutôt que de s'attarder à la détermination de leurs manques et de leurs besoins» (Lecuit, 1996, p.209, cité dans St-Amand et Kérisit, 1998 (idem : 18).* Dans cette optique, on souhaite que les personnes se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, deviennent capables de se donner un projet de vie porteur (ibid.) et que la communauté mette en place des conditions favorables au développement des enfants et des familles (idem : 19). Il faut noter tout de suite que cette distinction des rôles place la participation des familles au niveau du « projet de vie porteur » et réserve à la communauté la participation à la définition des environnements souhaités.

Les SIPPE comprennent deux composantes : *l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles (Idem : 23).* Le Cadre de référence décrit de façon très détaillée la nature du suivi individualisé réalisé par l'intervenante privilégiée (...) généralement infirmière membre de l'équipe interdisciplinaire, en précisant les outils et la fréquence des activités à chacune des étapes de la grossesse et de la période de petite enfance (Idem : 24-33). On peut se faire une idée du caractère intensif du programme en observant qu'il prévoit que l'intervenante privilégiée fasse de cent à cent cinquante visites sur une période de cinq ans.

La seconde composante mise sur l'action intersectorielle que l'on distingue de la concertation, du partenariat ou encore de la liaison interorganisationnelle dans la mesure où elle ne vise pas à harmoniser l'ensemble des actions à l'intention d'une population, mais à mettre en œuvre des projets intersectoriels novateurs pour favoriser la création d'environnements favorables (Idem : 40). Dans ce volet, l'OC membre de l'équipe interdisciplinaire est directement sollicité :

l'organisateur communautaire s'appuie sur les forces vives du milieu et joue essentiellement un rôle de mobilisation et de soutien en vue de la réalisation de projets concrets avec et pour la communauté (Idem : 43).

sa principale contribution consiste à faire le lien entre la communauté et les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, de façon à ce que l'on puisse répondre le mieux possible à leurs besoins. Cette personne est souvent le mieux placée pour reconnaître les besoins communs à plusieurs familles et pour proposer les projets qui sauront les combler (Idem : 30).

Ses fonctions de liaison avec les *forces vives du milieu*, la communauté au sens plus large et les familles sont orientées d'une part pour *la réalisation de projets concrets* que le milieu peut définir en toute latitude et d'autre part pour l'identification de *besoins communs à plusieurs familles* et la proposition de *projets qui sauront les combler*. Cet énoncé ne fait pas état d'une nécessaire participation des familles à cette démarche d'organisation communautaire.

On précise aussi que l'OC a *comme responsabilité de participer activement aux activités de l'équipe interdisciplinaire responsable du suivi individuel, de faire la liaison entre cette équipe, les organismes communautaires et le milieu (...) ainsi que de déceler avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à partir de leurs discussions de cas, les problèmes qui peuvent demander des solutions collectives et de soutenir la mise en œuvre des actions appropriées (Idem : 44).*

Les OC qui ont répondu à l'appel du RQIAC estiment que

Comparativement à l'autre composante des SIPPE (l'accompagnement des familles), la création d'environnements favorables (CEF) est très peu prescriptive, ce qui permet de dégager une marge de manœuvre intéressante pour la communauté. La présence d'une OC dans ce programme permet de favoriser l'appropriation locale des SIPPE dans sa composante plus communautaire (02).

Ils perçoivent positivement leur contribution comme OC :

Mon implication est pertinente dans la mesure où je peux faire valoir l'expertise et les compétences des organismes communautaires à identifier les besoins de la clientèle et amener les intervenants-es à travailler avec ces ressources. Elle est pertinente également dans la mesure où je réussis à faire en sorte que les ressources aient de l'argent pour continuer à faire ce qu'elles font (04).

Le cadre de référence des SIPPE est ouvert à la participation des professionnelles du CSSS et des organismes du milieu en fonction des besoins des familles. En dépit du vocabulaire très orienté sur le processus d'intervention communautaire, on ne trouve

nulle part une préoccupation pour que cette participation implique les familles que le programme demande de rejoindre : on garde l'impression qu'elles demeurent dans une position de clients auxquels sont offerts des services de nature communautaire. Du côté des commentaires que des OC ont fait en réponse au questionnaire, la place faite aux organismes communautaires est jugée suffisante pour permettre une contribution reposant sur leur expertise professionnelle. Ils ne précisent toutefois pas si cela va jusqu'à associer les familles ciblées à la définition des projets communautaires.

2.3 Le Programme intégré d'équilibre dynamique (Pied)

Le programme intégré d'équilibre dynamique *vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes qui vivent dans la communauté* (DSP de Montréal-Centre, 2007). Prenant acte qu'il n'est pas possible en milieu naturel de réaliser les *interventions de prévention des chutes ayant été démontrées efficaces* (DSP de Montréal-Centre, 2007), on propose de constituer des groupes de dix (10) à quinze (15) personnes qui ne présentent pas de troubles graves de l'équilibre pour des activités d'apprentissage dispensées par des spécialistes dans le cadre de douze (12) semaines à raison de deux (2) rencontres par semaine renforcées par des activités à faire à la maison. Les rencontres sont aussi l'occasion de proposer des capsules de prévention d'une trentaine de minutes. La dimension communautaire se résume à rendre le programme *accessible au plus grand nombre de personnes susceptibles d'en bénéficier* (DSPM, 1999 : 1) et au fait qu'il a été *développé en étroite collaboration avec les partenaires oeuvrant en milieu communautaire* (Idem). Quant aux objectifs d'accessibilité, le document indique une réserve : *Encore faut-il qu'il soit adopté par les organismes communautaires auxquels il est destiné* (Idem : 4).

Les OC ayant répondu à l'appel du RQIIAC émettent des réserves sur la pertinence de leur contribution à ce programme : *j'apporte aux intervenantes le fruit de mes connaissances de la communauté (...) mon rôle est plus technique : contacter un responsable, réserver une salle, aménager la salle* (06). Ils remettent en question leur participation :

La présence est loin d'être pertinente pour une grande partie des tâches (ex. : regard sur l'offre du programme, l'organisation du travail, l'impact sur les services, etc.). La seule pertinence se limite, selon moi, à certains liens qui sont faits avec des ressources du milieu. (...) Programme très normé avec des attentes précises à tous les niveaux (national, régional, local). La marge de manœuvre est plutôt limitée, d'autant plus que cela a des impacts sur des ressources internes (05).

Il nous semble questionnable de considérer qu'un tel programme relève de l'organisation communautaire. Les attentes de liaison avec le milieu communautaire sont strictement instrumentales : on s'attend à ce que des groupes offrent un lieu de réalisation d'activités dispensés par des professionnels formés spécialement à cette fin.

2.4 0-5-30 Combinaison/Prévention

Le programme 0-5-30 Combinaison/Prévention repose sur le constat que *Le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont des facteurs de risque communément associés au développement de nombreuses maladies chroniques* (ADRLSSSS Montérégie, 2005 : 6) et se présente comme *un programme intégré de prévention des maladies chroniques* (Idem : 11). Il consiste à faire auprès d'adultes, *dans leur milieu de vie, notamment en milieu de travail et dans les municipalités, la promotion de trois habitudes de vie quotidiennes, soit le non-tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée* (ibid.). C'est en 2003 que la Table de concertation nationale en promotion/prévention a adopté ce programme *développé dans la région de la Capitale nationale* et répondant aux objectifs établis dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 de réduction de la mortalité et de la prévalence de plusieurs maladies chroniques* (ibid.).

La version montérégienne du programme prévoit trois stratégies d'intervention : la promotion de pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques ; des actions éducatives orientées vers les citoyens et des actions environnementales visant à *modifier divers types d'environnements (...) de façon à favoriser l'adoption des habitudes de vie quotidienne préconisées par le programme* (Idem p.20). Au niveau local, le déploiement du programme relève d'au moins un *agent de promotion des saines habitudes de vie* à l'emploi du CSSS. C'est à cette personne qu'il revient de cibler les milieux d'intervention et de développer les moyens d'atteindre les objectifs de pénétration définis dans le *Plan d'action régional en santé publique*. Ce travail de promotion relève-t-il de l'organisation communautaire ? Une des réponses à l'appel du RQIAC apporte une réponse nuancée :

un travail de représentation, d'agent de promotion qui demande certaines qualités d'un OC. De rassembleur, de négociateur... Par ailleurs, il faut s'assurer de garder un contact avec la population vulnérable, en contexte de pauvreté, en ayant la possibilité de se voir attribuer d'autres dossiers organisationnels tels logement ou

sécurité alimentaire sinon, le travail risque de devenir un travail de représentant, de vendeur de saines habitudes de vie (07).

La promotion de saines habitudes de vie peut certainement être un terrain d'intervention communautaire, elle ne l'est pas nécessairement et constitue une pratique accessible à tout intervenant qui adhère à l'approche communautaire.

3. POSSIBILITÉS ET LIMITES DES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE DU POINT DE VUE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Les entrevues ont mis en évidence une perception largement positive des programmes et approches de santé publique, mais aussi des déceptions de la part des organisatrices et organisateurs communautaires (OC) rencontrés. Des programmes comme les Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) et 0-5-30 Combinaison prévention ont été généralement décrits en termes de réussites. Par contre l'approche École en santé, en pleine période d'implantation, suscite davantage de réserves et d'incertitudes que de commentaires positifs. Il convient de considérer cette évaluation avec des réserves dans la mesure où notre échantillon était peut-être trop restreint pour inclure des démarches d'implantation réussies, notamment dans l'une des régions visitées. Les entrevues ne nous en permettent pas moins de répondre à nos préoccupations de recherche. Enfin le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est unanimement perçu comme ne comportant aucune dimension d'action communautaire à moins que les intervenants ne l'y inscrivent de leur propre initiative puisque du côté de la santé publique *On ne semble pas prêt à investir beaucoup d'argent pour faire le suivi* sur le plan de l'appropriation par le milieu (06 : 4).

Le compte rendu des informations recueillies a été organisé en trois parties. D'abord les remarques relatives aux rapports de l'organisation communautaire aux PSP, ensuite la mise en œuvre du volet communautaire des PSP, enfin la gestion des pratiques d'organisation communautaire en santé publique.

3.1 Organisation communautaire et PSP

Les personnes rencontrées nous ont parlé de leur perception des PSP comme pratique d'organisation communautaire avec l'ambivalence dont faisait état notre problématique de départ.

Mais leurs remarques ont surtout porté sur la contribution de l'organisation communautaire aux programmes et sur la place que font les programmes à des pratiques communautaires qui correspondent aux fondements de la profession.

3.1.1 Les PSP en organisation communautaire

Les programmes de santé publique comportant un volet communautaire ont été, au cours des dernières années, une occasion de création ou de consolidation de postes en organisation communautaire. Par exemple, *le cadre de référence des SIPPE arrive avec une commande d'organisation communautaire (02 : 2)⁴* de telle sorte que du temps d'intervention doit nécessairement être affecté à un poste. Tous les intervenants rencontrés sont en mesure d'identifier *la part de financement de santé publique attribué à leur poste : Mon poste vient de budgets tagués, comme on dit, en santé publique, dans le programme 0-5-30, à raison de trois jours par semaine (11 : 1) ou encore c'est compté avec des sous; ça fait qu'avec l'argent que tu as, ça donne un jour semaine dans mes tâches (01 : 2).*

Cet apport est toutefois nuancé par le malaise identifié dans la problématique : les interventions dans les programmes de Santé publique sont-elles compatibles avec l'organisation communautaire, voire sont-elles vraiment des pratiques d'organisation communautaire ?

Pour une des personnes rencontrées en entrevue, la situation était claire : *moi là, je ne me trouve pas une vraie OC! (08 : 3)*. Une autre, par ailleurs fermement convaincue de la pertinence de son intervention dans le programme SIPPE, n'en affirmait pas moins : *quand tu t'aventures en santé publique dans les programmes, (...) tu n'as pas l'impression que c'est bien noble ou que tu es un vrai... (02 : 4).*

⁴ Nous avons choisi d'identifier les citations tirées des entrevues par un nombre à deux chiffres qui correspond à l'entrevue dont la citation est tirée, suivi d'un double point et du numéro de page de la transcription. Ce procédé nous permet de préserver la règle de l'anonymat tout en indiquant qu'il s'agit d'une citation.

Si l'on tente de préciser ce qui peut justifier un tel malaise, trois facteurs se dégagent : l'image des PSP dans les rangs de la profession, le fait que ce ne soit pas le milieu qui en soit l'initiateur et une définition du changement social en santé publique qui ne repose pas sur une prise en charge collective des situations problématiques.

Que les PSP aient mauvaise presse dans le milieu de l'organisation communautaire en CSSS, est un fait avéré. La problématique en fait état et la journée d'échange du RQIIAC en 2004 sur les programmes de santé publique les désignait sans équivoque comme *Ce mal qui vient d'en haut*. Dans certaines régions, cette perception crée un écart entre la direction de la santé publique et les OC. Une entrevue fait mention du fait qu'invités par la responsable régionale d'un programme, ceux-ci ont répondu *qu'ils étaient déjà trop pris au niveau de l'organisation communautaire...* (03 : 13). Une organisatrice mentionne même *qu'au début on riait* quand elle faisait mention en équipe d'organisation communautaire de ses pratiques dans un PSP (07 : 15).

Le fait que les PSP n'émanent pas du milieu est un autre motif sur lequel repose cette affirmation. En corollaire on estime que les programmes occupent du temps qui serait autrement disponible pour travailler à partir du milieu :

s'il y a des projets qui viennent d'en bas, moi je n'ai pas le temps de faire ça. Ce n'est pas comme mes collègues (...) qui travaillent sur le développement des communautés, qui mettent sur pied des coopératives... Moi, je ne suis pas dans ce type d'organisation communautaire-là. Je suis dans les programmes de santé publique! C'est de l'organisation communautaire, mais trafiquée un peu (08 : 17-18).

L'expression *trafiquée un peu* est significative. Elle renvoie à la perception d'une distance avec le modèle de pratique en réponse aux besoins identifiés par le milieu. Ce sont les pratiques issues de demandes de la communauté qui sont considérées comme une contribution au développement communautaire. Cette critique de fond semble par ailleurs nuancée par l'ensemble du matériel recueilli durant les entrevues. Si certaines données confirment l'affirmation, d'autres y apportent de sérieuses nuances. Il n'en demeure pas moins que la perception est bien présente dans le milieu puisque des répondants, aussi motivés par les programmes que notre échantillon, y font écho de façon explicite.

Le troisième motif identifié c'est que les PSP ne visent pas l'*empowerment*. Lorsqu'ils s'adressent à une clientèle vulnérable, il est rare qu'ils visent ou même considèrent

possible que ces personnes contribuent à l'action communautaire. Ainsi cette intervenante qui dit de 0-5-30 Combinaison prévention : *ce programme-là ne s'adresse pas à une clientèle vulnérable, (...) une clientèle (...) avec laquelle on doit travailler à l' « empowerment »* (07 : 3).

Elle en voulait comme preuve qu'il n'est pas possible de dire à des gens d'un quartier démunis de se procurer cinq fruits et légumes par jour ou de proposer zéro cigarette à une assemblée où la quasi totalité des gens fument. Pourtant elle-même nous a fourni un exemple d'ajustement du programme aux besoins d'un quartier démunis. Le milieu communautaire est d'ailleurs largement redevable de l'engagement dans les groupes et projets de personnes que le système de santé et de services sociaux considère comme vulnérables. La majorité des organisatrices et organisateurs communautaires rencontrés estime qu'il y a des programmes ou plutôt des façons de livrer les programmes qui permettent d'en faire de véritables démarches communautaires auxquelles sont associés les groupes du milieu et qui profitent à la communauté.

La possibilité d'intervenir dans des dossiers qui ne sont pas des PSP, vient en nuancer la perception négative. En partageant son temps entre les programmes et des dossiers issus du milieu, on s'assure de ne pas perdre de vue les impératifs de l'action communautaire et on équilibre sa pratique par des approches différentes. Certains n'hésitent pas à en faire une nécessité considérant comme une bonne chose par exemple que le niveau de financement communautaire des SIPPE *ne permet pas que tu engages un OC cinq jours. Donc nécessairement tu as d'autres dossiers. (...) Je me verrais difficilement faire juste du SIPPE. (...) [être] « la fille qui fait SIPPE ».* Je ne sais pas, ça donnerait une autre couleur, c'est sûr, dans l'œil des partenaires (02 : 18).

