

**POUR L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE CONCERTÉE CSSS/DSP
DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS**

**Document de réflexion produit sous l'égide
de la Table régionale de santé publique**

Version de travail du 18 décembre 2009

pour consultation interne

Une réalisation conjointe de la

Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal

Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/>

Sous la direction de

Michel Mongeon
Adjoint au directeur de santé publique
Responsable du bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats (BSDPP)

Affiliation des auteurs :

Mireille Desrochers, TPFC, DSP
Maude Beausoleil, EUS, DSP
Pierre Durocher, consultant externe
Marie-Martine Fortier, BSDPP, DSP

Nous tenons à remercier de nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration des différentes versions de ce document :

Secteur *Tout-petits, familles et communauté*, DSP
Julie Bédard
Nathalie Pouliot
Yolande Marchand
Francine Trickey

Secteur *Écoles et milieux en santé*, DSP
Rénéald Bujold (Rédaction section 3. 1 : *La trajectoire historique : le parcours de la DSP*)
André Gobeil

Secteur *Environnement urbain et santé*, DSP
André Bergeron (Rédaction section 3. 1 : *La trajectoire historique : le parcours de la DSP*)
Lise Bertrand
Louis Drouin
Caroline Marier

Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats, DSP
Louise Lefebvre

Nous remercions spécialement M. Mario Gagnon, directeur local de santé publique du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel pour sa participation continue aux rencontres du comité chargé de la révision du document et pour ses différents commentaires et suggestions permettant d'enrichir le texte.

Souignons également la contribution de M. Denis Bourque, chercheur à l'Université du Québec en Outaouais, qui a inspiré et commenté la première version du document.

Révision linguistique : Jean-Luc Moisan, BSDPP, DSP

Conception et réalisation graphique :

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

MOT DE LA TABLE RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

La réalisation du présent document découle d'une volonté de la Direction de santé publique (DSP) et des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) de Montréal de mieux comprendre la nature et la portée du développement social et du développement des communautés, en plus de se doter de balises en la matière dans le cadre du travail de mise à jour des PAR-PAL de santé publique 2010-2015.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la reconnaissance, par le Programme national de santé publique (2003-2012), du développement des communautés comme stratégie privilégiée pour agir sur les déterminants de la santé et lutter contre les inégalités sociales de la santé. Plusieurs travaux sur le sujet, comme ceux actuellement menés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, avril 2007) et la mise à jour, au niveau national, du cadre de référence publié par l'Institut national de santé publique du Québec relatif à l'apport du développement social et du développement des communautés à la santé publique témoignent du caractère global et de l'acuité de la réflexion entreprise par les membres de la Table régionale de santé publique (TRSP).

Nous espérons que ce document de réflexion offrira l'occasion de discuter du développement des communautés avec le personnel de nos organisations, de partager nos points de vue sur la stratégie de soutien proposée et de la bonifier avant de la partager avec nos partenaires locaux et régionaux.

Par la suite, la DSP organisera une consultation à l'intention de ses partenaires régionaux dans le cadre des travaux de mise à jour de son Plan d'action régional (PAR) de santé publique alors que les CSSS pourront tenir des consultations au plan local. Le tout pourrait donner lieu à une rencontre de mise en commun des réflexions et des perspectives d'actions avec l'ensemble des partenaires au cours de 2010.

Une invitation large est donc lancée en souhaitant la participation de l'ensemble des acteurs de nos organisations qui contribuent de différentes façons au développement des communautés.

Les membres de la Table régionale de santé publique

Note aux lecteurs

En 2008, la Table régionale de santé publique (TRSP) qui regroupe les directeurs locaux de santé publique des CSSS, le directeur de santé publique de Montréal (DSP), l'adjoint au directeur ainsi que l'équipe de direction de la DSP, a convenu d'effectuer la mise à jour du plan régional (PAR) et des plans locaux de santé publique (PAL) 2010-2015 autour des 6 grandes orientations suivantes :

- Des enfants qui naissent et se développent en santé ;
- Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire ;
- Des milieux de travail exempts de menaces à la santé ;
- Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques ;
- Un environnement urbain favorable à la santé ;
- Un système de santé qui sert aussi à prévenir.

Dans le cadre de ces travaux, la place du développement des communautés (DC) a été une préoccupation importante. Est-ce une stratégie d'action au niveau de l'une ou l'autre des orientations, tel que le suggère la mise à jour du programme national de santé publique, ou encore une vision englobant l'ensemble des orientations ? Pour nourrir la réflexion, la TRSP a convenu de la rédaction d'un cadre de référence en développement des communautés (DC). Une première version, pour consultation dans le réseau DSP-CSSS, a été publiée en janvier 2009.

Les CSSS et le personnel de la DSP ont été invités à transmettre par écrit leurs commentaires et suggestions. De plus, deux rencontres de consultation ont été réalisées. La première s'est tenue le 16 mars 2009. Elle réunissait les membres de la Table régionale de santé publique, les organisateurs communautaires des CSSS, les adjoints aux responsables de secteurs de la DSP, des professionnels de la DSP qui agissaient à titre d'animateurs ou de secrétaires d'ateliers, des personnes ressources ainsi que des représentants de la Coalition montréalaise des tables de quartier (CMTQ) et du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) invités à titre d'observateurs. Environ 110 personnes ont participé à cette journée, dont 82 organisateurs communautaires. La seconde rencontre a eu lieu le 16 avril 2009. Elle réunissait les membres de la direction et du personnel de la DSP concernés par le développement des communautés.

Ces deux rencontres animées par M. Jean Panet-Raymond ont été fort appréciées par les participants. Elles ont par ailleurs mis en lumière le besoin impérieux de poursuivre les échanges afin de véritablement dégager au sein du réseau de la santé et des services sociaux de notre région, une vision commune du développement des communautés et des rôles réciproques et complémentaires que sont appelés à y jouer la DSP et les CSSS.

Certaines contraintes liées au cadre légal ont été nommées et plusieurs questions ont été posées. Comment faire en sorte que les logiques paradoxales ascendante et descendante puissent se rencontrer? Comment les différents programmes en santé publique peuvent-ils tenir compte davantage des réalités et des besoins des communautés locales? Comment nos différentes mesures de santé publique peuvent-elles être mieux arrimées et en soutien aux communautés? Comment favoriser les arrimages et une plus grande concertation des bailleurs de fonds en vue de travailler de façon plus cohérente avec et pour les communautés locales? Voilà quelques questions qui sont apparues importantes à partager dans notre réseau mais aussi avec nos partenaires locaux et régionaux afin de trouver ensemble les solutions les plus efficaces.

La pertinence de rédiger à ce moment-ci un « cadre de référence en DC » a ainsi été questionnée. Plusieurs pensent que les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont une bonne expérience en DC mais n'ont pas encore partagé ces expériences suffisamment entre eux. Conséquemment, ils n'ont pas dégagé une vision commune de la place du DC dans les plans d'action de santé publique et du rôle régional et local que chaque instance doit y jouer.

Il est donc apparu qu'un document de travail pour soutenir la réflexion servirait mieux l'émergence d'une compréhension commune du DC et une utilisation plus harmonieuse et plus efficace de cette stratégie de santé publique pour l'avenir des communautés locales.

Pour nous accompagner dans ce travail, en plus des membres du personnel de la DSP, j'ai fait appel à une personne qui est ni de la DSP, ni d'un CSSS, mais qui connaît bien ces deux instances et qui a une expérience pratique reconnue en développement des communautés, Monsieur Pierre Durocher. Il a pris connaissance attentivement des commentaires transmis par les CSSS et les membres de la DSP ainsi que des comptes-rendus des rencontres et proposé une nouvelle façon d'orienter et de structurer le document. Par la suite, le tout a été discuté au sein d'un comité de travail composé de représentants de la DSP et d'un directeur local de santé publique (CSSS) en vue d'être présenté et entériné, pour des fins de consultation, par les membres de la TRSP.

Le document a été modifié afin de présenter le cadre légal et les principaux concepts associés au développement des communautés de façon plus concise dans les deux premiers chapitres. Quant aux autres chapitres, ils ont été largement remaniés afin de favoriser le cheminement de notre réseau vers une vision commune du développement des communautés et une compréhension partagée des rôles respectifs de la DSP et des CSSS, et éventuellement de celui des différents acteurs de la communauté.

En terminant, je désire remercier personnellement l'ensemble des personnes de la DSP, des CSSS ainsi que nos partenaires qui ont contribué à l'avancement de nos travaux pour l'élaboration d'une stratégie concertée CSSS-DSP en soutien au développement des communautés.

Michel Mongeon
Adjoint au directeur de santé publique

TABLE DES MATIÈRES

1.	Le cadre légal	p. 8
2.	Les principaux concepts	p. 9
2.1.	La promotion de la santé : une fonction essentielle.....	p. 9
2.1.1	L'action sur les déterminants de la santé.....	p. 9
2.1.2	La réduction des inégalités sociales de la santé.....	p. 9
2.2	Le développement des communautés : une stratégie clé de promotion de la santé.....	p. 10
3.	L'apport de la DSP et des CLSC/CSSS au développement des communautés	p. 12
3.1	La trajectoire historique.....	p. 12
3.2	Le contexte actuel.....	p. 15
4.	Vers une stratégie concertée CSSS-DSP en soutien au développement des communautés	p. 16
4.1	La vision, les valeurs et les principes directeurs.....	p. 16
4.2	Le rôle de la santé publique régionale (DSP).....	p. 18
4.2.1	Le soutien à l'action locale.....	p. 18
4.2.2	Le renforcement des arrimages avec les partenaires régionaux.....	p. 20
4.2.3	Les actions d'influence sur les politiques publiques.....	p. 21
4.3	Le rôle de la santé publique locale (CSSS).....	p. 22
4.3.1	La participation et le soutien à l'action locale.....	p. 22
4.3.2	Le renforcement des actions sur les politiques publiques locales.....	p. 23
4.3.3	L'élaboration de politiques internes favorables au développement des communautés.....	p. 23
4.4	L'appréciation des résultats et la reconnaissance des contributions.....	p. 23
4.4.1	La contribution conjointe DSP-CSSS.....	p. 24
4.4.2	La contributions de la DSP.....	p. 25
4.4.3	Les contributions des CSSS.....	p. 25
	CONCLUSION	p. 26
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

Liste des sigles et des acronymes

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
DSP	Direction de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PAR	Plan d'action régional
PAL	Plan d'action local
PNSP	Programme national de santé publique
TRSP	Table régionale de santé publique

pour consultation interne

1. Le cadre légal

Le développement des communautés, s'il doit avant tout émerger des citoyens, doit être appuyé par les institutions gouvernementales locales (CSSS) et régionales (DSP). Les DSP doivent alors tenir compte du rôle clé dévolu aux CSSS à l'échelle locale, qui découle de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. L'action de la DSP, bien que nécessaire, s'inscrit dans des logiques paradoxales. Tandis que le développement des communautés doit émerger du palier local, ce développement est privilégié dans le cadre de programmes aux normes et aux objectifs édictés aux paliers régional et national (Bourque, 2008).