Ce qui inquiète au fond ce sont les situations où les pratiques ne s'inscrivent pas dans une approche d'intervention en développement communautaire, c'est-à-dire *une action entreprise par la population pour améliorer ses conditions de vie à partir de ses propres ressources et de l'usage de techniques qui favorisent l'autonomie, l'initiative et l'entraide* (Comeau, 2007 : 59). C'est ce qui fait dire à un OC : *je n'ai pas de problème d'être rattaché aux équipes de programme, dans la mesure où on peut faire du transversal et où on peut faire du développement communautaire* (04 : 8).

3.1.2 L'organisation communautaire dans les PSP

Les entrevues ont donné des images très différenciées des quatre programmes et approches retenus. Avant d'aborder comment les processus d'organisation communautaire ont leur place dans la livraison des programmes, un premier portrait invite à prendre en compte que tous les PSP ne logent pas à la même enseigne.

École en santé est une approche, c'est-à-dire un ensemble d'outils destiné à mettre en branle un processus de planification stratégique en santé à partir de l'école. Elle résulte d'un choix de deux ministères (MELS et MSSS) et repose sur une gestion conjointe dans laquelle l'initiative revient à l'école. La capacité d'intervention des organisateurs et organisatrices communautaires chargés de soutenir cette approche dépend davantage de l'action de gestionnaires de chacun des établissements concernés que des OC : *maintenant il y a un nouvel agent pivot (...) c'est lui le responsable* (01 : 7).

L'approche en est à sa seconde année d'installation. Il se peut donc que les réserves quasi unanimes émises *en entrevues* s'atténuent au fur et à mesure que l'approche s'installera. Reste que pour une organisatrice communautaire, le sentiment c'est d'intervenir dans un dossier où elle n'a pas de prise puisque les choix stratégiques sont faits en dehors du CSSS : *ce n'est pas tout de cibler une école, il faut que cette école-là ait envie d'embarquer (...). Si le directeur n'a pas de vouloir, moi je ne vais pas là, oublie ça! Il faut que je sente qu'il en a envie (...), moi je ne cours pas après les directions d'école* (08 : 8, 9,10).

Le programme SIPPE est ressorti de nos entrevues comme étant le mieux campé en termes d'action communautaire. Règle générale, on considère qu'il laisse une marge de manœuvre importante à l'intervenante : *Ce que je trouve intéressant, c'est que c'est très peu prescriptif dans le cadre de référence ce que doit être la portion communautaire des SIPPE, alors que dans la portion visites aux familles, le nombre de visites est prescrit* (02 : 2-3).

Le programme PIED par contre réduit la contribution de l'organisation communautaire à des tâches qui ne requièrent pas cette expertise : *ils se disent « Elle organise, on va lui faire organiser »*(05 : 16). Même si la santé publique a souhaité associer l'organisateur communautaire à la mise en place du programme *en raison des connaissances qu'un organisateur communautaire avait de la communauté*, l'intervenant a le sentiment d'être

instrumentalisé : *moi je suis vraiment...l'accessoire, si on veut dans l'organisation* (06 : 2). En fait, le programme requiert des compétences qui ne sont pas caractéristiques de l'organisation communautaire, et ne fait pas appel à la capacité de définir l'intervention comme processus à réaliser dans la communauté (10 : 2).

Ce qui est requis ce sont des tâches organisationnelles qui sont à la mesure de n'importe quel intervenant convenablement soutenu, c'est-à-dire *identifier les groupes dans la communauté susceptibles de bénéficier du programme, faire les contacts, trouver les salles, les personnes-ressources, essayer, si possible, de recruter des bénévoles...* (06 : 2). Dans sa conception même, ce programme est davantage une intervention de groupe en prévention des chutes qu'une intervention communautaire pour rendre des milieux favorables à ce que les aînés soient actifs. En bout de ligne *ce n'est pas quelque chose qui est hyper valorisant pour un organisateur communautaire* (10 : 15).

Le programme pourrait toutefois comporter une vraie approche communautaire et les intervenantes et intervenants rencontrés ont de bonnes idées sur ce que ce pourrait être, notamment par un soutien pour prolonger la démarche de groupe sur le terrain communautaire : *moi je pense que c'est là qu'on bâtit finalement les liens, le tissu social avec les gens de la communauté et puis, tranquillement pas vite, on les met en lien, en contact...* (06 : 10). Mais on ne peut envisager de développer ces possibilités sans qu'il y ait une décision d'exploiter le programme en ce sens et du temps alloué à une véritable démarche communautaire alors qu'actuellement le programme n'exige sur le plan communautaire que quelques heures à quelques reprises durant l'année. Évaluer s'il vaut la peine d'investir du temps d'organisation communautaire, c'est aussi prendre en compte les priorités du milieu en tenant compte que ce qui est investi là ne sera pas disponible pour des priorités issues de la communauté.

Dans le programme 0-5-30 Combinaison/Prévention il y a *un gros travail d'agent de promotion*, mais aussi d'accompagnement de comités locaux (07 : 2 et 5). Certains y voient même une occasion de *revirer le planning* (12 : 1) pour affecter les ressources à des objectifs locaux d'approvisionnement en légumes. La même organisatrice communautaire qui déplorait que 0-5-30 Combinaison prévention *ne s'adresse pas à une clientèle vulnérable* (voir section 1.1), raconte avoir :

...réussi à mettre sur pied un groupe d'achat. (...) Ça permet aux gens d'adopter de saines habitudes de vie et puis c'est quand même un projet communautaire.

C'est un projet local, c'est un projet qui a même permis à des gens de se rencontrer, de se connaître et puis il se fait même, maintenant, des petites annonces (07 : 6-7).

Elle attribue ces résultats au fait que sa formation en organisation communautaire lui a permis *d'avoir une vision communautaire* qui stimule à aller chercher des partenaires et à viser la prise en charge par les personnes de projets collectifs de telle sorte qu'*une fois que le 0-5-30 s'en va, bien au moins, il reste quelque chose (07 : 8).*

Ces nuances faites à propos des programmes, ce que l'organisation communautaire apporte aux PSP se vérifie au niveau de leur enracinement dans le milieu. Les OC sont des *agents de liaison (01 :1)* entre les milieux et la Santé publique. D'abord parce que les contacts déjà établis permettent d'installer rapidement un nouveau programme :

Là où l'on m'a le plus sollicitée, c'était pour établir des liens avec des groupes souvent déjà existants et tu sais, en organisation communautaire, souvent on vient à voir des belles portes d'entrée, il y a des gens qu'on connaît, qui sont déjà actifs dans le milieu, etc. (...) moi c'était facile d'aller voir ces gens-là et puis d'offrir un beau programme comme ça. (...) Ça va faire dix ans que je suis dans le milieu et que je travaille avec les gens, que je me suis fait connaître et que j'ai travaillé à d'autres programmes et tout ça.... Donc c'est sûr que le lien qui est déjà établi avec les gens, ça, c'est facilitant (10 : 3, 5).

Et davantage encore par l'engagement et le savoir-faire pour faire donner leur pleine mesure aux investissements faits dans le milieu :

moi, je suis organisateur communautaire, je travaille dans le milieu (...) pour faire en sorte que l'argent puisse être investi en fonction du pourquoi il a été identifié. (...) J'ai un devoir de réussite, en quelque part, pour aider ces organisations-là à répondre à ces besoins-là et démontrer que ce qui a été investi, ça a contribué. (...) Parce que l'argent n'avait pas nécessairement été investi, il y avait un certain malaise d'organisation et le malaise a été identifié... Il y avait une patate chaude et ils étaient, d'une certaine façon, bien contents que j'embarque dans le dossier (04 : 3, 6, 7).

Les OC servent de ce point de vue les intérêts aussi bien de l'institution qui investit, que du milieu qui a besoin de ces ressources pour son propre développement. Cette fonction passe par la maîtrise des diverses logiques en présence et l'installation de processus d'action communautaire. Elle repose au premier chef sur la connaissance du milieu :

c'est l'Agence qui décide. (...) Donc moi, il faut que j'essaie de voir comment vraiment faire en sorte que ça vienne du milieu... (...) Quand tu es dans la démarche École en santé avec une école, tu peux pas être plus organisateur communautaire que ça, parce que là, ça lève et c'est d'en bas que ça lève bien (08 : 18.19).

C'est le savoir-faire en mobilisation de milieu qui permet de faire travailler ensemble les divers acteurs sociaux :

moi j'essayais d'alimenter pour voir comment on peut travailler, rentrer dans le milieu. Qui seraient les partenaires qu'il faudrait former, mettre de notre côté? Comment, à partir de l'école, on pourrait faire des ponts? Quelles seraient les conditions qui faciliteraient le partenariat, autant pour l'école que pour ce qui gravite autour? Ce serait quoi le rôle de chacun (05 : 4) ?

Le travail de *soutien à la concertation* (02 : 4) permet, au-delà des activités et tâches techniques, d'animer le volet communautaire des programmes, d'assurer une présence qui dépasse les routines d'assemblée, et qui intègre ce qu'une organisatrice communautaire appelle son *influence* :

C'est moi qui l'anime, c'est moi qui convoque les rencontres, je fais les ordres du jour. Je ne suis pas naïve [quant à l'influence de] la personne qui fait les ordres du jour, tu as beau les soumettre au début... (...) Oui, on est tous égaux, mais il y en a qui ont des influences plus grandes. À moment donné, dans ma réflexion, je me suis dit « Ou je nie cette influence-là que j'ai sur la Table, ou je l'utilise pour le bénéfice de la communauté (02 : 8) »

Cette perspective communautaire n'est pas le fait exclusif des OC, mais ceux-ci sont par profession particulièrement attentifs aux exigences du travail avec le milieu. Ainsi dans la mise en place d'une table intersectorielle, l'absence d'OC a fait en sorte qu'une équipe des SIPPE a recruté *des ressources proches, tout ce qui touchait à l'individuel* (03 : 15) pour répondre de façon complémentaire à son action (par exemple en aidant pour le transport), mais n'a pas recruté de ressource communautaire intervenant pourtant auprès de la même population. C'est le plus souvent dû à la méconnaissance des processus de mobilisation d'un milieu comme le montre bien cette description des écarts entre les attentes des intervenantes et intervenants du CSSS et la réalité d'un milieu :

Les gens qui sont en réadaptation, bon, ils ont l'air à croire (claquement de doigts) « J'appelle l'OC et puis il va me trouver mon groupe pour aujourd'hui » et puis que dans l'espace de quarante-huit heures, je vais donner une réponse. (...) Mettons que j'appelle la dame qui est présidente du Club de l'âge d'or. De un, il faut que je la rejoigne. Et c'est quoi le meilleur moment pour la rejoindre? De deux, elle dans sa façon de faire avec son conseil d'administration, elle ne me dira pas oui tout de suite! Non, elle va aller voir ses gens pour leur dire « Il m'a parlé d'une affaire, est-ce qu'on le fait venir pour qu'il nous explique d'avantage? » Là elle va me rappeler, me dire « Peux-tu venir nous rencontrer? », elle va me fixer une date. Il faut que je calcule mon deux heures de route pour y aller... Ça fait que je lui ai dit « La réponse que tu cherches à avoir, c'est ça la réalité (06 : 12, 13) ».

Une autre caractéristique déterminante des interventions communautaires c'est de s'inscrire dans la durée : *en communautaire, il y a trois saisons au moins (...) ! L'agriculteur, il sème sa graine de blé au printemps et la récolte à l'automne : il s'est passé trois saisons. Dans le social communautaire, à mon avis, c'est ça aussi qu'il faut avoir en tête (06 : 6-7)*. Cette métaphore campe bien le fait que les résultats des pratiques communautaires arrivent davantage à moyen et long terme que de façon immédiate. Les programmes qui, comme SIPPE, visent une intervention dans la durée, offrent des perspectives intéressantes : *SIPPE c'est la même chose, tu sais, dans le fond : ça nous offre une certaine latitude, dans le sens qu'on peut construire à long terme avec une certaine clientèle, ou en tout cas moi, les jeunes mamans, les jeunes papas. Je veux dire, je vois une certaine évolution (10 : 13)*.

Le défi c'est de faire adopter par les partenaires des perspectives qui donnent le temps aux interventions de produire les effets recherchés. Par exemple, prendre le temps de réaliser une analyse commune de la situation :

dans le fond, la première étape, c'est de mettre sur pied un comité École en santé, un comité qui va être représentatif de tout le monde, ensuite de faire une analyse de milieu, tu sais. C'est quoi notre milieu? C'est quoi nos besoins? Quelles sont nos forces? Quelles sont nos faiblesses? Qu'est-ce qu'on priorise? Et ça il faut prendre le temps et il faut s'arrêter pour faire ça (08 : 8).

Que les partenaires acceptent de travailler sur cette base, c'est le meilleur signe que le milieu embarque et qu'il y a de l'avenir dans un projet :

Il y a eu une appropriation et vraiment une implication rapide, de se dire « Ok, c'est quelque chose qu'on va faire et on ne réussira pas à chambarder le milieu en un an, deux ans » On voit une vision à long terme; on va le faire, mais on prend par petites bouchées pour ne pas avoir à reculer trop souvent (05 : 6).

L'impératif de durée en action communautaire n'est pas évident pour tout le monde. Il faut parfois palier au manque de patience : *...ça aide quand on a le temps de le faire, mais c'est rare qu'on a le temps de le faire. Alors pour faire vite, il est bon d'avoir quelque chose de concret. C'est ce qui ça va leur donner la motivation pour faire un autre petit bout (05 : 14)*.

Enfin, faire de l'intervention communautaire, c'est arrimer les programmes à la dynamique particulière de chaque milieu. Dans le volet communautaire des PSP, *il faut que tu aies des personnes aussi qui croient à ça et qui ont une connaissance du travail*

dans une communauté, dans un milieu (05 : 21). C'est ce qui permet d'accompagner ce qui se fait dans les milieux et une certaine adaptation des programmes (...) aux réalités des milieux et ça éviterait la généralisation des programmes ou le développement des programmes mur à mur comme on les connaît (04 : 15). La prise en compte des dynamiques particulières c'est l'envers des programmes venus d'en haut (top down).

La dynamique d'un milieu ne se mesure pas seulement au portrait de ses traits caractéristiques, mais aussi à la connaissance des gens qui y vivent :

comment on fait pour déterminer les besoins d'un milieu, l'analyse d'une population, l'analyse d'une communauté? On n'arrive pas comme ça, il faut marcher notre territoire : qu'est-ce qu'il y a dans ce territoire-là? Connaître un peu l'histoire. C'est qui les leaders? Parce qu'il faut que j'accompagne des leaders (07 : 11).

C'est à cette condition qu'il sera possible de *voir aussi comment on peut utiliser ces programmes-là comme outils et non pas comme une certaine contrainte au changement ou à l'évolution ou au mieux-être d'une communauté (10 : 12)*. Au fond, d'un point de vue d'OC, il n'est pas légitime que le changement social soit un choix fait de l'extérieur du milieu. On a beau savoir ce qui favorise la santé, on ne saurait déterminer de l'extérieur qu'un milieu va s'en prévaloir ni que les moyens retenus sont ceux qui conviennent. Les programmes sont des outils au service de ce processus d'autodétermination d'un milieu. À titre d'illustration, dans le cadre d'une mise en œuvre du programme 0-5-30 Combinaison/Prévention, les cadres ont été élargis afin que les milieux pour lesquels l'accès aux aliments santé pose un problème, aient les moyens économiques de répondre à leurs besoins :

Les organisateurs communautaires ont nommé le fait que c'est bien beau de faire la promotion de cinq fruits et légumes par jour, en autant que tu les aies dans ton frigidaire (...). Nous avons travaillé avec la santé publique et Moisson (...) pour faire un espèce de portrait de ce que c'est au niveau des fruits et légumes et comment on peut favoriser l'accès à des fruits et légumes à nos familles appauvries. Et ça va déboucher, éventuellement, sur un projet de transformation alimentaire (...) l'organisme peut aussi générer des profits, les gens peuvent travailler et avoir des salaires un peu plus décentes. C'est toute une autre étape d'empowerment (11 : 9-10).

Dans cette démarche, le travail de promotion de saines habitudes de vie a ouvert la voie à une approche de développement local intégrant le développement d'une activité d'économie sociale comme moyen de répondre aux besoins de milieux démunis.

La prise en compte de la dynamique d'un milieu c'est aussi le respect des territoires d'appartenance. La mobilisation et l'action communautaire passent nécessairement par un territoire habité où les réseaux sociaux et l'organisation politique donnent aux gens la prise nécessaire pour agir. *La notion de territoire, c'est fondamental, parce que pour les groupes communautaires, faut voir c'est quoi le territoire qui fait du sens (02 : 17)*. Les regroupements d'établissements inquiètent dans la mesure où ils reposent davantage sur une logique administrative que communautaire. L'insistance des OC sur cet enjeu ne relève pas d'une résistance corporatiste –préserver leur milieu de travail–, mais sur une exigence de leur mode d'intervention : *les territoires de CLSC sont devenus des territoires naturels, il faudra pas l'oublier (09 : 16)*.

La définition d'initiatives en fonction d'enjeux administratifs plutôt que locaux constitue un frein. On peut légitimement vouloir améliorer l'expertise dans les SIPPE, mais *Il y a des fois où il faut travailler de manière plus transversale. Mais ça, les programmes de santé publique offrent moins de prise là-dessus... (02 : 17)*. C'est le cas par exemple lorsqu'il faut déborder les activités du programme pour répondre aux besoins comme le logement, la sécurité alimentaire, le transport, etc. L'expertise et les possibilités d'action sur la base des territoires d'appartenance devraient alors prévaloir sur les particularités de programme. La référence au territoire habité est un trait caractéristique de l'action communautaire.

3.1.3 L'espace d'action professionnelle

La plupart des OC rencontrés en entrevue considèrent avoir dans les PSP *la latitude requise quant aux moyens à prendre pour atteindre les résultats recherchés*. (Lachapelle, 2003 : 56). S'il y a des réticences, c'est à d'autres niveaux qu'elles s'expriment. Prenant pour acquis que *l'on n'a pas le choix de toute façon, avec les nouvelles lois*, on se demande *Alors comment est-ce qu'on peut faire ? (12 : 4)*. Par exemple, dans le cadre de référence des SIPPE :

il y a beaucoup, beaucoup de marge de manœuvre. Je trouve que c'est une imprécision qui nous sert beaucoup dans l'organisation communautaire ! Et puis je souhaite que ça reste toujours comme ça. (...) moi je trouve que le fait que le cadre de référence ne soit pas prescriptif, c'est une chance incroyable qu'on a (02 : 3, 4) !

Nous y reviendrons dans l'analyse de l'encadrement des pratiques communautaires dans les PSP, mais la pratique de *prendre la plus grande marge de manœuvre possible pour*

pouvoir l'adapter au niveau local (01 : 9) constitue un quasi consensus. Il s'agit en somme d'essayer de faire en sorte que les principes et les orientations qui étaient identifiées ailleurs puissent se rattacher et être adaptées le plus possible au vécu des milieux, au vécu des familles et au vécu des organisations communautaires (04 : 2).

Certains y voient une forme de délinquance qui leur sied bien :

parce qu'il est super détaillé ce programme-là [PIED] ! Il arrive dans un gros cartable et... quand tu as de la facilité avec ces processus-là ou ces étapes-là, c'est quelque chose que tu vas gérer assez facilement. Tu vas tasser les trois-quarts du cartable pour finalement t'en tenir à l'essentiel (...). Ce sont de bons outils, en autant qu'on puisse être un peu délinquants! (...) dans le sens d'utiliser ça comme un outil et non pas comme une contrainte à l'intervention, là, c'est parfait (10 : 6, 12, 14) !

3.2 L'efficacité des approches et programmes

La raison d'être des PSP tient à leur efficacité dans le milieu. Comment l'organisation communautaire y contribue-t-elle? Les entrevues ont fourni *un abondant matériel* sur (1) les rapports de partenariat avec le milieu et (2) la gestion des enjeux du financement, (3) la réponse aux besoins du milieu, en particulier pour (4) les populations vulnérables, et (5) l'appropriation des programmes par les milieux. Voyons comment se présentent ces cinq enjeux.

3.2.1 Établir des rapports de partenariats

Le développement des rapports de coopération entre partenaires dans un milieu passe par la participation à des actions où chacun trouve sa part, ce qui ne se réalise pas seulement dans le cadre de démarches structurées. L'établissement de rapports interpersonnels est une condition d'efficacité de l'action collective : *si tu es souvent avec les mêmes partenaires (...), c'est ça qui devient intéressant, parce qu'ils te connaissent (02 : 19)*. De tels rapports s'établissent à l'occasion d'activités partagées : *juste le fait, par exemple d'organiser un spectacle ensemble, ça tisse beaucoup les liens entre les intervenants (01 : 13)*. Souvent il suffit simplement de répondre positivement aux attentes en ce sens :

on se fait deux rencontres par année, qu'on appelle déjeuners-rencontre ou dîners-rencontre (...) c'est quelque chose que l'un et l'autre demandaient déjà depuis quelques années (...) Ça répond à des attentes et puis c'en est rendu qu'on attend cette rencontre-là! «Elle va avoir lieu quand? (09 : 6) »

Il y a un avantage à prendre en compte les démarches déjà entreprises par les partenaires pour établir des rapports de collaboration, par exemple dans le but de mieux connaître le terrain d'intervention :

Nous allons profiter de la démarche de la MRC pour aller chercher (...) les besoins de ces jeunes familles. Il y a une politique familiale qui se fait un peu partout à travers les territoires ; ici, il est en train de s'en faire une au niveau de la MRC. (...) Je pense qu'il commence à y avoir des outils disponibles qui vont nous permettre d'avoir une meilleure lecture de ce que chaque municipalité veut (03 : 20).

Cela suppose que nous sachons voir les occasions et les saisir lorsqu'elles se présentent. Une commission scolaire devait constituer une concertation autour du programme Éveil à la lecture. Les gens de la table intersectorielle ont dit à ceux de la commission scolaire : « *Peux-tu le faire transiter par la table SIPPE? On aura juste à asseoir les bibliothèques avec nous autres et une direction d'école* ». *Bien pour eux autres, c'était facilitant, ça répondait à leurs besoins (09 : 14)*, tout en renforçant la table des SIPPE.

La reconnaissance des intérêts particuliers de chacun des partenaires et la réciprocité des bénéfices du programme sont essentiels. Ainsi dans cette démarche de table intersectorielle des SIPPE :

Je pense que [les groupes communautaires] se sentent rejoints dans cette démarche-là, parce qu'ils sentent qu'elle leur appartient, finalement. C'est sûr qu'on ne vit pas dans un monde enchanté : c'est une démarche qui appartient au CLSC aussi, ça reste un programme de santé publique, mais je pense que le milieu a bien su utiliser la marge de manœuvre qu'il pouvait y avoir à l'intérieur de ça et je pense que la question des familles vulnérables, ça nous a beaucoup rejoints. Chacun y a trouvé son compte pour sa propre clientèle. (...) Et je dirais que l'inverse est vrai : ils ne sont pas obligés d'inclure leurs actions d'organisme dans ce plan-là : (...) «Regarde, on est prêts à mettre des choses dans le programme, mais il y a des choses qui nous appartiennent» (...). Ils ont tous une partie de leur clientèle qui est là-dedans, mais ils ont tous une autre partie de leur clientèle qui est ailleurs (02 : 7, 8).

Chacun des partenaires doit aussi percevoir clairement qu'il est respecté dans sa réalité. Les tensions linguistiques avec la communauté anglophone en sont une bonne illustration : *nous avons une dynamique aussi où il y a la commission scolaire anglophone. Eux ils étaient déçus que la formation ne soit pas encore offerte en anglais. Le formateur recruté par le MELS étant unilingue français, c'est sûr que les écoles anglaises n'étaient pas représentées à la formation (01 : 8-9).*

Les efforts pour rassembler des démarches ou faire coïncider les actions permettent de maximiser les résultats sans exiger des partenaires des efforts supplémentaires. Ainsi une équipe a choisi d'élargir le volet «environnements favorables» du programme 0-5-30 pour :

... en faire un outil de développement des collectivités. (...) On se dit «On n'est pas tous seuls à travailler ça dans le milieu. Il y a plein de monde qui en font.» (...) On a fait des représentations auprès de la Table des maires de la MRC et avec le préfet de la MRC pour les rencontrer et leur présenter c'est quoi le 0-5-30 et quelle offre de services on pourrait leur fournir dans le cadre de leur politique familiale. (...) C'est de leur fournir un portrait des environnements favorables aux saines habitudes de vie de leurs municipalités à partir des outils de 0-5-30, en plus de leur fournir un portrait socio-démographique de leur municipalité, en tout cas des données qu'on peut avoir avec la santé publique (...). Parce que le comité École en santé voulait cibler les habitudes de vie chez les jeunes, alors je me suis dit «Pourquoi est-ce que les adultes de l'école ne seraient pas dans le coup aussi ?» Donc le 0-5-30 est venu comme de soi. La directrice de l'école a été ouverte à ça, de dire «Bien oui, on intègre le 0-5-30 à l'intérieur de l'approche École en santé.» (...) La coop santé a organisé, avec les services de loisirs, une vélo-fête pour les familles et on s'est associés, le CSSS, par le volet 0-5-30 à cette activité là, qui était en même temps une levée de fonds pour la coop santé (11 : 3 à 8 passim).

En contrepartie, il arrive que des divergences d'intérêts compliquent ou compromettent la mise en place des programmes. Cela joue par exemple dans la période de transition vers École en santé lorsque les organismes communautaires ont le sentiment de se retrouver avec un partenaire institutionnel qui ne comprend pas ou comprend mal leurs modes de fonctionnement. *C'est d'autant plus important que ça touche des questions de financement qui sont vitales pour les organismes communautaires :*

parce que les organismes ont été habitués justement à avoir le contrôle de ces argent-là et de pouvoir les définir, de pouvoir s'autodéterminer là-dedans, de pouvoir finalement proposer un projet qui est en relation avec les écoles, mais qu'eux même vont concevoir selon leur mandat. Et puis traditionnellement, les écoles n'ont pas été très présentes non plus au niveau de la concertation. Cela fait que c'est une game toute différente de savoir si ça va être les écoles qui vont définir leurs besoins et qui vont demander aux organismes de se greffer à ces besoins-là, ou est-ce que, miraculeusement, toutes les parties vont s'entendre sur les besoins centraux des jeunes, puis se concentrer là-dessus et avoir la vision par rapport aux jeunes, ce qui est un peu ce que l'approche École en santé voudrait (01 : 6-7).

Cette transition soulève aussi des difficultés parce que les « partenaires » entretiennent des rapports inégaux, allant même jusqu'à inverser le partage des responsabilités entre des organismes habitués à se concerter et une institution qui n'y voit pas toujours son avantage :

la transition qui est en train de se faire actuellement est un peu épineuse, parce qu'il va y avoir énormément de jeux de pouvoir (...). Ce qui est un peu fatiguant, c'est qu'ils mettent vraiment les écoles sur un piédestal (...). C'est comme si nous, notre Table de concertation, elle ne valait rien (...). Je ne suis pas d'accord pour les mettre sur un piédestal, même si les écoles sont des partenaires importants (01 : 6, 10).

Les rapports qui devraient être de collaboration entre l'école et le CSSS se transforment plutôt en une double juridiction qui provoque des tensions :

école en santé, nous ne sommes pas imputables : ce sont les écoles, c'est le ministère de l'Éducation qui doit livrer cette marchandise-là. Nous on est en soutien, mais même en soutien, on a une reddition de comptes (...). Fait que ça crée toutes sortes de zones de tensions, de choses pas claires, d'incohérences qu'on voit sur le terrain (11 : 10).

Plusieurs OC ont mentionné en entrevue la culture locale de concertation comme facteur de partenariat. Ainsi l'approche École en santé a connu un sort différent dans deux villages du même territoire :

Dans un des deux villages, c'était vraiment une dynamique, ils ont préparé ça et puis sont allés chercher tout ce qui existe comme ressources dans le milieu (...). L'autre école, on n'a même pas commencé à essayer de voir dans le milieu. C'était : « Non, on a la direction de l'école, on a une enseignante en éducation physique, on en fait de l'École en santé, on n'a besoin de personne d'autre » (05 : 7).

Il semble que les écoles voient moins la pertinence des partenariats. Ces institutions ont l'habitude de fonctionner selon leur propre rythme et de se suffire à elles-mêmes de sorte qu'elles ont moins d'intérêt à s'associer aux partenaires ou à réaliser à une démarche commune d'analyse des besoins. Dans un tel contexte, la participation des groupes communautaires est perçue comme une irruption et même une intrusion dans l'école :

« les trucs communautaires arrêtent pas de cogner à la porte et ils disent "On a telle valise, voulez-vous avoir ce programme-là?" « On ne sait plus, nous autres, c'est-tu bon, c'est-tu pas bon... » (05 : 10).

Les responsables scolaires, nous dit une OC, *ne trouvent pas leur compte dans la formule de Table de concertation que nous avons (...)* ils ont l'impression que le contenu communautaire les concerne plus ou moins (01 : 7-8). L'approche École en santé repose pourtant sur le fait que le jeune a une vie en dehors de l'école et que les divers intervenants ont avantage à voir ensemble comment on va répondre aux problématiques identifiées dans le milieu (05 : 3), un milieu de vie qui déborde l'école.

Il faudra sans doute du temps pour que les processus de l'approche École en santé passent en mode de réalisation : *Il y avait, entre autres, une entente de partenariat qui devait être signée entre les trois partenaires (la commission scolaire couvre deux CSSS). On a fait un an, elle n'est toujours pas signée (05 : 5).*

Les démarches partenariales exigent non seulement de la durée pour se concrétiser, mais aussi, du fait qu'elles se multiplient, une part significative de l'emploi du temps des intervenantes et intervenants :

On est dans un contexte –et ça s'est accéléré par la suite– de multiplication des lieux de concertation. Il y en a! il y en a! il y en a! Donc faire le choix de reconvoquer les partenaires dans une nouvelle instance de concertation, il faut que tu aies des bonnes raisons de le faire, parce qu'eux autres vont avoir de bonnes raisons de pas venir (02 : 3).

Dans le but de renforcer la réciprocité nécessaire au travail en partenariat, ne conviendrait-il pas que les concertations reposent davantage sur la multisectorialité plutôt que l'intersectorialité ?

La Table adultes elle est récente. Ce sont tous les partenaires de la communauté qui travaillent avec des partenaires adultes, de dix-huit à soixante cinq ans, donc c'est une palette assez large. (...) [Elle a été formée à l'occasion] d'un forum populationnel qu'on a eu en 2006 [organisé par] le CSSS, un groupe communautaire et le CLD (...). Donc ce sont des tables multisectorielles plutôt que par problématique intersectorielle et là, c'est le défi, justement, de trouver un consensus sur nos priorités et ce sur quoi on veut travailler (11 : 11-12).

L'intersectorialité autour d'une problématique reconnue par les partenaires convient davantage aux plans d'action : *Les tables par problématiques peuvent gagner en efficacité, parce que tu travailles sur une problématique. Le consensus il est assez rapide à faire et les actions sont peut-être plus visibles à court terme (11 : 12).* En multisectorialité, l'établissement de consensus est un processus plus ardu parce que cela doit se négocier entre partenaires ayant des intérêts différents. Il faut donc consentir à y mettre du temps, mais *À long terme, je pense que c'est payant (11 : 13).* En fait, cette négociation sociale entre les diverses priorités de chacun est le fondement de leur engagement dans l'action. Il peut y avoir moins de projets communs, mais leur solidité ne compense-t-elle pas ? Surtout dans un contexte où la multiplication des concertations atteint un niveau de saturation inquiétant et que des partenaires importants se retirent : *on a déjà eu la commission scolaire, on ne les a plus, on a déjà eu le CLE, on ne les a*

plus : « on n'a plus le temps, on manque de ressources, on a d'autres priorités, on coupe en quelque part, on coupe dans notre présence à la Table (09 : 3) ».

3.2.2 Le nerf de la guerre : gérer le financement issu des programmes

Parmi les facteurs de mobilisation d'un milieu, il faut inscrire en bonne place le financement. L'argent motive à passer de l'obligation à l'action : *Il y a de l'argent qui vient avec cette composante-là : il y a une somme qui est dédiée et qui doit s'en aller dans la communauté. Donc disons que c'est important, c'est une des caractéristiques des SIPPE : ça crée une obligation de collaboration entre l'établissement et la communauté (02 : 2).*

Pour certains c'est même le principal motif d'intérêt des PSP :

si ça peut permettre d'amener davantage d'argent dans les milieux et contribuer à soutenir les milieux qui interviennent auprès de ces familles-là, c'est un élément positif. La job de l'organisateur communautaire, c'est de trouver les voies de passage, c'est de faire en sorte que cet argent-là puisse débarquer dans le milieu (04 : 13).