Malgré ces contraintes, le DC est une stratégie de santé publique porteuse où l'addition des expertises de chacun des acteurs devient une condition stratégique de sa réussite. L'expertise de la DSP découle de ses mandats légaux, tels que balisés par la loi sur la Santé publique, et s'articule selon diverses fonctions. Parmi celles-ci, la surveillance/connaissance et la prévention/promotion de la santé apparaissent particulièrement interpellées dans le cadre du développement des communautés.

Surveillance/connaissance

La loi sur la Santé publique confie la fonction exclusive de surveillance continue de l'état de santé de la population au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique. La DSP est ainsi responsable *d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin.*

Prévention/promotion de la santé

La loi prévoit également que pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment :

- mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
- promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques favorisant une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants, dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;
- soutenir les actions concertées qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

Outre les fonctions essentielles de santé publique, le PNSP (2008) identifie les fonctions de soutien suivantes qui apparaissent particulièrement pertinentes pour le développement des communautés :

- la recherche et l'innovation;
- le développement et le maintien des compétences.

2. Les principaux concepts

2.1 La promotion de la santé : une fonction essentielle

Mis de l'avant au niveau international à partir de la Charte d'Ottawa, le concept de promotion de la santé s'appuie sur deux fondements clés :

- une évolution de la définition de la santé qui déborde largement le cadre de l'absence de maladie et le secteur sanitaire, incluant notamment des dimensions culturelle et spirituelle;
- la reconnaissance de l'importance des déterminants sociaux de la santé et les preuves de la permanence des inégalités sociales de la santé et ce, en dépit de l'accessibilité universelle aux soins de santé.

Dans une perspective de réduction des inégalités de santé, la promotion de la santé se positionne en amont des problèmes de santé et se définit comme un processus qui vise à accroître le contrôle que les individus et les communautés exercent sur leur santé, d'une part, et les facteurs individuels et environnementaux qui l'influencent, d'autre part (Richard et al. 1999).

Le Programme national de santé publique 2003-2012, mis à jour en 2008, positionne clairement le soutien au développement des communautés, l'action intersectorielle et le soutien aux pratiques cliniques préventives comme stratégies fondatrices de promotion de la santé.

2.1.1 L'action sur les déterminants de la santé

Le Programme national de santé publique (2003-2012) classe les différents déterminants de la santé et du bien-être en fonction des axes suivants :

- les prédispositions biologiques et génétiques;
- les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé;
- les conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événement stressant) et les milieux de vie;
- l'environnement physique;
- l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

L'examen de ces déterminants met en évidence l'importance d'agir tout autant sur les déterminants individuels que sociaux des déterminants dont les interactions influencent et conditionnent les trajectoires de vie des individus, des familles et des communautés. Au-delà des facteurs individuels, des habitudes de vie et de l'accès aux soins de santé, la recherche a étayé et documenté l'influence de l'environnement physique et social sur la santé humaine devenant, de fait, de plus en plus la cible des interventions en santé publique.

En effet, comme le souligne le directeur national de santé publique, sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés au cours du siècle dernier, 8 sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des conditions de vie et des habitudes de vie, bref à des facteurs extérieurs aux services de santé (MSSS, 2005)

2.1.2 La réduction des inégalités sociales de la santé

Il a été démontré que l'état de santé des individus est directement relié à leur niveau de revenu dans la plupart des pays occidentaux (Veenstra 2001). Le faible statut socioéconomique d'un individu est largement associé à des indicateurs de santé défavorables. Les impacts des inégalités sociales sur la santé ont aussi été largement documentés. Plus les écarts économiques entre les citoyens d'une population sont importants, plus la santé de la population en est négativement affectée (Santé Canada, 2000). Enfin, il a été démontré que les communautés économiquement défavorisées tendent à présenter un plus faible niveau de soutien social, de cohésion sociale et de participation sociale qui sont des déterminants importants de l'état de santé de la population (Bélanger et al. 2000).

Montréal : un survol des inégalités

Divers travaux, dont les rapports annuels du directeur de santé publique de Montréal et du directeur national de santé publique (DSP de Montréal, 1998; INSPQ et MSSS, 2006; 2007), ont contribué à faire connaître le phénomène de la pauvreté et des inégalités de santé à Montréal. Selon ceux-ci, Montréal se distingue à ce chapitre des autres régions du Québec par un portrait socioéconomique fort contrasté (INSPQ et MSSS, 2006 : 13). Alors que le revenu personnel disponible par habitant apparaît comme le plus élevé du Québec (2006), près de 30% de la population vit sous le seuil de faible revenu en plus de présenter des taux élevés de familles monoparentales, de prestataires de l'assistance emploi et de chômage (*Ibid.*).

L'ampleur de ces écarts se reflète sur le plan de l'état de santé et du bien-être de la population. Des écarts relatifs à l'espérance de vie à la naissance de plus de 13 ans ont par exemple été enregistrés entre divers territoires de CLSC (Choinière, Massie et Paradis., 2003). Comme chez les adultes, l'état de santé et de développement des tout-petits et des jeunes varie sensiblement selon le milieu dans lequel ils évoluent. Par-dessus tout, l'environnement social et les conditions de vie d'un individu durant l'enfance apparaissent comme les déterminants les plus prédictifs de son état de santé une fois parvenu à l'âge adulte et ce, peu importe le niveau de revenu alors atteint (INSPQ et MSSS, 2007 : 45). Des différences défavorables aux enfants vivant dans des milieux où la défavorisation apparaît plus grande ont ainsi été documentées à Montréal sur les plans de la mortalité, de la morbidité, de leur développement et de leur adaptation sociale à leur entrée à l'école, etc. (DSP de Montréal, 1998; INSPQ et MSSS, 2007; Berrada et al. avril 2005; DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008). Des disparités géographiques ont également été relevées sur le plan de l'alimentation. Ainsi, selon le secteur où l'on réside à Montréal, l'accès physique à des aliments santé apparaît grandement variable et n'est pas assuré pour tous (DSP de Montréal, 2006).

2.2 Le développement des communautés : une stratégie clé de promotion de la santé

L'importance d'agir sur plusieurs fronts et en amont sur les déterminants de la santé a été maintes fois soulignée. Cela suppose une action globale dans les domaines de la vie sociale et communautaire, la santé, l'aménagement urbain, l'environnement, l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité, l'emploi, la sécurité alimentaire, la culture, les sports et les loisirs (Initiative de soutien au développement social local, 2006). Le caractère global de cette action s'avère nécessaire en regard de la complexité des phénomènes de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Si le développement des communautés et le développement social sont apparentés à plusieurs égards, ils se distinguent essentiellement en fonction de leurs champs d'actions. Le **développement social** se déploie à une échelle très globale dans des domaines d'intervention variés alors qu'il « vise la mise en place dans les communautés, dans les régions et à l'échelle d'une société, des conditions requises pour permettre aux citoyens :

- « d'avoir droit à des conditions de vie qui préservent leur santé physique et mentale;
- de pouvoir développer pleinement leurs potentiels;
- de pouvoir participer activement à la vie sociale et exercer leur citoyenneté;
- de pouvoir être traités avec dignité sur le marché du travail et de pouvoir tirer leur juste part de l'enrichissement collectif. »

Les principes du développement social et du développement des communautés menant à l'amélioration de la santé (INSPQ; 2002) :

- la participation;
- l'empowerment;
- la concertation et le partenariat;
- la réduction des inégalités;
- l'harmonisation et la promotion des politiques favorables à la santé.

(Définition inspirée des travaux de T. Hancock, citée dans INSPQ, 2002)

Ce développement s'actualise à l'échelle d'une société par le biais des structures politiques et légales mises en place, des politiques et programmes sociaux élaborés ainsi que des processus moins formels de développement social local et communautaire, qui interpellent la famille, les réseaux sociaux et les différents milieux de vie de la communauté (PNSP, mise à jour 2008 : 61).

Davantage circonscrit, le **développement des communautés** s'articule en fonction d'un territoire plus restreint, celui de la communauté, en ciblant de façon spécifique les milieux de vie des citoyens et en misant sur le dynamisme local. Le terme « communauté » est décrit ici comme « un regroupement de personnes vivant sur un territoire donné et qui partagent des intérêts communs à l'échelle de ce territoire » (CSBE, 2001 : 11). Le développement des communautés se conçoit en bref comme « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique » (Définition inspirée de D. Chavis et citée dans INSPQ, 2002 : 16).

Le développement des communautés représente à la fois un processus et un résultat. Sa dimension de processus consiste à soutenir l'action collective et communautaire, et sa dimension de résultats renvoie à la mise en place de réponses collectives aux priorités identifiées par un milieu. « La dimension la plus déterminante demeure celle du processus car sans l'appropriation démocratique par les communautés des enjeux locaux, les résultats risquent d'être inexistantes ou inappropriés et ont peu de chances d'être durables (Bourque 2008 p. 43) ».

Le développement des communautés ne peut véritablement prendre forme sans la mise en place de conditions favorables à son déploiement qui débordent le cadre strict de la communauté, comme la présence de politiques favorables à la santé à tous les paliers. Les structures de participation implantées à l'échelle de la société habilite les citoyens et peuvent renforcer leur pouvoir d'agir sur leur communauté. On peut voir ainsi que le développement social et le développement des communautés sont dans les faits interdépendants.

Enfin, le développement des communautés doit s'inscrire dans une perspective de **développement durable** soit « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Le développement durable s'appuie sur une vision à long terme qui prend en compte le caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale et économique des activités de développement. » (Commission Bruntland, 1987)¹

¹ L'annexe 2 présente l'énoncé de vision adopté en 2007 par le comité DSP-CSSS en développement durable de la Table régionale de santé publique.