D'autres le reconnaissent, mais s'avouent déçus que l'argent devienne le moteur de l'action : *C'est tout à fait plate que ce soit l'enjeu financier, parce qu'idéologiquement parlant on aimerait cela que ce soit autre chose qui nous rallie... (01 : 13).*

À cet égard, les milieux ruraux disposant de moins de ressources peuvent profiter davantage de l'apport des PSP. Ainsi le programme PIED, malgré sa faible teneur communautaire, bénéficie d'un accueil évident dans les petites communautés : *ici dans le milieu, les groupes ont été relativement faciles à bâtir (06 : 7).* Ce qu'une autre intervenante explique comme suit :

Nous autres on est en milieu rural, il y a pas vraiment beaucoup de programmes ou de services organisés où aller chercher l'information. PIED fournit beaucoup de matériel et quelque chose qui va durer dans le temps, qu'ils peuvent pratiquer. C'est comme des façons de vivre aussi, qu'on enseigne là-dedans (10 : 15).

Selon les répondants, un programme bien inscrit dans la réalité communautaire constitue en lui-même une contribution au milieu : *Les gens nous appellent même pour avoir le programme, parce qu'ils en entendent parler, parce qu'ils ont des amis d'autres villages qui l'ont réalisé, qui l'ont vécu, qui se sont impliqués dans le programme comme aidants (10 : 4).*

Les budgets alloués dans le cadre des PSP sont un mode de contrôle des résultats puisqu'ils sont le moyen d'amener les organismes à réaliser les actions souhaitées dans un programme : *L'argent part du ministère, s'en va à la Direction de la santé publique, puis arrive aux centres de santé et des services sociaux (...). Alors évidemment qu'il y a de la prescription là-dedans* (04 : 9). Là n'est pas le problème si le mode d'allocation des fonds respecte les intérêts des partenaires. L'effet déstructurant tient plutôt au mode de financement par projet : *alors nous, on a douze mille dollars pour la prochaine année. Après que les douze mille dollars auront été épuisés, ce n'est pas l'Agence régionale qui va continuer dans le cadre du financement régulier du SOC et va donner les douze mille dollars* (04 : 13).

Au terme du projet, la suite dépend des possibilités de remplacer ce financement par une autre source. C'est la marge de manœuvre des organismes communautaires et leur capacité d'innovation qui s'en trouvent restreintes : *ça fragilise l'indépendance* et on leur demande en plus *de dresser un plan de pérennité à l'égard de ce qu'ils développent!* (04 : 14). Si l'État peut y trouver son compte en termes de contrôle du développement des services d'intérêt public, pour les groupes il en va tout autrement : l'innovation que permet un financement ponctuel n'a aucune garantie de pérennité même si elle répond à un besoin réel. C'est en cela qu'un financement par projet ne contribue pas nécessairement au développement des communautés.

Les effets du financement provenant des PSP sont nettement plus considérables lorsqu'ils viennent pallier l'insuffisance de financement de base des groupes communautaires. Dans certains cas, c'est perçu comme une bonne affaire : *c'est un levier de développement, qu'on le veuille ou pas, dans un contexte où les organismes sont sous-financés (...)* ça peut ressembler à du patchage, *mais si on n'avait pas ça...* (01 : 4). Mais ça peut aussi devenir une source de conflits de gérer collectivement des enveloppes financières quand les organisations autour de la table sont en manque de ressources : *nous autres, l'expérience était très négative : ça ne se passait pas bien, ça faisait des guerres entre organismes, entre réseaux, parce qu'il y avait de l'argent qui se séparait là. Ça allait mal* (05 : 2). En règle générale, il semble nettement préférable de travailler dans un contexte où ce financement est plutôt reçu comme complémentaire : *ici, les organismes qui ont des ententes de services, ne dépendent pas du tout de ces*

ententes-là pour leur survie. Donc quand ils choisissent de venir s'asseoir autour de la Table, ce n'est pas dans le but d'avoir du financement de base. Il n'y a pas de stress à ce niveau-là (02 : 6-7).

La gestion des budgets est en ce sens le révélateur par excellence du type de rapport entre les partenaires. Dans certains cas, elle manifeste l'ouverture des partenaires :

Le budget dans la région ici (parce que c'est pas partout pareil) ce sont les CLSC – maintenant les CSSS– qui en sont fiduciaires (...). Ici il y avait quand même une tradition de collaboration intéressante avec la communauté (...). Ça a été tout de suite «On va aller vers la communauté, on va regarder». (...) et la façon dont c'est réparti dans la communauté ici, ce sont les organismes qui se rencontrent et décident entre eux comment ils se divisent la somme. Moi je suis là, mais j'anime, ce n'est pas moi qui décide (02 : 3).

Mais elle peut aussi jouer à l'encontre de rapports de collaboration :

c'est sûr que le milieu scolaire est déçu de voir qu'il n'y a pas d'argent qui est relié à ça. Parce que c'est bien le fun pour nous autres, secteur santé, j'ai une journée semaine à École en santé. Mais le milieu scolaire, il n'a pas d'argent, lui, pour ça. Donc la commission scolaire ou l'école doit voir dans ses budgets si elle a ce qu'il faut pour dégager quelqu'un. Si elle décide qu'elle n'a pas de budget, ça fait comme dans notre commission scolaire, on n'a pas de répondant! (08 : 5-6)

Quand le financement sert à manipuler des partenaires, il entraîne la démotivation et la désillusion :

il y a eu aussi –ça ne fait pas longtemps que je l'ai appris–, une façon de vendre la participation à la table de concertation par une organisatrice communautaire antérieure, tant au scolaire qu'à d'autres milieux, comme quoi il y aurait de l'argent pour financer des projets. La « technique de vente » a fait en sorte que, quand ils se sont assis ensemble, ils se sont rendus compte que ce n'était pas tout le monde qui pourrait avoir de l'argent et qu'il y avait des critères (09 : 10-11).

Il faut s'inquiéter aussi lorsque les budgets créent de la concurrence entre les partenaires et que prévaut la raison du plus fort :

je pense que les organismes sont un petit peu fâchés de voir l'argent qu'il y a et qu'eux autres ne reçoivent pas leur dû. Tout va à la clientèle... même, on paie des services au CLSC ! L'auxiliaire a besoin de matériel, c'est la Table SIPPE qui paie pour ça. Je pense que ça pourrait être de l'argent qui pourrait être remise au communautaire (03 : 18).

Du point de vue des OC, être associés à la gestion des fonds de programmes constitue un piège, voire une contradiction avec les règles d'une saine pratique. Être perçu comme responsable de la répartition des fonds est vécu comme une contradiction avec l'image

d'OC à laquelle on s'identifie : *En Table de concertation, à moment donné, quelqu'un avec qui j'ai des très bons liens de collaboration, a dit : « Miss bailleuse de fonds ». J'ai fait : « Ouf ! Fais moi plus jamais ce coup-là toi ! » Je ne veux pas être identifiée comme bailleuse de fonds (01 : 2). Le risque d'être ou d'être perçu comme juge et partie (04 : 4) dans les demandes de financement reliées aux programmes touche les rapports professionnels de l'intervenante ou de l'intervenant avec l'organisation :*

Pour des aspects qui peuvent traiter de budget par exemple, d'engagement, de partenariat plus formel, c'est sûr que moi, comme organisateur communautaire, ce n'est pas moi qui ai à traiter ces choses-là. À ce moment-là, notre direction prend le relais pour justement, qu'on voie que l'organisateur communautaire n'est pas celui qui gère les budgets (11 : 14).

Le consensus qui se dégage des entrevues est bien rendu par l'affirmation d'un OC d'expérience : *administrer des enveloppes budgétaires, c'est pas notre rôle, c'est pas notre job de faire ça (04 : 12). La gestion des fonds exige donc un partage clair des tâches avec les gestionnaires du CSSS : il y a un gestionnaire du CLSC sur la Table. Ça, ça a toujours été clair que je ne pouvais pas représenter l'établissement en fait. Puis ça, c'est un facteur de réussite (02 : 13).*

3.2.3 Répondre aux besoins du milieu

La capacité des PSP à rejoindre la réalité des milieux où ils s'appliquent, est déterminante pour leur efficacité. Le meilleur programme ne donne pas de résultat s'il n'arrive pas à s'inscrire dans la dynamique des milieux. À cet égard, l'expérience d'implantation de l'approche École en santé s'avère instructive : *Mes premiers constats : le milieu scolaire n'est pas vraiment prêt, ne le souhaite pas. Donc cette approche là est vraiment parachutée. Elle est parachutée et en plus, la Santé publique en fait une obligation (05 : 6).*

D'une part, la visée de base de rejoindre les gens où et comme ils sont est considérée comme un élément susceptible de rapprocher les partenaires :

les personnes qui viennent chercher les services, ce ne sont pas toutes celles qui en ont besoin. Alors il faut faire du out-reach aussi. Cette orientation-là, moi c'est d'aller chercher le jeune et puis de répondre à ses besoins (...). Les écoles ont besoin des organismes, les organismes ont besoin des écoles, puis faut que ce soit clair (01 : 10).

L'approche vise en outre à établir des consensus sur les besoins prioritaires et amener des priorités d'intervention :

l'approche École en santé, c'est un bon moyen de connaître ton milieu, de faire l'évaluation de nos interventions, parce qu'on en fait énormément, et puis c'est de voir lesquelles sont efficaces et lesquelles le sont moins. Et voir si on peut prioriser ce qu'on fait pour vraiment canaliser nos énergies. Parce que ce qu'on perçoit, c'est que tout le monde est épuisé, dépassé. On fait plein de choses, mais est-ce que ce que l'on fait est efficace ? (08 : 17)

En même temps, le constat qui est revenu le plus souvent c'est que l'école est un univers en soi, peu enclin à se percevoir comme partenaire du milieu : *Les écoles sont habituées à travailler en vase clos, vraiment (05 : 7).*

C'est un milieu qui manifeste une sorte d'inertie face à l'approche qui vient du MELS : *C'est vraiment une dynamique d'école: c'est gros à faire bouger, c'est gros juste de faire de l'information sur c'est quoi et puis juste de s'asseoir, tout le monde (05 : 6).* Tout indique que cela ne tient pas à des attitudes personnelles, mais aux structures en place : *il y a beaucoup de bonne volonté des deux côtés, mais il y a des habitudes un peu sclérosées qui font qu'on n'est pas habitués tant que ça à travailler ensemble (05 : 3-4).* Dans un tel contexte, la gestion de l'approche prend une importance déterminante. Il faut une volonté nette d'*aller plus à la base, vraiment s'inscrire dans le milieu et établir des liens qui vont permettre d'agir là-dessus (05 : 20).*

En attendant, il y a une période de transition qui incite à prendre le temps requis pour que les choses évoluent : *École en santé, ici jusqu'à maintenant, elle lève pas (...). Donc moi, si je mets tous mes œufs dans École en santé, je suis faite! (08 : 4).* Il faut aussi préparer le terrain, par exemple en gérant les évaluations divergentes de façon à dégager la réponse aux besoins :

la stratégie que les organismes communautaires trouvaient la plus importante, c'était le développement de l'environnement favorable et les écoles c'était le développement des compétences parentales et le développement des compétences sociales du jeune (...). Quand tu regardes, ils disent tous les deux qu'ils prennent position pour le jeune, mais leur vision est différente en partant (01 : 11).

Répondre aux besoins du milieu est une démarche exigeante non seulement dans l'approche École en santé, mais dans tous les programmes. Parfois les moyens, la formation voire les compétences font défaut pour favoriser la participation des populations concernées : *on est rendu en 2007, ça fait cinq ans et je pense qu'on ne sait*

pas encore ce que les familles veulent (03 : 15). L'intervention doit se modeler sur la réponse aux spécificités de chaque milieu : Il n'y a pas un milieu qui est pareil. Même à l'intérieur de notre MRC ici, tu as des municipalités qui sont beaucoup plus favorisées que d'autres, tu as des poches de pauvreté qui font que ce ne sont pas les mêmes réalités. Donc il faut voir, on n'arrive pas avec un programme mur à mur pour tous les milieux (11 : 9). Il y a là un test de vérité pour les PSP. Un programme réussi c'est celui où tous les documents, toute la structure de la démarche a toujours été faite en fonction des besoins (02 : 7) tels que les gens les perçoivent : les meilleures expertises ne mobilisent que si elles éclairent la réalité vécue d'un milieu.

3.2.4 Rejoindre les populations vulnérables avec une approche globale

Comme les PSP visent des populations ciblées pour leurs vulnérabilités, il faut voir comment la communauté peut répondre le mieux possible aux besoins de ces familles-là (02 : 15). Une avenue privilégiée c'est d'inscrire les groupes ciblés dans une perspective globale : on va vraiment plus large que des services aux familles et aux enfants qui sont vulnérables, en situation de pauvreté. on met la personne dans sa famille, dans son milieu, dans sa communauté, dans sa province, dans son pays, vraiment on essaie d'y aller large (09 : 17). Ce qui est visé ce n'est pas l'unité familiale, mais l'environnement dans lequel celle-ci évolue : un environnement favorable, c'est ce qui peut permettre le développement sain et harmonieux d'une famille dans une communauté donnée (...) d'une famille qui habite dans un territoire socio-économiquement défavorisé (04 : 5).

C'est une approche d'autant plus indiquée que le milieu communautaire, tout en répondant aux problématiques de pauvreté, ne limite pas son offre de services à des populations ciblées :

...des clientèles ciblées, des facteurs de risque, des clientèles particulières, ça ne correspond pas toujours à la réalité d'une communauté (...). Parce qu'ils n'arrivent pas en terrain vierge ces programmes-là. Et puis je dirais aussi que ce qui constitue un problème pour une communauté ce ne sont pas nécessairement les facteurs de vulnérabilité (...). Qu'il y ait de la place pour une lecture locale, c'est, à mon sens, important. C'est plus qu'important, c'est essentiel (02 : 14).

Ainsi dans ce milieu parce qu'il y a beaucoup de naissances sur le territoire, ça amène qu'il y a beaucoup d'organismes en petite enfance, donc il y a une richesse au niveau de la communauté en petite enfance (02 : 15). Les groupes communautaires et le CLSC peuvent donc se permettre d'ouvrir leurs interventions en incluant les familles ciblées

dans des actions destinées à l'ensemble du milieu dans le cadre de la composante création d'un environnement favorable, où là c'est clairement dit, cela doit se faire dans le cadre d'actions intersectorielles, dans et avec la communauté (02 : 2).

L'ultime difficulté avec les populations dites vulnérables demeure de les associer à la démarche du programme : ce sont des programmes pour eux autres, comment on fait pour les rejoindre, pour les impliquer ? Ça, c'est un casse-tête (02 :14). C'est d'autant plus compliqué que le programme n'est parfois pas ajusté aux réalités des populations que la santé publique considère comme « clientèles vulnérables » ainsi 0-5-30 Combinaison/Prévention est un programme qui peut s'adapter à plusieurs clientèles, mais qui est difficilement applicable aux démunis, aux gens qui n'ont pas de sous (07 : 11).

S'ajoute aussi le fait que les collègues intervenantes et intervenants des CSSS y croient difficilement :

j'ai eu des réponses que mes intervenants me donnaient, en voulant dire qu'ils ne croyaient pas que cette clientèle-là pouvait aller vers des ressources communautaires parce que ce sont des gens bien trop vulnérables. « Déjà qu'on a de la misère à les avoir dans le programme SIPPE, n'essaie pas les envoyer dans les ressources communautaires » (03 : 23).

Du côté des gens concernés, il y a souvent un bagage d'expériences avec les institutions qui accroît leur méfiance à l'égard des programmes :

c'était difficile pour les intervenants d'envoyer de la clientèle vers le programme. Les premières approches pour aller vers cette clientèle-là... les infirmières des fois étaient très bien acceptées, mais lorsque c'étaient des travailleurs sociaux qui voulaient intervenir, il y avait des gens qui avaient des mauvaises expériences avec des travailleurs sociaux qu'ils avaient rencontrés en scolaire (03 : 4).

Comme il s'agit de familles et de personnes souvent stigmatisées dans leur milieu, il y a une méfiance voire une réaction vigoureuse aux actions « humanitaires » : *On a une Saint-Vincent-de-Paul où il y a beaucoup plus de préjugés. On a remarqué ça parce qu'on a fait affaire avec eux au niveau du programme SIPPE : la jeune famille a dit « Ramène moi plus jamais cette ressource-là à la maison ! » (03 : 17).* Une des conditions pour rejoindre les populations ciblées par les PSP c'est le renouvellement des mentalités pour passer de la relation d'aide à des solutions innovantes qui permettent aux personnes démunies de participer à la réponse à leurs besoins. Cela veut dire, par

exemple, passer du « *On vous subventionne pour donner [du dépannage] à nos gens en difficulté* » à « *L'usufruit du travail mérite d'être récompensé. (...) Même si les fraises nous arrivent gratuitement, s'ils les transforment dans un pot Masson, on peut les vendre (12 : 2)* ».

3.2.5 S'approprier localement les PSP?

Au-delà de la réponse aux besoins du milieu, la visée de l'organisation communautaire c'est que le milieu s'approprie la démarche d'action communautaire des PSP :

école en santé, ça vise une approche communautaire pour que ça ne dépende pas des personnes qui passent (...). Ça veut s'inscrire dans le milieu de façon à susciter la participation, pour que les gens le voient dans leur milieu, si on veut qu'ils continuent à le porter (...). Toujours au profit du jeune qui est au cœur de ça, que ça vise une implication de tout le monde qui gravite autour pour être plus cohérents (05 : 22).

L'objectif c'est donc que les gens du milieu se sentent leaders de cette approche-là. (...) et puis de sortir de la relation de l'extérieur offre/demande (05 : 10). Il est possible d'y arriver quand les conditions sont réunies :

avant on s'appelait la Table SIPPE et puis là on a décidé de changer de nom, parce qu'on trouvait que c'était trop collé sur la santé publique. Donc maintenant c'est le Comité de ressources pour les jeunes familles (...). À l'automne, nous sommes partis en autobus avec une vingtaine de familles pour leur montrer où étaient les ressources. C'était carrément un projet de la Table, c'était leur projet, il n'y avait pas de sous impliqués là-dedans, ils ont tout commandité ça. Donc je me dis, là, on est clairement plus dans l'appropriation par la communauté (02 : 11).

Dans le meilleur des cas, cette appropriation ou plutôt sa pérennité demeure une question ouverte, dans la mesure où il n'est pas évident de savoir comment le milieu peut fonctionner en se passant de soutien professionnel :

je ne suis pas sûre que c'est viable en dehors de l'établissement, parce que ça s'appuie toujours sur un programme de santé publique et puis comme là on est dans un équilibre où ça fait l'affaire du CLSC qu'on soit très présents, où ça fait l'affaire des groupes communautaires qu'on soit très présents, le jour où on se retire, il arrive quoi ? Puis en termes de volonté d'empowerment, des fois, je suis pas sûre (02 : 10-11).

La question se pose avec d'autant plus d'acuité que les partenaires ne sont pas nécessairement stables : *Les gens ont participé à des formations, le directeur et une enseignante. Mais le directeur en question change d'école (...) on m'a dit qu'il y avait*

cinquante pour cent des directions d'écoles qui changeaient de chaise cet automne (08 : 10).

Comme dans n'importe quelle pratique communautaire, le processus de prise de pouvoir sur une situation collective est souvent plus complexe dans les faits que sur papier. La meilleure planification d'intervention est soumise à des aléas que seule la durée permet de surmonter. L'approche École en santé dispose de documents de grande qualité élaborés par l'INSPQ et ce sont des outils que les OC apprécient à leur juste valeur.

Ce qu'ils déplorent ce sont les situations où l'on sous-estime les exigences de la nécessaire ré-appropriation locale :... *c'est comme trop beau, on ne pourra jamais arriver à ça. C'est bien beau sur papier, mais il faut le faire dans le concret (08 : 13).* Ou pour reprendre l'expression d'une autre intervenante :

les outils sont beaux en maudit! Ils sont vraiment bien faits, il y a du monde qui a cogité là-dessus. Ça te fait des beaux portraits en couleurs pour te dire c'est quoi la situation de ton école. Sauf que, je pense, si tu sors ça devant une direction d'école, elle se sauve en courant ou elle te met à la porte (...) tant qu'on est dans la réalité où les écoles –et tout le monde!– manquent de temps, qu'elles ne sont pas sûres tant que ça que c'est une priorité, ben ... (05 : 20).

L'adhésion à une approche communautaire des situations ne va pas de soi. Dans un contexte social fortement marqué par l'individualisation et la consommation, la tendance à considérer les situations du point de vue psycho-social prédomine. Pour faire de la place à l'action collective, il faut y mettre le temps, ajuster les démarches au niveau d'adhésion et à la culture des partenaires : *Pour qu'il y ait un suivi, une continuité, ça prend, à mon avis, un soutien (...). Est-ce que c'est suffisamment convivial pour que les gens aient le goût de s'approprier ça, d'aller plus loin là-dedans (06 : 6) ?*

Est-ce qu'un démarrage intensif permet d'imprimer assez d'élan à un programme pour le pérenniser? C'est le pari qui a été fait dans une commission scolaire pour la mise en place de l'approche École en santé :

ils ont eu des gens qui ont été engagés conjointement par les CSSS et les commissions scolaires, ils ont démarré toutes les écoles en même temps, les quatre CSSS là-bas. Quelqu'un qui est engagé donc, par deux CSSS avec la commission scolaire à trois, quatre jours par semaine là-dessus. Ça a fait une avancée beaucoup plus rapide. Les commissions scolaires, en étant d'accord pour engager conjointement, c'est sûr qu'elles se sont plus impliquées. Sauf que, ça finit là. Ils ont tous mis les œufs dans le même panier : ils ont fait un an intensif et après ça, il faut que les écoles continuent ça... Il n'y a plus de soutien (05 : 13).

Il sera intéressant de vérifier dans les années qui viennent, si les milieux se seront suffisamment appropriés l'approche pour l'intégrer à leurs façons de faire et la pérenniser.

Le renforcement des acquis fait aussi partie des moyens d'ancrer les programmes dans la réalité du milieu. Dans une région rurale, les médias locaux publient une photo des groupes qui célèbrent la réalisation du programme PIED au terme des douze semaines d'activités :

les gens sont quand même fiers, ce sont de belles réalisations, je trouve, de belles implications. Ça fait qu'on les souligne (10 : 9). Le résultat c'est une sorte d'émulation entre les petites communautés locales qui soutiennent les groupes issus du programme où l'on continue à faire des exercices appris avec les spécialistes.

3.3 La gestion des approches et programmes

Le troisième angle d'analyse des pratiques communautaires dans les PSP qui se dégage des entrevues est celui de l'encadrement et de la gestion. Une première dimension renvoie à la place de l'approche communautaire⁵ dans les CSSS qui n'a rien d'évident en dépit de quelques décennies de travail en CLSC et de la responsabilité populationnelle qui leur est confiée. Mais ce que les entrevues ont le mieux documenté c'est le rôle déterminant des cadres de l'établissement et des agents des directions régionales de la santé publique et la perception d'une certaine inconsistance au niveau du MSSS.

3.3.1 L'approche communautaire dans les CSSS

Sortir de l'établissement établit un nouveau type de rapports entre les intervenants et les gens de la communauté. Les OC rencontrés déplorent que leurs collègues n'aient pas suffisamment l'occasion de se familiariser avec le milieu, *de travailler sur le plancher (10 : 15)*. Les programmes de promotion de la santé sont une bonne occasion de le faire :

je trouve que les intervenants ne sortent pas beaucoup des CLSC et je trouve que ça manque, en quelque part. Les gens, quand ils nous connaissent dans la communauté, dans des projets, dans des comités, peu importe, ça tisse des liens différents que de nous voir au CLSC dans nos bureaux, etc (10 : 9).

⁵ Le terme est utilisé ici dans le sens que lui donne Pauline Gingras (1988 : 61) : *Avec l'approche communautaire, tous les intervenants sont appelés à composer avec les ressources du milieu. (...) C'est la reconnaissance des possibilités des individus et des groupes d'être partenaires dans la recherche de solution aux problèmes sociaux.*

Mais la culture d'établissement pèse parfois d'un grand poids dans les pratiques intersectorielles. Les remarques sur les milieux scolaires qui ne manifestaient guère d'ouverture à la communauté vaudraient aussi pour certaines équipes en CSSS. La légitimité institutionnelle amène parfois à faire peu de cas des exigences partenariales :

Je me suis aperçu avec le temps que les organismes communautaires avaient de la difficulté à participer aux rencontres de la Table parce que les sujets qui se retrouvent au niveau de la Table intersectorielle ne devraient pas nécessairement se retrouver là : on parlait beaucoup de transport, de petites choses qui devraient se faire en dehors de la Table, de détails techniques. C'était rendu que ça prenait vraiment toute la place... (...). On est plus de gens du CLSC que des ressources communautaires autour de la Table (03 : 5.10).

Plusieurs professionnels sont davantage des gens qui ont une approche clinique individuelle (06 : 6). Même en travail social, ils n'ont pas nécessairement le bagage requis pour travailler avec une approche communautaire. Pour plusieurs travailler dans le milieu c'est en utiliser les ressources comme complément de leur propre intervention :

ils ont mis sur pied une table intersectorielle parce que dans le programme, c'était marqué qu'il fallait en avoir une. Ils sont allés chercher des ressources proches, tout ce qui touchait à l'individuel se retrouvait au niveau de la Table intersectorielle. Mais les gens en dehors, les ressources en dehors de l'individuel, on ne les retrouve pas (03 : 14-15).

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'on déplore le fait que *Les groupes ne sont pas impliqués comme tel dans la gestion du programme (06 : 4)*. Le rôle d'agent de liaison n'est pas simple et il arrive que l'OC doive porter le poids des «relations tendues» entre l'établissement et le milieu : *On a des comptes à rendre aussi au niveau de la coordonnatrice, parce que ses intervenants sont là : si tu fais quelque chose de croche, tu vas le savoir (...). Moi je trouve qu'on fait tampon (...) qui empêche les frictions, moi je me vois un peu comme ça (03 : 27) !*

D'autant que les impératifs de performance créent un contexte de compétition aussi bien du côté de l'établissement –*Une famille qui est vue au CLSC, ça donne une statistique ; la même famille qui est vue par un groupe, ça n'en donne pas. (02 : 9-10)*– que du côté des groupes tel cette coordonnatrice qui, ayant de la difficulté à recruter, *avait beaucoup misé sur ce partenariat, l'arrivée de cette table-là. Elle s'attendait à ce que la clientèle se ramasse chez elle (03 : 3-6).*

Il faudrait nuancer ces remarques sur l'approche communautaire par celles nettement plus positives sur le partenariat (voir section 2.1) : quand les relations sont bonnes, on ne déplore pas un manque d'ouverture au milieu de la part des intervenantes et intervenants du CSSS. Mais il faut aussi constater les limites avec lesquelles il faut composer pour mettre en place une instance de concertation entre un établissement et des ressources communautaires.

3.3.2 Le soutien de l'établissement

Les cadres ont une contribution déterminante pour que l'organisation communautaire puisse jouer son rôle dans les programmes :

Ce sur quoi l'établissement se fie ici, c'est «Est-ce que ça donne des services à la communauté ? Est-ce que, en bout de ligne, les familles sont mieux desservies ? Et est-ce que les partenaires sont contents (02 : 9)». Un tel encadrement est vécu comme un soutien effectif à la dimension communautaire des PSP et une marque de confiance envers l'OC :

la principale orientation que je pouvais avoir, c'était : «Essaye de suivre les écoles, d'adapter et puis, bon, d'étirer, de nuancer, mais tout est possible». (...) je pense qu'elle me faisait confiance. J'avais vraiment la marge de pouvoir l'orienter, (...) pourtant, c'est sûr que dans l'entente de gestion avec l'Agence, il y en a des problématiques identifiées (05 : 9).

Ce soutien à l'autonomie de l'OC a souvent été évoqué au niveau des modes de gestion des budgets. On a mentionné le fait, par exemple, que les cadres trouvent les moyens de préserver les budgets qui ne sont pas encore utilisés parce que le rythme de la concertation ne l'a pas permis (entrevue 02) ou d'allouer des fonds non utilisés pour des projets communautaires autrement orphelins (entrevue 07) : *si l'établissement avait paniqué en disant «Non là, on ne prend pas de risque», je ne suis pas sûre qu'on aurait le même partenariat qu'on a là (02 : 13)».*

Les rapports de confiance sont un indice que les cadres comprennent les impératifs des pratiques d'organisation communautaire. C'est l'attente exprimée de diverses façons en réponse à la question des facteurs de réussite : *que les cadres comprennent mieux ce que ça peut être l'organisation communautaire, qu'on n'a pas un client mais un ensemble d'acteurs (09 : 15).* Lorsqu'ils en sont conscients, leurs évaluations de la réussite des PSP dépassent les statistiques et les données quantitatives :

un des facteurs qui peuvent expliquer pourquoi ça va bien, c'est la compréhension que les gestionnaires en ont de ce programme-là parce qu'ils nous laissent eux aussi beaucoup de marge de manœuvre et ils sont contents de ce que ça crée avec la communauté. Je pense entre autres à la définition de la clientèle : (...) pour [rejoindre] quarante-quatre personnes, réunir une quinzaine de partenaires autour d'une table -des partenaires qui sont déjà très sollicités-, quand tu regardes ça froidement c'est... c'est beaucoup d'investissement (02 : 5).

La connaissance qu'ils ont du milieu facilite aussi leur rapport à l'action communautaire : *Ma directrice a une belle ouverture et elle comprend bien les réalités d'ici, tu sais, c'est une personne qui vient d'ici. Elle s'implique même dans certains projets et certaines tables de concertation au niveau du développement de certains projets (10 : 12).*

On apprécie qu'ils aient une juste mesure des acquis du travail communautaire : *...je pense que l'avantage qu'on a, c'est que nos cadres sont sensibles à cette réalité-là, que la concertation que l'on a mise en place depuis des années elle sert à notre direction (11 : 14).*

À l'inverse, il faut parfois discuter, rappeler qu'*En CLSC, quand on regarde notre mission première, tu sais, notre vraie mission, on est pas là pour le monsieur qui est capable d'aller s'en chercher, des fruits et des légumes, et qui est capable d'aller au gym! Tu sais des fois il faut que je me batte avec mon gestionnaire pour lui rappeler (07 : 14).*

On n'attend pas nécessairement que les cadres soient experts sur les enjeux communautaires, mais qu'ils soient ouverts à cette dimension de l'intervention et qu'ils reconnaissent avoir besoin sur ce terrain de l'expertise des OC :

[les chefs de programme] ne sont pas là depuis nécessairement très longtemps. Elles n'ont pas nécessairement des connaissances approfondies des volets intersectoriels, du volet communautaire. Alors, elles se rabattent un peu sur l'organisation communautaire pour dire : « Bon là, donnez-nous un coup de main, on a besoin de vous autres » (...) il y a une ouverture aux collaborations avec le réseau communautaire. Oui, il y a une ouverture : on la connaît et elle est reconnue (04 : 7).

La mise en place des CSSS avec le brassage que cela entraîne dans les organigrammes et l'encadrement préoccupe toutes les personnes rencontrées en entrevue :

avec les grosses structures que sont les CSSS, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui méconnaissent concrètement la tâche d'un organisateur communautaire, le rôle d'un organisateur communautaire et moi je pense qu'il y a un travail interne colossal à faire actuellement pour mobiliser les gens, sensibiliser les gens (06 : 14).

L'instabilité du personnel est toujours un facteur de freinage dans la mise en place de programmes qui exigent une durée d'intervention, c'est notamment le cas lorsqu'il y a vacance dans un poste d'OC (03 : 3), mais c'est particulièrement préoccupant au niveau de la mouvance des cadres : *avec la fusion, ce sont des cadres qui ne sont pas encore des vrais cadres : ils sont nommés mais ils ne sont pas encore assis là, ils viennent s'asseoir quand c'est vraiment, vraiment important...* (09 : 15).