3. L'apport de la DSP et des CLSC/CSSS au développement des communautés

Afin de décrire la contribution de la Santé publique au développement des communautés dans notre région, il apparaît pertinent de tracer les grandes lignes de son évolution. Par la suite, une synthèse du contexte actuel dans lequel s'inscrit le soutien au DC permettra de mieux préciser les acquis de notre réseau ainsi que les défis à relever.

3.1 La trajectoire historique

Le parcours de la DSP

La collaboration de la santé publique régionale avec les milieux locaux remonte à la fin des années 80. C'est depuis cette époque, dans le cadre du mouvement *Villes en santé*, que les Départements de santé communautaire (DSC) ont soutenu une approche globale intégrée au niveau d'un territoire local, avec la participation des citoyens et la concertation multisectorielle et multi-réseaux, dans une optique de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales.

Sur l'Île de Montréal, le premier projet de ville en santé est né de la collaboration étroite entre le DSC Lakeshore et la Ville de Pointe-Claire, qui a adhéré au réseau québécois dès 1988. À la même époque, le DSC Maisonneuve-Rosemont était l'un des partenaires du premier projet de *Quartier en santé* à Montréal, *Mercier-Est—Quartier en santé*. En 1990, des organismes du quartier Saint-Michel, avec la collaboration du DSC Sacré-Cœur, mettaient sur pied *Vivre Saint-Michel en santé*. Ces divers projets, conjugués aux efforts du Regroupement des DSC de la région, allaient mener à l'adhésion de la Ville de Montréal au mouvement québécois *Villes et Villages en santé* (VVS) en 1990. En 1993, lors de l'instauration de la nouvelle Direction régionale de santé publique (DSP), 10 municipalités de l'Île de Montréal étaient membres du *Réseau québécois des Villes et Villages en santé* et autant de quartiers montréalais avaient entrepris une démarche semblable.

Depuis les débuts, les intervenants de santé publique ont participé à l'émergence, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de plusieurs initiatives, à divers niveaux (local, municipal, régional). Dans certains cas, ils ont suscité la naissance de projets, dans d'autres ils ont coordonné ces projets; parfois, ils agissaient comme représentants de la santé publique sur des comités promoteurs, à d'autres moments comme experts sur des dossiers thématiques. Quant à l'évaluation, elle s'est inscrite comme soutien aux projets, que ce soit ceux des DSC (Étude de cas des trois premières initiatives dans l'Île de Montréal, Ouellet et al. 1993) ou ceux des municipalités (collaboration à l'évaluation de *Vivre Montréal en santé*, 1993).

À partir de 1994, la Ville de Montréal a commencé à soutenir financièrement les tables de concertation dans les 20 quartiers municipaux. Centraide s'est joint à la Ville en 1996 et la DSP s'est associée à ces deux partenaires en 1997 avec un budget de 400 000\$ dans le cadre des priorités régionales de santé publique. Ce fut le premier Programme de soutien financier au développement social local, qui portait le sous-titre *Pour vivre Montréal en santé*. En 1997, la DSP contribua aussi à l'organisation du Forum régional en développement social ainsi qu'au soutien de divers forums locaux.

En 2001, la CAR-DS (Commission administrative régionale – Développement social) entreprenait une démarche en vue d'appliquer une « approche territoriale intégrée » à Montréal. Après étude des différentes données socio-économiques, le territoire de Montréal-Nord fut sélectionné pour un projet-pilote qui débuta en 2002. Ce fut la première initiative de revitalisation urbaine intégrée (RUI). L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal fut un partenaire de la première heure et la DSP contribua particulièrement à la planification et à l'évaluation de la « Démarche-action Montréal-Nord ». Par la suite, à l'issue du Sommet de Montréal en 2002, d'autres projets de RUI furent mis en place par l'administration municipale, en collaboration avec les partenaires ministériels, dont l'Agence. En 2004, la DSP apporta sa contribution également au Chantier de revitalisation urbaine et sociale de Saint-Michel qui, dans ce cas-ci, fut lancé par la table de concertation du quartier.

Enfin, suite aux fusions municipales, le *Programme de soutien financier au développement social local montréalais* a été révisé par les trois bailleurs de fonds, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP), Centraide et la Ville de Montréal, en collaboration avec la Coalition montréalaise des tables de quartier (CMTQ). *L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local* (2006), communément appelée « entente tripartite », détermine les nouvelles balises du soutien financier aux tables de quartier. La DSP y souscrit présentement un budget annuel d'environ 450 000 \$.

Depuis plusieurs années, la DSP soutient aussi les communautés locales à travers d'autres mesures de santé publique comme le Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire, la composante *Création d'environnements favorables des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), le *volet milieu et prévention des toxicomanies de Écoles et milieux en santé (ÉMES)*, la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), *Aménager des quartiers durables* et *Quartiers 21*.

La DSP a également réalisé et publié diverses études, rapports annuels, résultats d'enquêtes afin de documenter et mettre sur la place publique des enjeux de santé et de bien-être, dont plusieurs en appui aux préoccupations et aux actions des communautés locales. Elle a aussi effectué plusieurs représentations en vue de favoriser l'amélioration des politiques publiques et contrer les inégalités sociales de santé. Notons à cet égard la publication des rapports annuels du directeur sur *Les inégalités sociales de la santé* (1998) et sur *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal* (2002) ainsi que des enquêtes ou études sur les conditions de logement, la sécurité alimentaire, le transport, la maturité scolaire, etc.

En ce qui a trait aux politiques publiques nationales, la DSP a appuyé la démarche du Collectif pour un Québec sans pauvreté qui a donné lieu à la mise en place de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002). Des représentations relativement au contenu de cette politique et au plan de lutte qui en découle ont aussi été effectuées. La DSP a aussi présenté un mémoire concernant le plan de développement durable du gouvernement du Québec (2005) et à la Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois (2007). Au plan régional, plusieurs interventions ont aussi été réalisées dont celles relatives au Plan de transport de Montréal (2005) et au Plan d'action Famille de la Ville de Montréal (2006). Enfin, tout récemment, des mémoires ont été produits relativement à des projets d'aménagement ayant des impacts sur la santé de la population de certains quartiers montréalais dont Griffintown (2008), rue Notre-Dame (2008) et complexe Turcot (2009).

Le parcours des CLSC-CSSS

Le développement des communautés dans le réseau de la santé et des services sociaux a pris racine au Québec dans le courant des années '60 avec la naissance de « l'animation sociale ». À Montréal, ce sont le *Plan de réaménagement social et urbain* (PRSU) affilié à l'université McGill et le Conseil des œuvres de Montréal, financé par la Fédération des œuvres de charité canadienne française qui ont servi d'incubateur à l'animation sociale. Axée essentiellement sur la participation citoyenne, au sein de « comité de citoyens », l'animation sociale visait la prise de parole de citoyens d'un même quartier auprès des pouvoirs publics et l'amélioration des conditions de vie, des équipements et des services publics pour leur communauté.

C'est au cours de cette décennie ('60) que les universités de Montréal et de Québec ont intégré à leur syllabus de cours en service social une option en organisation communautaire et que les Agences de service social, conscientes de la dimension collective des problèmes vécus par leur population, mettaient sur pied une offre de service en organisation communautaire. Au début des années '70, elles reconnaissaient le titre et le statut de professionnel de ces nouveaux travailleurs. Cette offre de service était intégrée au budget annuel consenti par le Ministère des Affaires sociales aux Agences.

S'appuyant sur l'expérience de l'animation sociale, les Agences de service social de la région de Montréal, avec le support du service d'organisation communautaire, contribueront à mobiliser les communautés dans la solution de leurs problèmes collectifs et dans la mise sur pied de services publics et communautaires.

L'offre de service mise sur pied par les Agences sera prise en charge par le Centre de services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM), le Centre de services sociaux Ville-Marie (CSSVM) et par le Centre de services sociaux juif à la famille qui ont intégré par fusion, en 1972, les Agences de service social francophones, anglophones et juives de la région de Montréal.

C'est cette expertise communautaire développée par les Agences et les CSS qui, à partir des environs de 1972, sera mise à contribution pour développer l'approche devant prévaloir dans la mise sur pied des CLSC et que les organisateurs communautaires mettront en application dans les démarches d'implantation de CLSC dans plusieurs quartiers de Montréal, dont Saint-Henri, la Petite Bourgogne, Rivière-des-Prairies, Hochelaga-Maisonneuve, etc.

Les CLSC mis sur pied dans les années '70 et '80 et les Départements de santé communautaire (DSC) prévoient à leur programmation une offre de service en organisation communautaire. Progressivement, les Centres de services sociaux diminueront leur offre de service aux communautés. À la faveur des transferts de responsabilités et de personnel des CSS et des DSC vers les CLSC, ces derniers seront les seuls établissements du réseau de la santé et des services sociaux à offrir ce type de services aux communautés locales.

Dans le milieu des années '80, la Ministre des Affaires sociales de l'époque s'inquiétant du peu d'harmonisation de l'offre de service communautaire des CLSC, mettait sur pied un groupe de travail pour lui soumettre des recommandations qui permettraient au ministère de mieux juger de cet offre de services et, le cas échéant, de mieux l'encadrer. Le rapport de ce groupe connu sous le nom de *Rapport Brunet*, du nom de son président, faisait un certain nombre de recommandations pour mieux baliser le Service d'organisation communautaire en CLSC, mais surtout, il confirmait la pertinence de ce type de service que les CLSC offraient à leurs communautés locales. Le *Rapport Brunet* a marqué à cette époque, sinon la fin, du moins le ralentissement du questionnement de la pertinence de ce type de services en CLSC.

Les résultats obtenus dans les quartiers, grâce à la contribution des services d'organisation communautaire sont importants. Dans l'ensemble des quartiers de Montréal, ils ont contribué à la mise sur pied et au développement des CLSC et de nombreux organismes et services communautaires. Ils ont joué un rôle significatif dans la mise sur pied de tables de concertation sectorielles et des Tables de quartier dans un très grand nombre de territoires. Ce rôle communautaire a contribué à apporter aux CLSC dans leurs communautés respectives : légitimité, notoriété et reconnaissance.

Lors de la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004, l'offre de service des CLSC en organisation communautaire a été intégrée au panier de services des 12 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui desservent la région de Montréal. Les CSSS héritaient ainsi d'une responsabilité et d'une expertise éprouvée en développement des communautés.