Certains estiment toutefois que la responsabilité populationnelle devrait inciter les directions à s'intéresser davantage aux exigences de l'action communautaires :

Dans plusieurs établissements, il y a des cadres qui ne savent pas c'est quoi du développement, du planning, ces choses-là c'est comme de l'inconnu. Tout le travail avec la communauté. Mais leur responsabilité populationnelle fait en sorte qu'il faut qu'ils aient des leviers intéressants pour développer, mettre en place et rendre des comptes de cette responsabilité-là (11 : 13).

En même temps, la Santé publique, en dépit de son caractère «transversal» n'est pas le programme le plus déterminant dans les CSSS : *mon patron, moi, a deux programmes différents, donc il a déjà beaucoup, beaucoup d'ouvrages et les dossiers de santé publique lui sont attribués comme en surplus. (...) moi, avec ma problématique de 0-5-30 qui débarque dans son bureau, je suis sa onzième préoccupation* (07 : 16).

3.3.3 Le soutien de la DSP régionale

Les rapports avec la direction régionale de la santé publique varient selon les régions et, si les rapports sont parfois tendus, la majorité des remarques pointe vers des rapports non seulement harmonieux, mais stimulants entre les agents de santé publique et les OC :

un programme de santé publique en planning, un pur, là tu sais, c'est «des experts qui possèdent la connaissance et qui vont aller la livrer sur le terrain.» Je pense que, en tout cas ce que j'en vois de notre santé publique, c'est pas de cette façon-là qu'ils veulent travailler, donc ils font un effort, eux autres, de s'ajuster aux réalités des milieux : ils ont une écoute, ils ont une réceptivité à ce que je peux leur proposer comme démarche (11 : 8).

Il y a une ouverture quant à la façon de réaliser les PSP qui laisse aux OC un net sentiment d'autonomie professionnelle :

oui, on a beaucoup, beaucoup de latitude, beaucoup d'autonomie par rapport à comment on oriente les suivis ou les façons de faire ou d'utiliser les outils, justement. Et je pense qu'on l'a peu importe les projets dans lesquels on

s'implique. En développement, ici, il y a beaucoup d'ouverture par rapport à ça. Au niveau de l'Agence, j'ai toujours senti de l'ouverture, la possibilité d'amélioration (10 : 8).

La participation d'un agent de la DSP aux rencontres de table intersectorielle ou leur contribution à des tâches terrain (préparation d'une enquête, préparation d'une présentation en diapositives, etc.) sont des expériences qui confirment ces rapports de collaboration.

Plusieurs notent même une complicité des agents avec lesquels ils travaillent, en regard de l'évaluation des programmes : *le rôle des personnes qui sont à notre niveau, c'est vraiment de défendre ce qui se fait au niveau local. (01 : 5); la personne avec qui je suis plus en lien à l'Agence, oui je considère qu'elle partage cette vision-là (02 : 6); j'ai une étroite collaboration avec la Direction de la santé publique (07 : 6); l'Agence a beaucoup de respect pour les milieux (08 : 14).* Dans l'une des entrevues on mentionne même que la DSP apprend des OC : *l'autre chose dont nous nous sommes rendu compte, c'est (...) que la DSP apprend bien des organisateurs communautaires ! C'est un docteur, dans le fond, qui a catché ça vite et puis elle (...) pose les vraies questions avec son analyse, sa grille d'analyse (12 : 3-4).*

Les rencontres régionales d'OC organisées par les agents de la DSP sont aussi perçues très positivement dans la mesure où elles permettent une mise en commun des pratiques : *c'est presque une communauté de pratique : on partage nos bons coups ensemble, on se supporte, on prend des idées. (11 : 6); Moi, j'apprends beaucoup des expériences des autres et je trouve ça le fun aussi de ramener ça à la Table (09 : 9); ça devient là du soutien entre pairs (12 : 14).* Dans au moins une région il y a une expérience de co-animation des rencontres, les intervenantes participant à la préparation des thématiques sur lesquelles elles souhaitent échanger (09 : 9).

La mise en commun *des bons coups* n'est cependant pas sans susciter des inquiétudes : *le problème c'est ça, c'est quand ça devient des recettes (02 : 14) :*

ma crainte, c'est toujours qu'à un moment donné, comme il y a des succès et qu'on est dans une ère de données probantes et de best practices, [on n'en arrive à dire :] « Regarde eux autres ils ont une table qui marche comme ça, pourquoi on ne généralise pas ? ». Ça je trouve que ce serait une erreur tellement majeure : c'est ma crainte quand il y a des belles réussites dans ces programmes-là (02 : 4, 5).

Au fond, l'espoir c'est que se maintienne l'ouverture qui permet de franches collaborations entre la DSP et les OC, une ouverture que la formalisation des processus au nom des meilleures pratiques ne devrait pas toucher.

Dans d'autres régions cependant la situation est nettement plus difficile soit parce que la direction de santé publique se fait plus contraignante : *le programme est quand même assez déterminé.*

L'Agence est là, on a des comptes à rendre. (03 : 27); soit parce que la collaboration ne se concrétise pas : il n'y a jamais d'argent. Ils nous disent « Il y a un budget de réservé, mais tant que vous n'aurez pas atteint tout ça, on ne vous donne pas l'argent (05 : 12) » Lorsqu'un programme est mis en place et que les intervenants ont le sentiment de recevoir une commande, ils n'ont guère d'estime pour la DSP : *je sais aussi qu'ici, au niveau du programme, on manquait d'outils au départ. Les intervenants qui m'en ont parlé, ont dit que le programme avait été lancé comme ça : « Allez, débrouillez-vous ! » (03 : 13). Les discours ne suffisent pas : Ils nous rencontrent aussi, toutes les personnes qui travaillent dans la région, pour voir comment ça se passe en nous disant qu'ils sont là pour nous soutenir; moi je trouve pas toujours (05 : 12).*

La situation la plus difficile c'est quand une DSP ne croit pas au développement des communautés. Les OC ont le sentiment d'être réduits à servir de cheval de Troie pour que la santé publique puisse investir un milieu :

notre directeur de santé publique, dans notre région, c'est vraiment pas facile et puis l'approche communautaire, le développement des communautés, pour lui, c'est vraiment pas... ça n'a pas de place en santé et puis ça ne donne rien. Donc lui, même, l'approche École en santé, (...) « vous nous faites le chemin et puis on rentre avec ça! » Si c'est pour ouvrir la porte, c'est correct (05 : 16).

3.3.4 L'impact d'une inconsistance de la part du MSSS

L'argument le plus pertinent pour l'établissement de programmes à l'échelle nationale c'est certainement la cohésion des pratiques autour de priorités choisies. Or actuellement cela ne se vérifie pas toujours dans les pratiques ministérielles. Dans toutes les entrevues où il a été question de l'approche École en santé, il a été fait mention de l'entente du MSSS avec la Fondation Chagnon en prévision de laquelle le ministre de la Santé et des Services sociaux a soumis à l'Assemblée nationale le Projet de loi 1, *Loi instituant le fonds pour la promotion de saines habitudes de vie*, (*Le Courrier parlementaire* ©, <http://www.courrierparlementaire.com/JNLM/frameslcp.lasso>, 07.06.01).

Un protocole d'entente a été signé le 5 juin 2007 entre le ministre et la Fondation par lequel les *partenaires* définissent la mission qu'ils confient à une Société de gestion du Fonds pour la période du 5 juin 2007 au 1^{er} avril 2017.⁶

Pour les OC engagés dans la mise en œuvre de l'approche École en santé ce geste ne les aidera pas : *l'entente que le Ministère a signée avec la Fondation Chagnon, les saines habitudes de vie, on n'aurait pas pu intégrer ça à École en santé? Tu sais, ça vient encore tout éparpiller l'énergie parce que là, ça va être des appels d'offre, ça va être par projet (08 : 5)*. Non seulement c'est un organisme privé qui, grâce à ses ressources financières, établit de fait une priorité de santé publique, mais ce nouveau programme vient court-circuiter sur le terrain la mise en place de l'approche convenue entre le MELS et le MSSS : *il y a le plan avec la Fondation Chagnon : il y a de l'argent! Et puis après ça, toi tu essaies de vendre... des idées (05 : 15)*. Cette initiative d'en haut va faire en sorte que les milieux d'intervention vont investir leurs énergies pour *aller chercher de l'argent au lieu de penser à répondre à des problématiques de milieu (08 : 12)*.

Les dysfonctionnements ne se situent pas seulement au niveau national. On mentionne par exemple que dans une région on demande *que tout ce qui va se passer dans les écoles passe par École en santé, mais pendant ce temps-là à l'Agence, ils essayent de parachuter par plein de portes différentes, plein de choses aux écoles, contournant l'intervention des OC (05 : 15)*.

⁶ Le texte du *Protocole d'entente* qui circule sur la liste du RQIIAC porte la signature de André Chagnon et de Jean-Marc Chouinard, pour la Fondation Lucie et André Chagnon, et de Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux. Les projets de promotion devraient en vertu de ce protocole *faire appel à la mobilisation des leaders reconnus et influents de secteurs-clés afin de permettre l'identification des actions les plus porteuses de message et de changements importants dans les domaines des saines habitudes de vie* et viser à susciter *l'établissement de nouvelles normes significatives* (par. 2.10). L'entente s'appuie sur le principe *d'intervenir tôt sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie* (par.3.1) et *cherchera de façon accentuée à répondre aux populations vivant en situation de pauvreté* (par.3.3). Quant aux projets retenus ils répondront notamment aux caractéristiques des *meilleures pratiques* (par.5.10), ayant un *caractère mesurable* (par. 5.4) et présentant un potentiel de *pérennisation* (par.5.6) et de *généralisation* (par. 5.7).

4. PISTES POUR UN MEILLEUR ARRIMAGE ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE EN CSSS

La question qui nous a guidée, c'est la recherche des conditions requises pour que la démarche d'organisation communautaire dans les programmes de santé publique puisse contribuer à l'*empowerment* des communautés et s'actualiser dans une perspective de développement des communautés. Notre cadre conceptuel propose de chercher la réponse du côté des ouvertures à la participation citoyenne dans les programmes et approches de santé publique (PSP). Au terme de notre analyse, il convient d'abord d'en reconnaître les limites. Les contraintes de temps et les limites dans la collecte des données font en sorte que cette recherche ne permet pas de montrer si et comment, dans la mise en œuvre des PSP, les OC réussissent à en faire des démarches socio-institutionnelles participatives *à travers un dialogue et un processus d'apprentissage mutuel qui aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir.* (Bourque et Lachapelle, 2007 : 109). Pour aller plus avant dans cette direction, il faudrait étudier des pratiques que des OC considèrent réussies, pour mettre en évidence comment se concrétise la participation des populations dites à risque de vulnérabilité. Cela dépassait nettement le mandat que nous avons reçu.

Nous avons néanmoins rencontré suffisamment d'OC expérimentés estimant que leurs pratiques ont réussi à transformer en action partenariale dans le milieu une commande de création d'environnement favorable au changement des habitudes de vie, pour tenter d'établir les conditions d'une telle inscription des PSP dans les réalités locales.

Nous avons regroupé nos constatations autour de trois thématiques. D'abord nous voulons préciser la part faite à l'organisation communautaire dans les PSP. Les attentes de la santé publique vont-elles dans le sens d'accompagner des citoyens en action ou bien de desservir des clients? La réponse à cette question devrait nous permettre de préciser ce que signifie pour la profession la création de postes sur la base des budgets alloués à ces programmes. Ensuite nous tenterons d'identifier les conditions de succès d'une approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP : quelle place y est faite aux valeurs de participation démocratique, d'*empowerment* communautaire et de transformation sociale? Enfin nous aborderons l'encadrement des interventions des organisations communautaires comme facteur d'une contribution réussie.

4.1 La part faite à l'organisation communautaire dans les PSP

Les SIPPE et l'approche École en santé prévoient dans leurs cadres de référence la contribution de l'organisation communautaire. La mise en place de tels programmes permet le maintien voire une légère croissance des postes en organisation communautaire du fait des budgets dédiés à cette fin dans les PSP. Le Cadre de référence du RQIIAC reconnaît un modèle de pratique basé sur plusieurs approches qui *permet d'englober un large spectre de pratiques d'organisation communautaire* (Lachapelle, 2003 : 20). L'approche socio-institutionnelle participative que nous avons retenue dans le cadre conceptuel de cette recherche, relève donc d'emblée de l'organisation communautaire. Reste à voir comment et à quelles conditions elle est mise en œuvre dans les PSP.

La fraction du temps de travail réservée à l'intervention communautaire dans un programme indique que la contribution des OC aux PSP constitue le plus souvent une partie seulement de leurs tâches. Cette mixité de pratique 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 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. Il nous semble avoir rencontré un consensus sur le fait que les OC doivent avoir d'autres dossiers que les PSP dans leur charge de travail. Il faut donc souhaiter que perdure l'actuelle situation où les OC n'assument pas seulement des PSP, mais sont aussi affectés à d'autres interventions territorialisées qui relèvent davantage du développement de la communauté.

Dans la même foulée, plusieurs ont exprimé leurs convictions que l'expérience professionnelle et le soutien voire le mentorat de collègues expérimentés sont des facteurs importants de la capacité pour une intervenante ou un intervenant de passer d'une commande à une action de développement de communauté. Cela vient, pour les uns, de la reconnaissance acquise dans l'établissement et le milieu qui fournit les moyens d'un rapport critique et créatif aux PSP. Pour les autres, l'expérience permet de faire passer la définition des actions d'une approche de groupe visant le changement des habitudes de vie individuelles à une approche communautaire visant le changement

social et l'action sur les déterminants socio-économiques de la santé, de telle sorte que les pratiques ne sont pas déterminées par les directions de santé publique, mais réalisées en alliance avec elles.

Malgré tout la santé publique ne jouit pas toujours d'une bonne réputation dans les rangs des OC. Plusieurs estiment que les PSP ne permettent pas de faire vraiment de l'organisation communautaire et certaines attentes qui sont davantage d'ordre instrumental et technique, dans le programme PIED par exemple, leur donnent raison. Est-ce que ce serait lié à la perspective d'intervenir strictement sur les habitudes de vie sans toucher aux déterminants de la santé qui concernent les conditions de vie des populations? En portant toute l'attention sur les individus que l'on souhaite responsabiliser en regard de leur santé, on néglige ou plutôt on ne met pas en œuvre les puissants leviers éducatifs (*empowerment* individuel) que permet l'action collective et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Dans leur définition même, certains programmes –notamment pour ce qui est de notre recherche les programmes PIED et 0-5-30 Combinaison/Prévention– ne font pas de place à l'organisation communautaire sinon de façon instrumentale pour mettre à profit les contacts des OC dans leur milieu. Il y aurait facilement dans certains programmes l'espace requis pour développer une véritable intervention communautaire, mais *il faut nous demander* s'il est opportun d'y prévoir une contribution en organisation communautaire à moins qu'il ne s'agisse d'une priorité que se donne le milieu. Dans ce cas, il faudrait obtenir un engagement à élargir la dimension communautaire et la contribution du milieu à la définition du programme. En cas contraire, il faudrait que certains programmes confiés à des OC soient dévolus à d'autres intervenantes et intervenants sensibilisés à l'approche communautaire.

Les OC sont disposés à agir comme agents de liaison entre le milieu et les instances de santé publique. D'une part pour en faire profiter leur milieu, mais aussi parce que, en règle générale, ils partagent les buts énoncés par les programmes et ils apprécient une approche comme École en santé. Ils sont prêts à mettre au service des PSP leurs connaissances du milieu et de ses dynamiques, et même à investir leur légitimité professionnelle, l'influence qu'ils ont développée dans le milieu, pour la réussite des programmes.

Nous en avons eu plusieurs fois l'expression dans les entrevues. Plusieurs des critiques formulées à l'égard des PSP sont même l'expression d'une déception devant le fait que des visées intéressantes ou de bonnes occasions de mobilisation soient sacrifiées à des impératifs administratifs et externes de résultats à court terme. Lorsque l'encadrement ou l'enracinement dans le milieu le permet, certains n'hésitent pas à être créatifs par rapport aux normes des programmes pour que ceux-ci s'ajustent mieux aux réalités locales et apportent des avantages communautaires.