Des interventions ont aussi été réalisées par les CLSC et les CSSS en vue de l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Entre autres, plusieurs CLSC de la région ont appuyé la démarche du Collectif pour un Québec sans pauvreté qui a donné lieu à l'adoption par le gouvernement du Québec de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2002). Plusieurs CSSS ont aussi participé activement aux travaux entourant les plans d'action familles des arrondissements. D'autres sont intervenus auprès des arrondissements pour la mise en place de mesures d'apaisement de la circulation. Enfin, des CSSS ont effectué des représentations relativement à de grands enjeux d'aménagement urbain (ex. : échangeur Turcot, rue Notre-Dame).

Les établissements locaux de santé et de services sociaux ont indéniablement contribué depuis près de 40 ans à la mobilisation des citoyens et des acteurs locaux au sein de concertations locales et de projets de partenariat. Les CLSC –et maintenant les CSSS– ont été et demeurent des acteurs de premier plan du développement des communautés locales, notamment par le biais de leurs équipes d'organisateur communautaires. Tout cela, conjugué au soutien apporté par la DSP, permet d'affirmer que le réseau de la santé et des services sociaux a apporté une « valeur ajoutée » aux efforts des citoyens, des organismes communautaires et des différents acteurs locaux.

3.2 Le contexte actuel

Les communautés locales, bien qu'à des degrés divers, sont connues pour leur dynamisme, leur vitalité et leur capacité d'innover. Dans toutes les communautés locales de la région, des structures de concertation sont en place. Les Tables de quartier occupent un espace de plus en plus grand. Elles sont plus fortes, plus habiles à gérer la concertation et le partenariat local. Leur rôle, leur pertinence et leur succès sont reconnus par un nombre grandissant de partenaires. Ils n'en reste pas moins que ces structures locales sont relativement jeunes, leurs besoins ont évolué et elles doivent être supportées de façon adéquate.

Plusieurs éléments de contexte ont changé au plan des communautés locales. Entre autres, des intervenants majeurs s'ajoutent à ceux déjà présents et marquent le développement des communautés locales, tant par leurs approches que par les ressources importantes qu'ils mettent à la disposition des communautés. Il existe aussi une prolifération d'initiatives faisant appel à la mobilisation des communautés. Au niveau du terrain, on parle de plus en plus d'*hyperconcertation* et il semble de plus en plus difficile de concilier les différentes approches proposées par les partenaires et bailleurs de fonds. Ceci affecte la cohérence et l'efficacité de l'action en DC et en rend la gestion très complexe au plan local.

Par ailleurs, les CSSS, de par leur mandat et leur situation d'employeur important dans les communautés locales, demeurent des partenaires et des alliés de premier plan des communautés qu'ils desservent. Depuis la réforme, chaque CSSS dispose d'un responsable de santé publique, en lien avec les communautés locales, qui gère l'offre de service en organisation communautaire. Ceci constitue une interface des plus pertinentes avec les partenaires locaux. De plus, les CSSS disposent de budget leur permettant de soutenir des actions de santé publique en DC.

Les CSSS ont aussi des défis à relever afin de mieux soutenir les communautés. Les CSSS de la région desservent plusieurs communautés locales. Celles-ci ont des caractéristiques différentes, bénéficient de ressources souvent inégales et ont suivi des parcours différents en regard du DC, ce qui complexifie la gestion des ressources en DC.² De plus, la stratégie de santé publique en DC ne se situe pas toujours en tête de liste des priorités des établissements qui sont davantage incités à développer une meilleure offre de services cliniques. Les CSSS sont aussi amenés à collaborer et à se concerter avec un grand nombre d'acteurs internes et externes au quartier, chacun ayant ses visions, ses logiques et ses objectifs. Cette situation entraîne une grande complexité au niveau du choix des priorités et des interventions ainsi qu'au plan de la gestion. Enfin, le processus de reddition de compte en vigueur dans les établissements ne favorise pas la reconnaissance des actions réalisées et des résultats atteints en DC.

Au plan régional, plusieurs efforts sont effectués de la part de la DSP et de ses partenaires afin de se concerter et de mieux travailler ensemble. Cependant, cette concertation régionale doit être renforcée, entre autres pour définir et prioriser les enjeux régionaux de santé et de bien-être et maximiser les efforts de soutien au développement des communautés locales. Des besoins sont ressentis à deux niveaux : consolider les collaborations entre les partenaires régionaux afin de mieux appuyer les communautés locales face à des enjeux qui ne peuvent trouver leur solution au seul niveau local et arrimer davantage les orientations et les programmes en soutien aux communautés locales.

Le réseau de la santé et des services sociaux est aussi confronté à un autre enjeu important. Comme mentionné précédemment, l'opérationnalisation du DC dans le cadre de ses activités se heurte à des logiques paradoxales qui sous-tendent les notions de programmes et de développement des communautés. D'un côté, la DSP, de par son mandat général, fait la promotion et déploie des programmes de santé publique et de l'autre, de par sa stratégie de développement des communautés, encourage les communautés locales à se prendre en main, à développer leur propre agenda et à décider de leur développement (*empowerment*).

² Une carte présentant les délimitations des territoires de CSSS et des tables de quartier se trouve à l'**annexe 3**.

4. Vers une stratégie concertée CSSS-DSP en soutien au développement des communautés

En considérant les acquis et les défis à relever, la DSP et les CSSS, dans la réalisation de l'ensemble de leurs mandats, entendent mettre de l'avant des modalités qui permettront de travailler avec leurs partenaires locaux et régionaux afin de créer des conditions favorables à la concertation des efforts de tous. Dans le cadre de l'élaboration des plans de santé publique, la DSP a posé d'ailleurs un geste significatif en décidant de rédiger le Plan d'action régional (PAR) en soutien aux plans locaux (PAL) de santé publique de façon à bien illustrer la volonté ferme de la DSP de « faire avec » les CSSS et leurs partenaires locaux. Cette attitude d'ouverture à l'influence mutuelle et aux ajustements réciproques avec laquelle la DSP et les CSSS entendent jouer leur rôle se fera en conformité avec la vision, les valeurs et les principes directeurs proposés dans le présent document.

4.1 La vision, les valeurs et les principes directeurs

En tenant compte des fondements et des principes du développement des communautés et de l'énoncé de vision adopté par les CSSS et la DSP en développement durable (réf. annexe 2), il est proposé que la stratégie concertée CSSS-DSP en soutien au développement des communautés s'appuie sur l'énoncé de **vision** suivante :

Des communautés en santé, solidaires et inclusives où il fait bon vivre, des communautés mobilisées où les organismes et les citoyens travaillent ensemble sur des enjeux collectifs afin de répondre aux besoins présents de la population tout en tenant compte de ceux des générations futures, des communautés soutenues de façon compétente et cohérente.³

La mise en œuvre de la stratégie concertée doit reposer sur des valeurs communes et fondamentales. À ce chapitre, la réflexion menée par l'Agence de la santé et des services sociaux et les CSSS de la région de l'Outaouais avec la participation de représentants de l'INSPQ et de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) apparaît fort intéressante. En s'inspirant de leur démarche, nous proposons que notre stratégie en soutien au DC repose sur **les valeurs** suivantes:

- « **justice sociale (équité)** : réfère aux droits humains et donc aux droits de tous de développer pleinement leur potentiel et de vivre dans des conditions respectables. La justice sociale implique donc des choix justes et équitables ainsi que des réponses aux différents besoins des personnes et des groupes sans discrimination ; elle réfère aussi à l'équité, élément de base de toute action visant à réduire les inégalités;
- **démocratie** : assure des relations égalitaires entre les partenaires impliqués et renvoie à la notion que les choix se font par l'ensemble de la population incluant la plus démunie. La démocratie repose donc sur la participation de tous et chacun aux décisions qui les concernent;
- **solidarité (entraide et coopération)** : l'obligation morale de se porter assistance mutuellement, les uns aux autres, en cas de besoin. Elle implique donc que la collectivité doit se préoccuper des besoins particuliers des personnes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité. Elle renvoie également au travail de collaboration et de coopération, vers un but commun, dans un esprit de confiance et de respect mutuel. La solidarité renvoie aussi à la notion de responsabilité partagée;

³ Adapté à partir d'un énoncé du document *Orientations régionales du réseau de la santé et des services sociaux en développement social et développement des communautés*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2009, p. 18

- **respect des communautés** : sentiment de considération, d'égard envers l'autre, manifesté par une attitude d'ouverture et d'acceptation⁴. Le respect des communautés implique donc une reconnaissance de leur rythme de développement ainsi que de l'importance de la complémentarité ou du partage des savoirs. Cette valeur réfère à la volonté et la nécessité d'une réelle mise en commun des expertises de tous les acteurs de développement de la communauté (expertise citoyenne, l'expertise de processus, l'expertise de contenu);
- **autonomie** : capacité d'une personne ou d'un groupe de se gouverner par ses propres moyens, de s'administrer, se repérer, s'orienter, décider et choisir, par soi-même ou en mobilisant les ressources adéquates, dans un environnement donné⁵. L'autonomie, que l'on ne doit pas confondre avec l'indépendance, implique l'existence de règles et de liens librement consentis;
- **développement durable** : développement qui permet de satisfaire les besoins des générations actuelles, sans compromettre la possibilité pour les générations à venir de satisfaire les leurs⁶. Le développement durable exige la conciliation de la croissance économique, de l'équité sociale et de la gestion de l'environnement pour garantir une meilleure qualité de vie à tous, maintenant et pour les générations à venir ». ⁷

Ces valeurs doivent aussi se refléter dans nos façons de travailler avec les partenaires des communautés locales. Ainsi, dans le cadre de la mise en oeuvre de la stratégie concertée en soutien au DC, la DSP et les CSSS proposent d'appliquer **les principes directeurs** suivants.⁸ :

- développement par et avec les communautés locales de façon à renforcer leur pouvoir d'agir (*empowerment*);
- respect des communautés d'appartenance et des territoires sociologiques indépendamment des territoires du réseau de la santé et des services sociaux ;
- reconnaissance du rôle primordial joué par les tables de quartier comme mécanisme de concertation intersectoriel et multiréseaux en développement des communautés ;
- respect des mécanismes de concertation déjà en place, des dynamiques locales ainsi que des mandats et responsabilités des partenaires en DC ;
- souplesse et adaptabilité des programmes à la réalité locale (besoins identifiés, état de la mobilisation, projets en cours, rythme de travail, etc.);
- clarté et transparence dans les communications, les processus de consultation, l'élaboration de politiques, l'attribution des subventions et leur gestion ;

⁴ Dans <http://fr.wiktionary.org/wiki/respect>

⁵ Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières, *Lexique des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, 1988.

⁶ Commission mondiale sur l'environnement et le développement, *Notre avenir à tous*, présidée par Madame Gro Harlem Brundtland, Assemblée nationale des Nations Unies.

⁷ Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *Orientations régionales du réseau de la santé et des services sociaux en développement social et en développement des communautés*, 2009, p. 19.

⁸ Ces principes directeurs s'inspirent de ceux inclus dans le Cadre de référence régional, *Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Janvier 2006. Certains principes ont été repris, d'autres ont été adaptés pour les communautés locales.

- consultation selon des délais tenant compte de la réalité des acteurs et prise en compte des avis ;
- transparence vis-à-vis la population relativement à une saine gestion des fonds publics.

4.2 Le rôle de la santé publique régionale (DSP)

Même si l'objectif du présent document n'est pas de présenter l'ensemble des rôles des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux en DC, il apparaît pertinent de situer brièvement nos travaux dans le contexte québécois.

Au plan national, la DSP, les CSSS, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique (INSPQ) travaillent de plus en plus étroitement dans le domaine du développement des communautés (DC). Des rencontres d'échanges avec le MSSS, l'INSPQ et les directions régionales de santé publique sont organisées par le MSSS. Des comités de travail coordonnés par le MSSS sont aussi mis sur pied sur des aspects spécifiques liés au DC auxquels participent également des représentants des CSSS. L'INSPQ pour sa part collabore aux travaux des différentes instances et apporte un soutien au plan des contenus. Toutefois, chacun ressent la nécessité d'intensifier le dialogue afin de cheminer vers une plus grande complémentarité et ainsi renforcer le soutien du réseau de la santé et des services sociaux au DC.

En ce qui a trait au rôle et responsabilités des DSP en matière de DC, le Programme national de santé publique (2008), le document de l'INSPQ (2002) et la réflexion du groupe de travail sur le développement social (2000) en dressent un portrait découlant de ses mandats légaux. Ainsi, le rôle de la DSP se déploie de plusieurs façons, tout d'abord en soutien à l'action locale en fonction des besoins reconnus par le milieu. Ce premier axe d'intervention pose la question du soutien à offrir en fonction des contraintes et des mandats de la DSP. Le DC doit également être supporté à d'autres paliers, où la DSP joue un rôle important.

En fonction de ce constat, les balises présentées ici s'articulent autour du soutien à l'action locale et des actions régionales et nationales en matière de DC. Celles-ci seront d'ailleurs prises en compte dans le cadre des travaux de mise à jour du Plan d'action régional (PAR) de santé publique au cours des prochains mois.

4.2.1 Le soutien à l'action locale

Soutenir les milieux locaux dans le processus de planification menant au choix des priorités d'action et à la mise en œuvre d'actions collectives

La planification de quartier est un processus important permettant de réaliser des actions collectives visant l'amélioration des conditions et des milieux de vie. Les acteurs du milieu et les citoyens doivent se sentir interpellés par la mise en place de ces actions. Ces dernières devraient faire écho à leurs préoccupations et à leurs besoins de même qu'aux solutions envisagées par le milieu pour y répondre. Une véritable participation sociale suppose une implication de la communauté à toutes les phases de mise en œuvre d'actions collectives (diagnostic, priorités, plan d'action, réalisation et évaluation). Cette démarche de planification doit être soutenue tant au plan des contenus que des processus.

À cet égard, la DSP entend :

- poursuivre sa participation à l'*Initiative montréalaise de soutien au développement social local* et collaborer à la mise en œuvre du plan de développement élaboré conjointement par les partenaires de l'*Initiative* (Ville de Montréal, Centraide, DSP, CSSS et la Coalition montréalaise des tables de quartier). La DSP participera entre autres à la démarche visant à accroître le soutien financier aux Tables de quartier qui jouent un rôle primordial dans la planification de quartier et dans la réalisation de projets structurants dans les communautés;

- renforcer des fonctions de santé publique, notamment la connaissance/surveillance et la promotion/prévention en vue de soutenir le DC. Ainsi, selon les besoins locaux, le soutien de chacune des fonctions pourrait être apporté en lien avec les aspects suivants :

connaissance/surveillance :

- réalisation des portraits et diagnostics de quartiers ;
- mise à jour des données sur l'état de santé de la population et sur les inégalités sociales de santé.

promotion/prévention :

- étude de besoins ;
- planification et programmation locales ;
- documentation des meilleures pratiques ou des aspects importants à considérer pour la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être ;
- documentation d'enjeux identifiés par les communautés locales ;
- amélioration et harmonisation des politiques publiques favorables à la santé et au bien-être.

- accompagner les communautés dans l'expérimentation de projets novateurs ou dans le développement de nouvelles pratiques par des modalités de recherche souples favorisant la participation des acteurs aux différentes étapes du processus et misant sur *l'empowerment* des personnes et des communautés (ex. : recherche-action).

Soutenir les communautés à travers d'autres mesures de santé publique

Dans le cadre des orientations retenues par la Table régionale de santé publique pour la mise à jour des PAL, la DSP propose aux communautés locales un certain nombre d'autres mesures de santé publique destinées à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations locales.

Comme mentionné précédemment, la mise en œuvre de certaines mesures posent des enjeux compte tenu des logiques paradoxales ascendante (DC) et descendante (programmes). Cependant, ces mesures de santé publique peuvent aussi converger vers des besoins des milieux et contribuer également au développement de communautés en santé. En effet, elles misent sur l'amélioration des milieux de vie et plusieurs ont pour objectifs de réduire les inégalités sociales de la santé. Des travaux seront réalisés avec nos partenaires locaux et régionaux pour bien identifier les enjeux et les solutions les plus efficaces afin d'offrir un soutien en cohérence avec les besoins et les réalités des communautés locales.

Les mesures de santé publique plus spécifiquement concernées sont celles faisant appel à la mobilisation des communautés et à l'action intersectorielle⁹ :

- *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), composante Création d'environnements favorables;*
- *Écoles et milieux en santé (ÉMES) : Volet milieu et Prévention des toxicomanies;*
- *Prévention des infections transmises sexuellement et par le sang – ITSS;*
- *Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire;*
- *Environnement urbain favorable à la santé : Quartiers 21 et Aménager des quartiers durables*

Soutenir les milieux locaux sur le plan de la pratique évaluative

À défaut des ressources nécessaires au palier local, la pratique évaluative des diverses activités implantées dans les communautés est fréquemment reléguée au second plan. La DSP pourrait accompagner les milieux qui le désirent avec des outils et des méthodes souples et adaptées aux réalités locales de manière à rendre compte des processus et des résultats tout en offrant l'avantage de permettre

⁹ Un résumé des principaux objectifs de chacune de ces mesures se retrouve à l'**annexe 4** du document.

une rétroaction sur les actions menées et de favoriser les apprentissages. Puisque le DC ne se cantonne pas qu'à l'action locale, il y aurait lieu d'évaluer les actions menées à l'échelle régionale.

Adapter les pratiques de gestion à une approche de développement des communautés

Une véritable appropriation par le milieu de son développement, la participation citoyenne, la création de partenariats et l'action intersectorielle sont autant de processus qui s'inscrivent dans la durée. Des attentes réalistes quant aux résultats attendus du DC doivent ainsi être envisagées à long terme. Les pratiques de gestion devraient conséquemment tenir compte de cette dimension fondamentale du DC.

Ce constat implique de réviser les modes de soutien régional, de reddition de comptes et de financement de manière à respecter ces grands principes.¹⁰

Développer des stratégies de partage des connaissances avec les partenaires locaux

Le partage des connaissances liées aux fonctions de santé publique dont il a été question précédemment avec les connaissances en DC issues de l'expérience des CSSS et des partenaires locaux s'avère un aspect très important pouvant enrichir les pratiques de part et d'autre. À ce sujet, dans le cadre du volet sur le développement des communautés de l'*Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique* (IPDCD) développé par l'INSPQ, des activités s'adressant aux gestionnaires et intervenants des CSSS sont offertes en collaboration avec la DSP.

Le partage des connaissances avec l'ensemble des partenaires contribuant au DC apparaît tout aussi important pour cheminer tous ensemble vers des objectifs communs. Dans cette optique, des mécanismes rendant possible de tels échanges doivent être renforcés. Comme ces initiatives concernent également les partenaires régionaux, les perspectives à ce sujet sont davantage décrites dans la section suivante.

4.2.2 Le renforcement des arrimages avec les partenaires régionaux

Les instances locales ne possèdent pas toujours tous les leviers d'action nécessaires pour intervenir sur l'environnement plus global de leur communauté. Montréal n'est pas non plus qu'un assemblage de communautés locales. La DSP a donc été amenée à se questionner sur d'autres formes de contribution au DC, notamment au plan des arrimages avec les partenaires régionaux.

Elle n'est pas la seule à le faire. En effet, la Ville de Montréal et l'ASSSM dans leur mémoire soumis en décembre 2009 relativement au Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale appellent au renforcement des arrimages avec les partenaires régionaux. La Ville mentionne¹¹ qu'au cours des prochains mois, elle conviendra avec ses partenaires des orientations et des priorités d'une démarche régionale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, des processus de concertation et de consultation qui devront être mis en place pour son élaboration ainsi que des mécanismes à prévoir pour en assurer le suivi et la mise en œuvre. Pour sa part, l'ASSSM mentionne¹² qu'elle entend contribuer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce deuxième plan d'action.

Pour ce qui est de la contribution de la DSP en matière de DC, elle se traduit actuellement par la collaboration à diverses instances de concertation régionales visant à améliorer les conditions de vie et à

¹⁰ De concert avec les directeurs locaux de santé publique et le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), une consultation auprès des organismes communautaires et des tables de concertation locales participant à la mise en œuvre de l'une ou l'autre des mesures de santé publique aura lieu en 2010. L'objectif de cette consultation est de produire une analyse critique au regard des défis et enjeux entourant (1) nos pratiques de collaboration, (2) nos modes de financement et (3) nos pratiques d'appréciation des résultats.