Une remarque souvent entendue porte sur les exigences d'une démarche patiente. Par exemple, pour en arriver à ce qu'une institution comme l'école entreprenne une démarche d'analyse de ses pratiques d'un point de vue alliant éducation, santé et bien-être, il y a des preuves à faire de la rentabilité d'un tel investissement. Il faut prendre le temps de travailler avec les préoccupations et les intérêts du milieu pour développer des collaborations avec les leaders capables de le faire bouger. Pour un ou une OC, la possibilité pour le milieu de définir lui-même le changement est un critère de base : les expertises qui soutiennent ce processus endogène sont bienvenues; celles qui prétendent avoir les réponses à des questions que le milieu ne se pose pas ne le sont pas.

L'ouverture des PSP à une prise en compte des réalités locales suscite les commentaires les plus positifs quant à la collaboration des OC avec la santé publique. À l'inverse, la prescription de modalités inquiète. Par exemple, on considère discutable l'exigence de créer une structure intersectorielle dans un milieu où il y a déjà une instance locale de concertation. Une compréhension microsociale de l'intersectorialité comme le strict arrimage de services autour d'individus ne permet pas d'inscrire un programme dans le développement communautaire local. L'intersectorialité souhaitée des instances administratives de l'État n'est pas nécessairement efficace dans un milieu où jouent davantage les appartenances et les complicités déjà établies dans les mécanismes locaux de travail collectif. La réalité d'un milieu local ne se découpe pas pour les gens qui l'habitent, en problématiques sectorielles. Les perspectives globales s'imposent d'elles-mêmes.

Enfin, il faut mentionner l'inquiétude de plusieurs quant à l'avenir des territoires de CLSC qui sont devenus au cours des trente dernières années des territoires d'appartenance et

donc aussi de mobilisation communautaire. Avec la fusion des établissements dans des CSSS dont le territoire répond davantage à des exigences administratives, le risque, déjà concrétisé dans certains établissements, c'est que les OC soient affectés à des programmes sans égard au territoire d'intervention. Ce type de spécialisation par programme entraîne non seulement une grande dépense de temps pour couvrir une plus grande région, mais aussi un éloignement des dynamiques locales qui permettent d'intervenir efficacement. Les PSP risquent de contribuer à cette tendance.

Ils contribueraient ainsi paradoxalement à affaiblir la capacité de mobilisation des milieux alors même qu'ils comptent sur ce savoir-faire pour atteindre leurs objectifs. Le fait que les OC ne soient pas des assignés exclusivement aux PSP permet de maintenir un enracinement local et une sensibilité aux spécificités du milieu, qui consolident la qualité de leur contribution aux PSP.

4.2 Conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP

Le cadre théorique de notre recherche spécifie que nous souhaitons qualifier l'approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP en vérifiant si *les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative*, ce qui peut se réaliser quand l'intervenant est en mesure de mettre en place *un dialogue et un processus d'apprentissage mutuel qui aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leurs pouvoirs* (Bourque et Lachapelle, 207 : 109).

La question que nous posons aux données recueillies dans l'enquête c'est de savoir si les PSP sont l'occasion d'un processus dans lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative dans le cadre d'un processus d'apprentissage mutuel des intervenants et des personnes «en situation de vulnérabilité».

Les entrevues ont mis en évidence que, du point de vue des OC, la capacité des PSP de répondre aux besoins du milieu constitue un test de vérité quant à leur efficacité. Toute la structure du programme doit être établie sur cette prémisse. L'enjeu d'associer les personnes que les programmes veulent rejoindre à la définition de leur mise en œuvre est moins évident.

Comment, par exemple, dans un programme SIPPE contrôlé par une équipe interdisciplinaire et une table intersectorielle associer au départ les jeunes familles que l'on souhaite rejoindre? 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 bien comprendre que souvent les familles ciblées ont à leur actif des expériences difficiles avec les intervenants professionnels : 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.

Les entrevues nous portent à croire que ce sont les organismes communautaires invités à la table intersectorielle qui pourraient 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. Ce niveau de participation est au cœur des rapports de pouvoir entre les experts et les personnes auxquelles s'adressent les PSP : il reste à documenter, à partir de pratiques concrètes, si le cadre des programmes réduit nécessairement personnes et communautés au statut d'objets ou s'il permet d'en faire des sujets de l'intervention.

De la même façon, dans l'approche École en santé, il ne serait guère approprié de recruter un étudiant ou une étudiante de service pour les tractations préliminaires à la mise en œuvre de l'approche, à moins qu'un conseil étudiant n'existe déjà dans l'école disposant ainsi de toute la légitimité requise pour assumer ce mandat. Ce hiatus pour une approche participative tient aux postulats de base de la plupart des PSP : intervenir intensivement auprès de personnes en situation de vulnérabilité plutôt que de milieux en situation problématique pour rejoindre ces mêmes personnes sur des bases collectives.

Les PSP inscrivent généralement l'intervention dans une relation d'aide plutôt que de mutualité, ce qui heurte le principe de *participation sociale au moyen de pratiques démocratiques* (Lachapelle, 2003 : 16). Comme dit le proverbe, « la main qui donne est toujours au-dessus de celle qui reçoit ! »

La participation est un passage obligé pour que les milieux puissent *prendre en charge le développement de leur communauté avec comme conséquence positive d'améliorer la santé et le bien-être de la population* (Lévesque, 2002 : 6). Sur le terrain, certaines interventions appellent une action transversale capable de prendre en compte plusieurs des déterminants sociaux de la santé qui jouent en même temps : le logement, la sécurité alimentaire, le transport, etc. La création d'environnements favorables ne suffit pas. Ce sont l'expertise et les possibilités d'action sur la base des territoires d'appartenance qui devraient alors prévaloir sur les particularités de programme.

Les PSP peuvent être l'occasion d'établir des partenariats réels en respectant les intérêts particuliers des organisations participantes tout en initiant une action concertée et des collaborations sur le terrain autour d'intérêts communs. La situation souhaitée en organisation communautaire c'est que ces intérêts communs soient définis en termes de buts et d'objectifs partagés. Une recherche menée en 2005 sur un autre programme de santé publique (le programme de soutien aux jeunes parents ou PSJP) indique que le partenariat demeure toutefois circonscrit à des éléments comme le choix des moyens (projets, activités, thèmes d'atelier, etc.), mais ne touche pas des éléments comme l'identification de l'enveloppe budgétaire destinée au communautaire, les services aux jeunes parents relevant du CLSC, ou encore moins les objectifs et les stratégies du PSJP lui-même (Bourque, 2007).

Il faut aussi reconnaître que le financement disponible dans les PSP est souvent le premier moteur de ralliement et de collaboration, dans la mesure où la gestion des fonds est transparente et équitable et que la compétition entre les partenaires autour d'une enveloppe restreinte n'est pas trop vive. Sur ce terrain le financement par projet, qui s'explique bien dans le cadre de programmes poursuivant leurs objectifs propres, est en contradiction avec les besoins en développement local. Le financement non récurrent par projet permet à l'État de garder le contrôle quant à la mise en place de nouveaux services d'intérêt public, lequel contrôle est légitime en termes de responsabilité ultime de

régulation des politiques publiques. Mais du point de vue de l'action communautaire, cela crée une contrainte lourde : il faut du temps pour réaliser des projets et aller au bout de l'expérimentation de nouvelles pratiques sociales. Il est rare que le financement de base des organismes, souvent en deçà des besoins, permette d'atteindre ce niveau de performance. Le financement par projets constitue donc un frein important pour les groupes.

Les OC sont préoccupés d'aider le milieu à aller chercher les ressources disponibles y compris dans les PSP, mais ils estiment qu'il ne leur revient pas d'en assurer la distribution compte tenu des liens professionnels de soutien qu'ils doivent maintenir avec les organisations du milieu. Les OC tiennent donc à ne pas être partie prenante des décisions financières et administratives relatives aux programmes. Sur ce terrain, la contribution des cadres est souvent évoquée comme l'avenue privilégiée pour que les OC puissent garder cette nécessaire distance professionnelle.

Les PSP installent dans les milieux des dynamiques susceptibles de durer lorsque les partenaires s'approprient les visées du programme⁷. C'est ce qui est visé avec l'approche École en santé : on parle d'une approche parce qu'entre les buts très généraux et les actions, la seule chose prévue est un processus d'action collective pour lequel on fournit des outils. Les ministères promoteurs de l'approche souhaitent au fond que se mette en place une façon globale de travailler basée sur la collaboration des partenaires. Cette approche est encore en phase d'implantation, il lui reste donc à faire ses preuves, c'est-à-dire franchir le cap d'une appropriation par le milieu. Le processus est toutefois confronté à des incohérences. D'abord, parce que l'école et son projet éducatif a une mainmise sur le démarrage de l'approche et peut de ce fait choisir de ne pas y associer les partenaires définis dans l'entente interministérielle. Ensuite, parce que les outils d'implantation sont trop complexes pour susciter l'adhésion des directions d'écoles selon l'opinion unanime des OC rencontrés. Enfin, parce que le ministère de la Santé et des

⁷ Notre collecte de données ne nous permet pas de vérifier si, comme le précise Bourque (2007 : 49) à propos des ententes de services dans le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), il s'agit souvent d'une démarche à sens unique dans laquelle *le quoi faire demeure l'apanage des décideurs, alors que le comment faire peut relever des acteurs qui n'ont pas de pouvoir sur les choix stratégiques*. Côté (2004 : 75 et 76) estime pour sa part que dans son CLSC, *les objectifs nationaux (...) sont plutôt envisagés comme des indications sur les sens à donner à l'action*. Cela permet de dégager une marge de manœuvre significative pour les actions à mener sur une base locale. Des recherches ultérieures pourraient se pencher sur ces questions afin de mieux qualifier le processus de participation et d'appropriation locale.

Services sociaux se trouve à contourner cette même entente avec le fonds pour la promotion de saines habitudes de vie. Cette entente conclue avec une fondation privée crée une diversion en rendant accessibles des fonds qui ne transitent pas par l'approche École en santé. Elle met donc en circulation un nouveau programme plus attrayant du fait du financement qui y est rattaché. De la même façon, une des directions régionales de santé publique contourne l'approche École en santé pour proposer des campagnes de prévention-promotion directement aux écoles.

Une condition importante non seulement pour développer le partenariat mais aussi pour l'appropriation par le milieu, c'est l'adhésion volontaire aux programmes. La volonté ministérielle affirmée ne suffit pas à rallier un milieu –la réaction des directions d'école à l'approche École en santé le démontre–, non plus que l'affirmation de l'importance de l'intersectorialité. Lorsque les instances déjà établies localement choisissent volontairement de s'engager dans un PSP, elles en font un moyen de leur propre démarche et en garantissent l'enracinement dans les conditions locales.

La culture locale de concertation constitue un acquis plus important à prendre en compte pour que les gens voient l'intérêt de collaborer aux buts poursuivis. En ce sens, les PSP ont avantage à profiter du caractère le plus souvent multisectoriel de l'action locale. Lorsque chaque ministère débarque dans les communautés pour proposer une concertation autour de ses propres objectifs, on crée sur le terrain le contraire de l'intersectorialité et on affaiblit en les multipliant les concertations locales. En même temps, il faut éviter de détourner ces concertations locales de leurs propres priorités ou de les submerger de nouvelles priorités qui leur fassent perdre leurs visées originales.

L'encadrement des interventions en organisation communautaire comme facteur de réussite

Les cadres de référence des PSP placent l'OC en position de liaison avec le milieu, entre les professionnels des CSSS, ceux des directions régionales de Santé publique et les groupes communautaires. C'est une position que les OC ont l'habitude d'occuper, mais qui n'est pas toujours confortable. L'approche communautaire de la santé et du bien-être, même après quelques décennies d'intervention en CLSC, n'est pas un acquis pour tous. Les établissements de santé et de services sociaux sont des institutions.

À ce titre ils sont en position dominante par rapport à beaucoup d'organismes locaux. Le personnel intériorise aisément cette position sans en être toujours conscient. La formation des professionnels, même en travail social ne les prépare pas nécessairement à collaborer avec les groupes communautaires. Il y a donc du travail à faire pour développer des rapports de confiance avec des partenaires en action communautaire.

Le regroupement des CLSC dans les CSSS a modifié la position de la promotion de la santé et de la prévention dans les établissements. Les impératifs médicaux et de l'hébergement prennent le pas non seulement en volume, mais aussi en requêtes de temps dans les processus de gestion. La mission de santé publique dévolue aux CSSS est fort modeste dans les brassages actuels. Cela aussi conditionne le soutien que peuvent avoir les OC dans la mise en place de partenariats avec le milieu ou la création de tables de concertation.

Dans ce contexte, l'appui du supérieur immédiat est déterminant. L'importance qu'il accorde au travail avec la communauté, sa compréhension des contraintes de l'action communautaire, l'intérêt manifesté pour les acquis communautaires et la confiance qu'il manifeste à l'OC sont vécus comme un soutien direct aux PSP. Un cadre qui sait minimiser les contraintes sur le plan administratif pour respecter le rythme des organismes du milieu sans que les ressources ne soient compromises (la collaboration ne s'établit pas en fonction des périodes budgétaires du réseau!), peut faire toute la différence dans l'établissement d'une saine coopération avec le milieu. À l'inverse, le taux de roulement du personnel cadre dans le contexte des fusions suscite de grandes inquiétudes. L'instabilité des postes cadres au cours des dernières années, l'arrivée dans les programmes où sont rattachés les OC, de cadres issus de la culture hospitalière et la multiplication des niveaux hiérarchiques font en sorte qu'on ne sait pas trop quel sera l'avenir des actions entreprises, en santé publique comme dans les autres interventions.

Du côté des directions régionales de santé publique, exception faite de deux régions où les rapports semblent tendus avec les OC, nos entrevues ont mis en évidence une perception nettement positive qui se démarque de remarques fréquentes en sens contraire dans les milieux de l'organisation communautaire. Les agents de santé publique avec lesquels travaillent celles et ceux qui ont répondu à notre enquête, manifestent de l'ouverture et de la souplesse en regard des besoins et réalités particulières des milieux.

Dans certains cas on parle même de complicité. Les rencontres régionales organisées par la santé publique sont vécues comme des temps de partage des expériences, des moments de soutien entre pairs, qui sont appréciés.

La seule inquiétude manifestée, mais elle est majeure, c'est que cette souplesse ne disparaisse advenant que la volonté répétée en santé publique de référer aux meilleures pratiques n'entraîne une standardisation des façons de faire.

Le tableau en page suivante présente un aperçu synoptique des facteurs favorables et des freins identifiés dans la recherche et présentés dans les pages qui précèdent.

Tableau 2 - Facteurs favorables et frein à la mise en œuvre d'une approche socio-institutionnelle participative

Facteurs favorables	Facteurs freins
Les PSP constituent une partie seulement des tâches des OC	L'engagement d'OC pour les seules fins de livrer un ou des PSP
L'expérience et l'ancienneté dans le milieu de pratique	Les définitions de tâche techniques ou de type instrumental
Le mentorat de collègues expérimentés	
Les OC partagent les buts des PSP	La réputation des programmes <i>top down</i>
Une démarche patiente	Les échéances fixes et les mesures à court terme
La prise en compte des réalités locales et la réponse aux besoins du milieu	Une définition microsociale de l'intersectorialité
Les territoires de CLSC comme milieux d'appartenance et de mobilisation	La spécialisation par programme aux dépens de la dimension territoriale
Associer les personnes à rejoindre à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes	Une relation « clinique » avec les personnes à rejoindre
Établir des partenariats respectant les intérêts des partenaires	Les inconsistances dans l'arrimage des programmes, qui les mettent en compétition
L'appropriation des visées des PSP par les partenaires et l'adhésion volontaire	Le caractère imposé des PSP
La culture locale de concertation et le respect de ses modes d'action	L'imposition de structures superposées aux instances locales et la surcharge de tâches
Les ressources financières pour le milieu	Le financement par projets L'utilisation du local moyennant finances
La gestion des fonds assumée par les cadres	La participation des OC aux décisions quant à l'usage des fonds
L'approche communautaire en CSSS	Position modeste de la santé publique dans les CSSS
L'appui du supérieur immédiat	Le taux de roulement du personnel cadre et l'arrivée de cadres issus de la culture hospitalière
L'ouverture des agents de la direction régionale de la santé publique	La référence exclusive aux meilleures pratiques

5. CONCLUSION

Les programmes et approches de santé publique relèvent d'une approche descendante qui fait réagir les organisatrices et organisateurs communautaires. En même temps ils font partie des pratiques établies dans les établissements publics de santé et de services sociaux que sont les CSSS. Le RQIIAC a souhaité voir comment composer avec cette réalité.