¹¹ Mémoire de la Ville sur le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui veut exprimer sa volonté de susciter et d'animer une démarche concertée de la communauté montréalaise contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Décembre 2009.

¹² Mémoire de l'ASSSM, 15 décembre 2009.

réduire les inégalités sociales de la santé : Nourrir Montréal (CRÉ), Comité Famille (CRÉ), Forum sur le développement social (CRÉ), Plan stratégique de développement durable, Comité régional pour une action concertée en développement de l'enfant, Initiative de soutien au développement social local, Chaires et centres de recherche. L'apport de la DSP s'actualise alors sur les plans du soutien financier, des actions d'influence et du transfert de connaissances sur différents aspects liés aux déterminants de la santé.

À la lumière des défis identifiés comme prioritaires dans de nombreux milieux locaux (logement, services de garde, milieu scolaire et transport en sont quelques exemples), il nous apparaît approprié de renforcer les collaborations à l'échelle régionale dans l'optique d'actions communes ou d'un meilleur arrimage des actions. De plus, comme mentionné précédemment, les collaborations entre les partenaires régionaux devraient aussi avoir pour objectifs de soutenir les communautés locales de façon plus cohérente. Pour Bourque, « la coordination entre promoteurs ou bailleurs de fonds permet de développer une cohérence dans leur soutien et leurs attentes envers les pratiques de concertation et de développement des communautés. Elles sont un premier pas en direction d'une coordination et d'une intégration de nombreux appels à la concertation et à la mobilisation des communautés qui font toujours pleuvoir les convocations sur les mêmes acteurs dont la contribution au développement des communautés s'en trouve mal et, paradoxalement, sous-utilisée. (2008, p. 120).

Dans cette lignée, la DSP verra en collaboration avec ses partenaires régionaux et locaux à :

- promouvoir la tenue d'un événement annuel d'échanges et de partage sur les expériences de développement des communautés et sur les conditions favorables et propices au développement d'actions concrètes de lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales;
- encourager l'identification de problématiques et de thèmes particulièrement importants pour notre région et participer à des forums de concertation et d'action ou en favoriser la mise en place. Ces forums permettront entre autres à la DSP de faire état des enjeux de santé publique régionaux mais aussi, avec la collaboration des CSSS et des communautés locales dont elle soutient le développement, de faire écho aux problématiques locales et ainsi favoriser l'arrimage des enjeux locaux et régionaux;
- travailler conjointement à la mise en œuvre des solutions pour assurer une cohérence dans le soutien aux communautés locales.

4.2.3 Les actions d'influence sur les politiques publiques

Conformément à l'un des mandats que lui confère la loi (LSP, article 53), la DSP a le pouvoir d'influencer et de promouvoir auprès des divers intervenants concernés l'adoption de politiques favorables à la santé et d'actions qui tiennent compte de l'importance des déterminants sociaux de la santé. Ce rôle apparaît d'autant plus important que plusieurs acteurs locaux ne disposent pas toujours des leviers d'action et des ressources nécessaires à la tenue d'activités de représentation. Les municipalités et les représentants des différents ministères sont, à titre d'exemple, des partenaires privilégiés de la DSP dont les décisions peuvent avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, la DSP privilégie divers moyens pour faire entendre sa voix : publication d'avis et de mémoires, concertation, participation à des forums régionaux, etc.

Devant l'importance des politiques publiques pour agir de façon systémique sur des enjeux liés aux conditions et milieux de vie, il nous semble pertinent de favoriser les occasions d'échanges et de réflexion sur le sujet. À ces occasions, plusieurs aspects mériteraient selon nous qu'on s'y attarde. De quelle façon les actions d'influence peuvent-elles être renforcées ? Quels sont les enjeux locaux identifiés comme étant prioritaires par les communautés et quelles sont les actions d'influence qui pourraient être privilégiées aux paliers régional et national ? Quelle est la portée des politiques familiales ou sociales qui existent actuellement ? Tel que mentionné précédemment, ces questions seront à l'ordre du jour des travaux de mise à jour du plan d'action régional (PAR) de santé publique au cours des prochains mois.

Mentionnons enfin que l'acquisition d'une meilleure compréhension des effets des politiques publiques sur la santé des populations et sur les inégalités sociales nous semble nécessaire, d'autant que celles-ci demeurent somme toute peu nombreuses (M. Bourque et A. Quesnel-Vallée, 2006).

4.3 Le rôle de la santé publique locale (CSSS)

Dans le cadre de leurs responsabilités en santé publique, les CSSS assument essentiellement deux rôles : le soutien à l'action locale dans le cadre de la stratégie de DC et la contribution aux politiques publiques locales. En corollaire à ces rôles, en tant qu'employeurs, ils peuvent aussi apporter une contribution au développement des communautés de leur territoire.

4.3.1 La participation et le soutien à l'action locale

Promouvoir et soutenir la planification locale de quartier

Les démarches de planification locale de quartier sont ouvertes à l'ensemble des acteurs. Elles constituent des moments privilégiés de participation des citoyens et des acteurs tant locaux qu'externes au quartier. Ces exercices permettent de mettre en commun la connaissance collective qui existe sur le quartier, de réaliser un diagnostic partagé, de décider ensemble des priorités d'action et de convenir d'un plan d'action concerté.

Ces exercices collectifs permettent aux CSSS de contribuer à la définition des enjeux de santé et de bien-être pour la population et d'y faire valoir l'action sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que la contribution des programmes de santé publique à la réduction des inégalités de santé.

Ainsi dans l'accomplissement de leur rôle en DC, les CSSS verront à :

- promouvoir la pertinence de la planification locale de quartier comme lieu d'intégration des besoins et des ressources pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population locale;
- contribuer, par les connaissances tirées de la surveillance de l'état de santé de la population et par leur expertise, à dresser les portraits et les diagnostics de quartier;
- faire valoir, à l'intérieur des processus de planification de quartier, les programmes de santé publique en réponse aux besoins locaux.

Soutenir les organismes communautaires et les structures de concertation et de partenariat

Le soutien aux organismes communautaires et aux structures locales de concertation se fait principalement par le biais de l'offre de service du CSSS en organisation communautaire et la participation de la direction du CSSS aux instances stratégiques et décisionnelles de la communauté.

Dans l'exercice de ce rôle les CSSS :

- soutiennent les organismes communautaires dans l'exercice de leur mission;
- apportent un soutien aux tables de quartier, aux tables de concertation sectorielles, aux groupes de travail du quartier, notamment dans les domaines de la mise en place, de la coordination et du suivi de projets ainsi que de l'animation.

Soutenir les actions favorisant la participation citoyenne

Parmi les cinq principes centraux du développement des communautés figure : **la participation** des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent et

l'empowerment, c'est-à-dire la reconnaissance et le développement du potentiel de leadership des personnes, des groupes et des communautés et la reconnaissance de leur compétence à décider et à agir. Le soutien au développement des communautés implique donc le soutien à la participation des citoyens et à leur implication dans l'amélioration des conditions de vie qui les concernent.

De façon concrète, les CSSS soutiennent :

- l'implantation d'espaces de participation et *d'empowerment* dans la communauté locale;
- les citoyens et les leaders locaux qui contribuent au DC.

4.3.2 Le renforcement des actions sur les politiques publiques locales

De par leur responsabilité populationnelle et leur expertise, les CSSS peuvent influencer les décideurs locaux quand à l'adoption de politiques et de mesures qui sont favorables à la santé des populations locales.

À cet égard, ils favoriseront la participation des intervenants et des gestionnaires du CSSS dans les lieux stratégiques de concertation en regard de la santé et du bien-être de la population.

Ils verront, au besoin, sur des enjeux locaux prioritaires, à fournir aux décideurs locaux un avis visant le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population locale.

4.3.3 L'élaboration de politiques internes favorables au développement des communautés

Les CSSS, au même titre que d'autres entreprises de leur territoire, sont des employeurs importants dans leur communauté. À ce titre, ils peuvent élaborer et soutenir la mise en œuvre de politiques favorables au développement des communautés desservies à l'interne de leur établissement telles :

- une politique concernant le partenariat et le soutien au DC dans laquelle on pourrait retrouver :
 - les valeurs et les principes de l'établissement en ces matières ;
 - les fondements du partenariat ;
 - les orientations et les mesures mises de l'avant par l'établissement comme partenaire;
- une politique favorisant l'embauche locale;¹³
- une politique supportant l'implication personnelle des employés de l'établissement dans la communauté;
- une politique favorisant la contribution du milieu aux orientations et à la définition de l'offre de services du CSSS.

4.4 L'appréciation des résultats et la reconnaissance des contributions

L'implantation de la nouvelle loi sur la Santé et les Services sociaux a introduit de nouveaux modes de gestion lesquels font une part importante à la reddition de comptes. Alors que plusieurs mesures de reddition de comptes ont été déterminées dans beaucoup de champs d'activités de la santé et des services sociaux, il a été plus difficile de le faire en matière de soutien au développement des communautés. Actuellement, bien que des travaux aient été entrepris par la Direction générale de la

¹³ À titre d'exemple, le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, avec ses partenaires dont l'École des métiers des Faubourgs de Montréal, a mis sur pied un Centre de formation professionnelle en milieu de travail afin de favoriser l'embauche locale.

santé publique du Québec, aucune cible ni aucun indicateur de gestion en matière de soutien au développement des communautés ne fait partie des ententes de gestion entre le Ministère et les Agences et entre celles-ci et les établissements. Cette lacune est préjudiciable à la reconnaissance de l'apport du DC en matière de santé publique.

Par ailleurs, la contribution des établissements au développement de leur communauté a souvent été perçue différemment par la DSP et par les établissements. La DSP a toujours souhaité que les établissements évaluent avec rigueur et homogénéité leur contribution au développement de leur communauté. Traditionnellement, les établissements et leurs partenaires communautaires ont réclamé plus d'autonomie dans l'action et dans la façon d'évaluer leur contribution à la communauté et les résultats qu'ils obtiennent.

D'un autre côté, plusieurs - et ils sont de plus en plus nombreux - sont d'avis que pour assurer la pérennité même de l'effort consenti en DC par le réseau de la santé et des services sociaux, il apparaît important de mesurer ensemble le chemin parcouru et les résultats obtenus par ce travail collectif. Ceci vaut pour le niveau local mais également pour le niveau régional.

4.4.1 La contribution conjointe DSP-CSSS

Un cadre de référence pour le développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique est en voie d'être adopté par la TRSP¹⁴. Les travaux à venir intégreront éventuellement des indicateurs de suivi et d'effet des actions en DC. Les balises d'action et les pistes en matière d'appréciation des actions de santé publique en soutien au DC devraient contribuer à concilier les logiques paradoxales des programmes balisés au plan national et des initiatives de développement des communautés. Autrement dit, nous nous devons de traduire nos actions en indicateurs qui rendent compte des résultats en terme de santé mais surtout du processus indispensable à la qualité de l'action et l'atteinte des dits résultats en DC.

En ce qui concerne la portion commune au PAR et aux PAL imputable aux décideurs politiques et dont les balises sont décidées au palier national, puis régional et enfin local, les actions s'appuient sur la Charte d'Ottawa et les déterminants de la santé¹⁵ (les prédispositions biologiques et génétiques, les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé, les conditions de vie, l'environnement physique, l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources). Les indicateurs attendus devront donc découler des objectifs en lien avec ces déterminants. Ultimement, on souhaite des résultats probants dans l'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie et ce, dans l'ensemble des programmes de santé publique.

Le soutien au DC relève d'une logique d'autodétermination communautaire des priorités et des solutions locales. Pour fournir le plus d'informations, les indicateurs d'appréciation de la performance devront donc s'attarder entre autres aux ressources déployées, aux processus utilisés, aux effets attendus, à l'influence de l'environnement, ainsi qu'aux principes mis de l'avant dans le DC¹⁶ (la participation, l'empowerment, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités et l'harmonisation et la promotion des politiques favorables à la santé).

¹⁴ Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Cadre de référence pour le développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique du territoire montréalais*, décembre 2009.

¹⁵ Une nomenclature permettant de classer les indicateurs de performance a été développée dans le cadre du monitoring des Services intégrés en périnatalité et en petite enfance en 2006 de laquelle il serait intéressant de s'inspirer pour les travaux futurs.

¹⁶ Le tableau présenté à l'**annexe 5** propose une liste brève d'indicateurs de performance associés aux principes de DC.

4.4.2 La contribution de la DSP

Les travaux pour le développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique sont menés sous l'angle de la participation. De plus, étant soucieuse d'adapter les pratiques de gestion de l'information et d'évaluation à la réalité du développement des communautés, et en collaboration avec le Ministère, les CSSS, les tables de concertation, les partenaires locaux et régionaux, la DSP verra à faire valoir :

- les processus et les résultats obtenus en DC tant au niveau local que régional;
- les processus et les résultats des programmes de santé publique qui ont cours dans les communautés;
- les contributions des différents acteurs au DC

4.4.3. Les contributions des CSSS

Participer à l'identification et à la mise en application d'indicateurs propres à faire état de l'avancement des interventions en DC

En complément aux indicateurs relatifs au DC nommés précédemment, les CSSS pourraient proposer d'autres repères en lien avec leur rôle en tant qu'acteur, partenaire et intervenant professionnel en soutien au DC. Ceux-ci pourraient porter sur:

- des mesures internes visant à consolider la participation des CSSS au développement des communautés ;
- des mesures externes portant sur leur implication en soutien au DC.

Ces repères permettraient de préciser ce à quoi on reconnaît un CSSS performant dans le développement des communautés qu'il dessert.¹⁷

Promouvoir la reconnaissance de la contribution des CSSS au développement de leurs communautés

La contribution des CSSS au développement de leurs communautés n'est pas toujours reconnue à sa juste valeur. Plusieurs CSSS le déplorent, à juste titre, et souhaitent que leur contribution soit plus connue et reconnue.

Pour contribuer à contrer cette lacune, les CSSS verront à :

- produire et diffuser, sur une base annuelle, un bilan des mesures adoptées pour le développement de leurs communautés ainsi que des actions concrètes réalisées et auxquelles ils ont contribué.

Les CSSS participent et contribuent de façon indéniable au développement des communautés en tant qu'acteur institutionnel et de par les services professionnels qui soutiennent les communautés. Il est cependant difficile d'isoler la part du CSSS dans le développement des communautés. Les résultats obtenus ne sont jamais l'effet de la seule contribution des CSSS mais de celle de l'ensemble des partenaires locaux et de leurs alliés ainsi que des citoyens de cette communauté. La production et la diffusion de ce rapport permettraient de mettre en évidence la contribution du CSSS dans les réalisations collectives des communautés desservies.

¹⁷ Cette démarche pourrait s'inspirer des travaux réalisés par un comité de travail provincial coordonné par le MSSS et regroupant des représentants de l'INSPQ, des DSP et des CSSS.

CONCLUSION

Ce document décrit brièvement les principaux concepts associés au développement des communautés et explique les raisons pour lesquelles le DC est reconnu comme une stratégie clé en promotion de la santé. Le cadre légal situe les rôles et responsabilités de la DSP et des CSSS relativement au DC tandis que la trajectoire historique présente l'évolution des interventions réalisées par le réseau de la santé et des services sociaux au plan local et régional.

Le contexte actuel identifie les acquis mais aussi les défis à relever, notamment dans le cadre de la mise à jour du plan régional et des plans locaux de santé publique 2010-2015. Enfin, des moyens concrets sont présentés afin de mettre en œuvre la stratégie de soutien au DC et ce, en cohérence avec les changements survenus dans notre réseau, dans les communautés locales et au plan régional.

Dès maintenant, nous désirons étendre nos échanges aux membres de nos organisations. Par la suite seulement, nous ferons appel à l'ensemble de nos partenaires locaux et régionaux afin de connaître leur point de vue et de partager nos réflexions. Ces échanges permettront d'adapter le mieux possible notre stratégie de soutien aux besoins des communautés locales et contribuera, en collaboration avec l'ensemble des acteurs et tables de concertation déjà mobilisés, au développement de communautés en santé, solidaires et inclusives.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006), *Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, cadre de référence régional, 34 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (déc. 2009), mémoire soumis lors de la consultation sur le deuxième Plan d'action gouvernemental en matière de pauvreté et d'exclusion sociale.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2009), *Orientations régionales du réseau de la santé et des services sociaux en développement social et en développement des communautés*, 33 p.

Berrada, K., Boivin, M. et I. Fortier (avril 2005). *Étude de la variation géographique de l'asthme pédiatrique sur le territoire de l'île de Montréal entre 1995 et 2000. Une analyse spatiale des données d'hospitalisation*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 49 p.

Blondin, M. (2008), *Le changement social : la nécessité d'innover*, inédit.

Bourque, D. et L. Favreau (2003). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, 50, pp. 295-308

Bourque, D., Mercier C. (2008). *Le développement des communautés au coeur de la mission des CSSS*. Théma, Bulletin de la chaire GETOS FCRSS/IRSC sur la gouverne et la transformation des organisations de santé, Volume 5, Numéro 1, Février 2008, p. 2-6

Bourque, D (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 139 p.

Bourque D. (1997), « Trajectoire de l'organisation professionnelle », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.10, no.1, p. 59-70

Commission mondiale sur l'environnement et le développement (1987), *Notre avenir à tous*, présidée par Madame Gro Harlem Brundtland, Assemblée nationale des Nations Unies.

Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières (1988), *Lexique des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, Trois-Rivières.

Direction régionale de la santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, gouvernement du Québec, 133 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires. Rapport de la directrice de santé publique*, 56 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). *Cadre de référence pour le soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012*, 24p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal : une étude géomatique*, 13 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009), *Proposition de cadre de référence pour le développement d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PALs en santé publique du territoire montréalais*, 99 p.

Gouvernement du Québec (2007), *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*, 83 p.

Groupe de travail sur le développement social (2000). *Agir ensemble... et faire autrement : le rôle de la Direction de santé publique de Montréal-Centre en développement social*, 26 p.

Hyppolite, S. *La participation à une organisation volontaire : la clé d'un nouveau modèle d'empowerment psychologique, organisationnel et communautaire*, Communication sur affiche dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2003.

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

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Riche de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans – Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 162 p.

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 131 p.

Laberge, A. et J. Morrisset, en collaboration avec M. Imbeau (janvier 2007). *Une lecture stratégique des conditions de mise en oeuvre*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 36 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2005), *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 120 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *L'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 : la perspective des acteurs en santé publique*, Québec, MSSS, 51 p.

Ministère de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec (2006). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Gouvernement du Québec, 162 p.

Ninacs, William A. *Les inégalités en santé sous la loupe de l'empowerment : enjeux et défis*. Présentation faite lors de la journée du 23 novembre 2007 « Pour réduire les inégalités sociales de santé : la nécessaire concertation entre la recherche et l'action » dans le cadre des Journées annuelle de santé publique 2007 <http://www.inspq.qc.ca/archives/>

Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 425-430.

Richard, L., Breton, É. R., Lehoux, P., Martin, C., & Roy, D. (1999). La perception des professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: approche écologique et participation. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 90, 99-103.

Ville de Montréal (décembre 2009) Vers une démarche montréalaise concertée contre la pauvreté et l'exclusion sociale, mémoire présenté aux audiences sur le deuxième *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*

pour consultation interne

pour consultation interne

ANNEXE 1

LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

La participation

La participation est un élément fondamental du développement des communautés. L'amélioration des conditions de vie ne peut se faire sans la participation des citoyens et des acteurs concernés par ces changements. La participation citoyenne suppose la reconnaissance de la capacité qu'ont les citoyens d'influencer l'évolution de leur communauté, aussi nommée « l'expertise citoyenne ». Cette expertise doit se déployer à toutes les phases d'implantation d'actions collectives : de l'identification des besoins du milieu au choix des priorités d'action et à leur mise en oeuvre. La participation des citoyens s'articule en fonction de différents stades : information, consultation, prise de parole et de décisions, etc. (CSBE, 2000 : INSPQ 2002). L'intégration de procédures et de mécanismes démocratiques dans les lieux décisionnels est donc requise pour faire de l'expertise citoyenne une véritable condition sine qua none du développement des communautés et de *l'empowerment* (INSPQ 2002, Bourque et Mercier, 2008),

L'empowerment

L'empowerment désigne, chez l'individu ou la communauté concernée, la capacité d'agir concrètement de façon autonome ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir. *L'empowerment* individuel est indissociable de *l'empowerment* collectif dans la mesure où « *une communauté capable d'agir est une communauté où ses membres mettent en commun leurs capacités et leurs ressources afin de devenir une communauté compétente* (INSPQ, 2002 : 25) ». *L'empowerment* repose sur « *la participation citoyenne et la participation des organisations au processus d'action sociale* » et suppose « *un développement par et pour l'ensemble du milieu* » (Bourque et Mercier, 2008). Dans une perspective de santé publique, *l'empowerment* vise l'augmentation du contrôle des individus et des communautés sur les différents déterminants de la santé.