Au terme de notre recherche, la validation du niveau de participation dans la mise en œuvre des programmes et approches de santé publique demeure partielle. Pour dépasser le caractère exploratoire de notre démarche de nouvelles recherches s'imposent. Il faut creuser davantage la qualité participative en donnant priorité à l'étude de pratiques bien établies de collaboration de façon à mesurer les indicateurs de *co-conception des actions* (Bourque, 2007 : 50). S'ajoute à ce premier motif de modestie en regard des conclusions, le fait que la taille de notre échantillon ne nous permet pas de rendre compte de la réalité québécoise. Nous avons malgré tout la conviction qu'elle peut apporter aux débats sur les rapports entre l'organisation communautaire et la santé publique quelques éléments intéressants.

Nous identifions notamment quatre pistes d'action qui se dessinent au terme de notre démarche, sur le terrain des rapports entre les OC et les programmes et approches de santé publique : renforcer la participation dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique; établir un dialogue entre l'expertise de la santé publique et celle des OC; maintenir un soutien local et régional aux interventions socio-institutionnelles en santé publique; et poursuivre la recherche sur le plan quantitatif et qualitatif.

5.1 Renforcer la participation dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique

Les PSP étudiés ne sont pas en eux-mêmes dans leur forme actuelle l'occasion d'un processus dans lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'apporter une contribution significative dans le cadre d'un processus d'apprentissage mutuel des intervenants et des personnes «en situation de vulnérabilité». Cette limite est en partie compensée par la reconnaissance des groupes communautaires comme agents de socialisation et d'inclusion des personnes en situation de vulnérabilité et par

les partenariats qui s'établissent dans le cadre des PSP, permettant une certaine appropriation locale des objectifs et processus de santé publique. Les recherches de Bilodeau, Chamberland et White (2002) indiquent qu'il existe des conditions spécifiques de succès des approches participatives que l'on peut mettre en relation avec la qualité des résultats atteints. Parmi ces conditions, notons la mobilisation des acteurs pertinents à la question en jeu, le fait que ces acteurs soient mobilisés sur des choix stratégiques et non seulement techniques ou instrumentaux, qu'ils soient également en position d'influence et de négociation (au delà de la consultation), et enfin que le processus participatif permette de réduire l'inégalité de pouvoir entre les acteurs (dont les experts) et favorise la co-conception des actions. Nous pourrions ajouter d'autres facteurs de réussite comme la pertinence sociale du programme, la flexibilité et l'ouverture du promoteur, l'appropriation créative du programme par les acteurs, et la constance du soutien organisationnel et professionnel.

La contribution des PSP à l'*empowerment* serait accrue si les méthodes d'apprentissage mutuel qui caractérisent notamment l'éducation populaire, étaient mises à profit. On peut en donner pour preuve que bon nombre de personnes militant dans les organisations communautaires sont issues de ceux que la santé publique identifie comme « clientèle à risque de vulnérabilité ». L'enjeu n'est pas mince puisque cela implique de considérer ces gens non plus comme des individus clients (ou usagers, ou bénéficiaires), mais comme des populations et des citoyennes et citoyens.

Il convient aussi de questionner la pertinence d'associer des OC à certains programmes relevant davantage de l'intervention de groupe –c'est le cas par exemple pour un des programmes retenus dans notre étude, le programme PIED dans le champ de la réadaptation– ou bien de la simple promotion de saines habitudes de vie comme le 0-5-30 Combinaison/Prévention. Tout en reconnaissant que des OC puissent y développer des avenues d'action communautaire, un tel investissement devrait relever, nous semble-t-il, d'un choix d'établissement qui tienne compte de l'ensemble des priorités, notamment de l'importance déterminante de soutenir les demandes venant du milieu et de contribuer au développement des communautés.

5.2 Établir un dialogue entre les expertises de la santé publique et de l'organisation communautaire

Les rencontres avec des OC ont mis en évidence un intérêt de leur part à renforcer la portée communautaire des programmes de santé publique. En misant sur les rapports positifs entre les agents de santé publique et les OC, ne serait-il pas opportun d'entreprendre, probablement sur une base régionale, des échanges qui permettraient entre autres de mieux intégrer, dans la mise en œuvre des programmes, les principales préoccupations des OC pour en renforcer l'impact, notamment le recours à l'éducation populaire; l'enracinement des programmes dans les dynamiques locales en particulier dans les démarches de concertation; une meilleure prise en compte de la durée requise pour obtenir des résultats sur le terrain communautaire; et le souci de préserver les bases territoriales de mobilisation que sont généralement les territoires de CLSC plutôt que la spécialisation par programme. Il s'agit là de moyens concrets qui contribueraient à l'addition des expertises (de processus, de contenu, et citoyenne) en développement des communautés, telle que souhaitée par Bourque et Favreau (2005). La santé publique et l'organisation communautaire recourent à des conceptions différentes des problèmes sociaux. Ce qui suscite des appréhensions chez les OC, c'est le risque de subordonner leurs pratiques à des postulats positivistes dans lesquels ils ne se reconnaissent pas. La recherche de l'intérêt des communautés locales constitue une base intéressante de collaborations potentielles.

5.3 Maintenir un soutien local et régional aux interventions socio-institutionnelles

Ni l'approche communautaire, ni la santé publique ne sont des programmes en position de force dans les CSSS. Il est déterminant que les cadres responsables des OC soient au fait des impératifs de l'organisation communautaire comme des PSP. Les rapports de confiance entre eux et les OC sont une constante de toutes les entrevues comme facteur d'une approche plus participative sur le plan local.

Il faut attendre avec un grand intérêt le résultat des travaux de *l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique et en gestion par approche populationnelle* (IPCDC) de l'Institut national de santé publique qui a reçu le mandat de développer une série d'activités en lien avec le développement des communautés au profit des *directions générales des CSSS, des responsables locaux de santé publique et des autres gestionnaires des CSSS* (INSPQ-IPCDC, 2007 : 1).

La familiarisation des cadres avec le développement des communautés arrive à point alors que les réorganisations des établissements installent dans ces postes des personnes qui n'ont guère eu l'occasion de côtoyer des OC. Cette démarche devrait aussi profiter du *Rapport d'étude sur les besoins de soutien des intervenants locaux et régionaux en développement des communautés* (Groupe de travail mandaté par la TCNPP, 2005) qui décrit les pratiques et précise une dizaine de recommandations à l'intention des CSSS, des Agences et du MSSS.

Il faut enfin souhaiter que se poursuivent les rapports de collaboration entre les agents de la DSP et les OC. Ce pourrait d'ailleurs être à ce niveau que se mènent les démarches de partage d'expertise, les rencontres régionales étant déjà des occasions stimulantes de mise en commun des pratiques.

5.4 Poursuivre la recherche

Sur le plan de la recherche, notre démarche demeure exploratoire et deux pistes permettraient de la poursuivre de façon intéressante. D'une part, il serait maintenant possible d'envisager une enquête par questionnaire pour vérifier le poids, à l'échelle du Québec, des caractéristiques des interventions communautaires en santé publique. À titre d'illustration, il y a quelques constats qu'il serait intéressant de vérifier. Les commentaires que nous avons reçus sur la santé publique sont plus souvent positifs que négatifs, ce qui contredit la mauvaise réputation de ces programmes dans les rangs des OC : qu'en est-il au juste? S'agit-il de préjugés ou bien notre enquête aurait-elle été biaisée sur ce point? Nous notons aussi, si ce n'est un consensus, au moins une majorité d'affirmations à l'effet qu'il y a dans les PSP une marge de manœuvre significative pour développer des pratiques cohérentes et respectueuses des fondements de l'organisation communautaire : est-ce que cette tendance forte se vérifierait à l'échelle du Québec? Nous avons aussi reçu davantage de commentaires positifs sur le soutien des directions régionales de la santé publique, en même temps que deux régions se sont distinguées sur ce plan : qu'en est-il des rapports entre les OC et les agents des DSP régionales? Sont-ils majoritairement favorables ou non?

D'autre part, il reste encore beaucoup de travail à faire aussi bien du côté de revues de la littérature sur la question qu'à partir d'analyses plus approfondies de pratiques réussies en termes de participation des populations ciblées aux programmes de santé

publique qui affichent une volonté d'*empowerment* des personnes et des communautés. Par exemple dans le cadre des SIPPE, compte tenu de la maturité des pratiques, il devrait être possible d'identifier des expériences où les jeunes femmes et les familles ciblées sont parties prenantes de l'intervention. Il y a aussi des interventions en cours qui allient les visées de santé publique et des projets d'entreprise d'économie sociale qui permettent de les réaliser. Sur ces deux terrains, on pourrait même établir des comparaisons avec des expériences réussies qui ne sont pas le résultat de la mise en œuvre de PSP. De telles recherches pourraient fournir des pistes pour enrichir les programmes sur le plan de la participation.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (2005), *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : programme 0-5-30 Combinaison/Prévention, Cadre de référence*, Avril, 52p.

Bilodeau, A., Chamberland, C., White, D. (2002). « L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique », *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, vol. 17, no 2, pp.59-88.

Bourque, D. et Louis Favreau (2005). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Revue Service social*, vol. 50, n° 1, pp.295-308.

Bourque Denis et René Lachapelle (2007), « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire » in Bourque Denis, Yvan Comeau, Louis Favreau et Lucie Fréchette (sous la direction de, 2007), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp.101-117

Bourque Denis (2007), « Ententes de services dans les programme de soutien aux jeunes parents et nouveaux rapports public-communautaire » in *Intervention*, no.126, juin, pp.42-51. «Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés (2002), *la santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec, 50p. »

Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés (2002), *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec, 50p.

Comeau Yvan (2007), « L'approche de développement local en organisation communautaire » in Bourque Denis, Yvan Comeau, Louis Favreau et Lucie Fréchette (sous la direction de, 2007), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp.59-79

Côté Nathalie (2004), *La contribution de l'organisation communautaire à la mise en place d'un projet intersectoriel*, Rapport d'analyse de pratiques présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social, École de services social, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, 115p. + annexes

Daunais Jean-Paul (1986), «L'entretien non directif» in Gauthier Benoit (sous la direction de) (1987), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, pp.247 à 275

Deslauriers Jean-Pierre (1991), *Recherche qualitative. Guide pratique*, McGraw-Hill Éditeur, Montréal, 142p.

DSP de Montréal-Centre (2007), *Espace professionnels, Programme PIED - Se former*, 11 avril (consulté en ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/programmechute/index.html>)

Gingras Pauline (1988), *L'approche communautaire : essai de conceptualisation*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, juillet, 69p.

Groupe de travail mandaté par la Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention (2005), *Rapport d'étude sur les besoins de soutien des intervenants locaux et régionaux en développement des communautés*, 13 mai, 94p.

Institut national de santé publique – IPCDC (2007), *Questionnaire à l'attention des intervenants et des intervenantes communautaires en CSSS sur les pratique en développement des communautés*, 6p.

Lachapelle René (sous la direction de, 2003), *L'organisation communautaire en CLSC, Cadre de référence et pratiques*, Les Presses de l'Université Laval, 293p.

Lalonde Marc (1974), *Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*, Gouvernement du Canada, avril, 82p.

Laurin Claudine et Caroline Stuart (2003), « Programme de soutien aux jeunes parents : Contre qui? Contre quoi?» in *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16 no.1, pp. 215-221

L'Écuyer René (1987), «L'analyse de contenu : notion et étapes» in Deslauriers Jean-Pierre (sous la direction de) (1987), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université du Québec, pp.49-65

L'ÉCUYER, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 490p.

LRQ, chapitre S-2.2, *Loi sur la santé publique*, Éditeur officiel du Québec (1^{er} août 2007) http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Lévesque Julie (2002), *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, Institut national de santé publique du Québec, août, 40p.

Lyonnais Diane (2007), «Comment voir l'approche des données probantes face à la participation citoyenne?» in *Interaction communautaire*, no.75, Été, pp.33-34

Mayer Robert et Francine Ouellet (1991), *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Gaëtan Morin éditeur, 537p.

Organisation mondiale de la santé (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, texte intégral*,
<http://perso.wanadoo.fr/christian.crouzet/smpmp/images-SMT/Charte%20d'OTTAWA.pdf>

O'Neil Michel (2003), « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? » in *Soz Präventivmed*, no.48, Birkhäuser Verlag Basel, pp.317-326

Parazelli Michel, Jacques Hébert, François Huot, Michèle Bourgon, Carol Gélinas, Claudine Laurin, Sylvie Lévesque, Marie Rhéaume et Sylvie Gagnon (2003), «Les programmes de prévention précoce – Fondements théorique et pièges démocratiques» in *Service social*, vol.50, pp.81-121

Québec (1988), *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, 803p.

Québec (2004a), *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*, Santé et Services sociaux Québec, février, 26p.

Québec (2004b), *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 79p.

Québec (2004c), *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, septembre, 179p.

Québec (2005), *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, MELS – MSSS – AQESSS, 64p.

Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (DSPM, 1999), *Prévenir les chutes chez les aînés, Évaluation du programme P.I.E.D.*, Rapport synthèse, vol.3 no.1, 1^{er} avril, 4p.

ANNEXE

**Questionnaire auquel ont répondu les OC
constituant l'échantillon de la recherche**



Programmes de santé publique et pratiques en organisation

N.B. Vous devez compléter un questionnaire pour chaque dossier ou expérience d'intervention en lien avec les programmes ciblés :
→ 0-5-30 → S.I.P.P.E. → École en santé → P.I.E.D.

Informations générales

I. Nom du CSSS _____

II. Répondant-E _____

Programme auquel vous êtes rattaché _____

III. Vous êtes détenteur/détentrice d'un poste en organisation communautaire* :

Oui Nombre d'années _____

Non

IV. Vous occupez un poste d'organisateur ou d'organisatrice communautaire en CSSS :

À temps complet

À temps partiel Nbr/hre/sem. _____

Depuis combien de temps ? : _____

V. Occupiez-vous antérieurement un autre titre d'emploi au sein du CSSS ?

Oui Lequel _____

Non

- L'appellation organisateur/organisatrice communautaire inclut de facto le statut de travailleur/travailleuse communautaire

Programmes de santé publique et pratiques en organisation communautaire

VI. Nom du programme de santé publique
(ou ↓ même programme sous une autre appellation)

- 0-5-30 _____
- S.I.P.P.E _____
- École en santé _____
- P.I.E.D. _____

Depuis combien de temps êtes-vous attiré à ce programme ? _____

Quel est le % de votre temps consacré à ce programme ? _____

VII. Description sommaire des orientations/objectifs du programme
(selon le programme cadre de la Direction de la santé publique) _____

VIII. Lors l'application-terrain, les orientations/objectifs sont-ils demeurés
les mêmes ?

Oui Non

IX. Si non, précisez quelles furent les modifications ou adaptations apportées en
regard des orientations/objectifs initiaux (Direction de la santé publique) du
programme et pourquoi ?

X. Ces modifications ou adaptations furent le fruit :

D'un travail collectif impliquant les acteurs concernés
précisez :

Une décision administrative de l'établissement précisez :

Autre : _____

XI. Trouvez-vous pertinente votre présence comme organisateur ou organisatrice communautaire dans ce programme ?

Oui **En quoi ?**

Non **Pourquoi ?**

XII. Quel était votre rôle en tant qu'organisateur/organisatrice communautaire dans ce programme ?

a. Rôle auprès de la communauté ?

b. Rôle au sein de l'équipe, de l'établissement ?

XIII. Aviez-vous une marge de manoeuvre quant aux modalités d'application de programme ?

Oui

Non

Précisez...

XIV. En tant qu'organisateur ou organisatrice communautaire, en quoi ce programme a ou a-t-il eu une incidence (positive ou négative) sur votre pratique et plus largement sur la pratique en organisation communautaire dans votre établissement ?

POSITIVE	NÉGATIVE
Dans vos relations avec la communauté...	Dans vos relations avec la communauté...

POSITIVE	NÉGATIVE
Dans vos relations au sein de l'équipe, de l'établissement...	Dans vos relations au sein de l'équipe, de l'établissement...

SVP NOUS RETROUVER LE(S) QUESTIONNAIRE(S) au plus tard le 20 avril
a/s michele.blais@ssss.gouv.qc.ca Pour info (450) 491-7574 poste 323

Merci de votre collaboration!