La concertation et le partenariat

Le développement des communautés suppose une action sur divers déterminants qui influencent les conditions de vie et dont les leviers d'action appartiennent à divers secteurs d'activités (économique, santé, scolaire, municipal, communautaire, etc.). Les interventions doivent ainsi se caractériser par la mise en commun des compétences, des forces et des connaissances de chacun par le biais de la concertation et de partenariats.

« La réussite du développement des communautés repose en bonne partie sur la capacité à assurer la concertation des acteurs concernés et à traduire cette concertation en partenariats, c'est-à-dire en projets et en actions librement convenus afin de répondre aux besoins reconnus conjointement » (Bourque et Favreau, 2003 : 299-300).

La concertation réfère à un processus plus ou moins formel et décisionnel permettant le rassemblement d'acteurs, avec des mandats et des engagements plus ou moins souples (INSPQ, 2002 : 26-27). Quant au partenariat, il s'actualise dans l'action, par le biais de projets communs ou conjoints entre divers partenaires qui « additionnent leurs expertises » (Bourque et Favreau, 2003 : 300).

La réduction des inégalités

La réduction des inégalités sociales constitue un enjeu important de développement. « *Prévenir et réduire des inégalités sociales et économiques* » constitue d'ailleurs une des orientations de la stratégie gouvernementale de développement durable (Gouvernement du Québec, 2007). Les impacts des inégalités sociales sur la santé et le bien-être ont largement été démontrés. On note généralement une évolution graduelle de la mortalité et la morbidité selon le niveau de défavorisation. La réduction des inégalités repose notamment sur les valeurs de justice sociale, d'équité et de solidarité. La consolidation d'actions visant à améliorer les conditions de vie (revenu, emploi, éducation, logement, inclusion sociale, sécurité alimentaire, accès aux services, etc.) est donc essentielle pour réduire les inégalités. Ce principe repose fortement sur la concertation et le partenariat ainsi que sur la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

L'harmonisation et la promotion des politiques favorables à la santé

L'élaboration et la promotion de politiques publiques saines, qu'elles soient municipales, régionales ou nationales, demeurent un moyen essentiel pour améliorer les conditions de vie. Les politiques publiques saines sont celles qui s'intègrent dans une intervention qui vise l'amélioration du milieu de vie, de l'environnement, des habitudes de vie et des comportements ainsi que la réduction des inégalités sociales (INSPQ, 2002). Le positionnement de la santé au rang des grands enjeux sociaux au cours des dernières années a amené les directions de santé publique à affirmer et à développer leur capacité d'influence auprès des divers acteurs sociaux et leur leadership en la matière (Groupe de travail sur le développement social, 2000 : 12). À ce titre, l'article 53 de la loi sur la Santé publique stipule que les acteurs de santé publique, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Il va sans dire que l'élaboration de politiques publiques doit favoriser la participation des citoyens, qui elle, réciproquement, contribue à l'adoption de politiques favorables à la santé.

ANNEXE 2

ÉNONCÉ DE VISION ADOPTÉ PAR LE COMITÉ DSP-CSSS EN DÉVELOPPEMENT DURABLE DE LA TABLE RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (2007)

Engagée dans la réduction des inégalités sociales de la santé, la DSP et les CSSS visent un environnement urbain où :

- le réseau des transports collectifs est bien développé, accessible et abordable, il permet de se déplacer sans avoir recours à l'automobile;
- l'aménagement urbain favorise la mixité sociale, la mixité des fonctions (résidentielle, commerciale et professionnelle) et les services de proximité dans un voisinage convivial;
- le système alimentaire offre des aliments sains de manière équitable;
- les espaces publics et collectifs sont aménagés de telle sorte que les personnes se sentent en sécurité et que leur occupation soit partagée par tous;
- les citoyens participent activement aux enjeux et aux décisions qui les concernent;
- les espaces verts sont présents dans tous les quartiers;
- l'air est de bonne qualité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des bâtiments;
- les logements sont accessibles, abordables, adaptés, sains et sécuritaires, et tiennent compte des besoins des personnes en situation de précarité;
- l'aménagement urbain favorise les déplacements à pied et à vélo de façon sécuritaire, permettant aux citoyens et citoyennes d'être physiquement actifs;
- l'accès aux services de santé est équitable et optimal pour tous ;
- la lutte contre l'exclusion sociale est une préoccupation majeure dans le développement des communautés;
- les droits humains fondamentaux sont respectés par la collectivité;
- les écoles sont ouvertes sur la communauté. »

ANNEXE 3

CARTE AVEC LES DÉLIMITATIONS DES TERRITOIRES DE CSSS ET DES TABLES DE QUARTIER

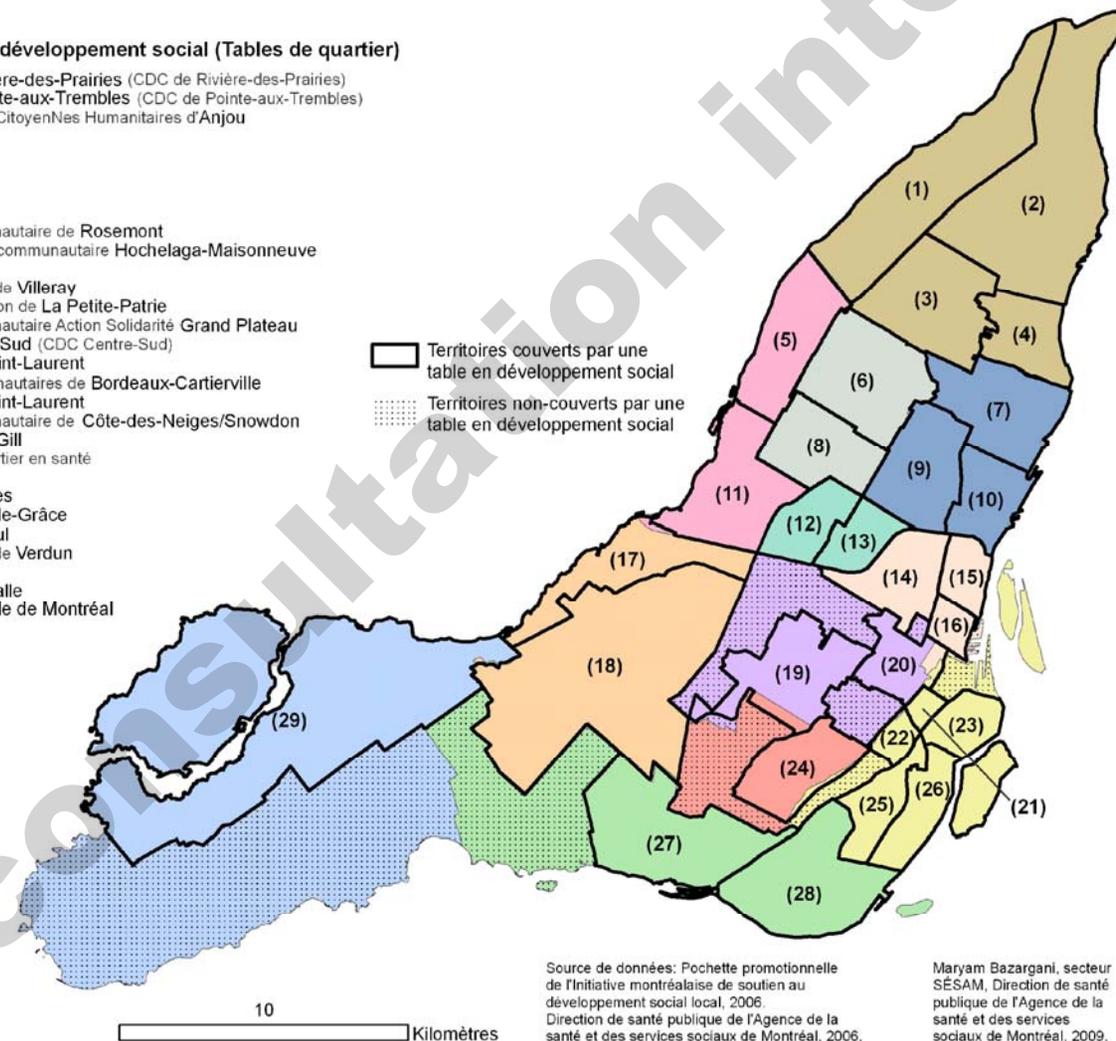
Tables locales de concertation en développement social (Tables de quartier)

- (1) Table de développement social de **Rivière-des-Prairies** (CDC de Rivière-des-Prairies)
- (2) Table de développement social de **Pointe-aux-Trembles** (CDC de Pointe-aux-Trembles)
- (3) Regroupement des Organismes et des CitoyenNes Humanitaires d'**Anjou**
- (4) **Solidarité Mercier-Est**
- (5) **Montréal-Nord** en santé
- (6) Concertation **Saint-Léonard**
- (7) **Mercier-Ouest** Quartier en santé
- (8) **Vivre Saint-Michel** en santé
- (9) Corporation de développement communautaire de **Rosemont**
- (10) Conseil pour le développement local et communautaire **Hochelaga-Maisonneuve**
- (11) **Solidarité Ahuntsic**
- (12) Regroupement pour le développement de **Villeray**
- (13) Regroupement des tables de concertation de **La Petite-Patrie**
- (14) Corporation de développement communautaire Action Solidarité **Grand Plateau**
- (15) Table de développement social **Centre-Sud** (CDC Centre-Sud)
- (16) Table de concertation du **Faubourg Saint-Laurent**
- (17) Conseil Local des Intervenants Communautaires de **Bordeaux-Cartierville**
- (18) Comité des Organismes Sociaux de **Saint-Laurent**
- (19) Corporation de développement communautaire de **Côte-des-Neiges/Snowdon**
- (20) Table Inter-action du quartier **Peter McGill**
- (21) Coalition de la **Petite-Bourgogne**/Quartier en santé
- (22) **Solidarité Saint-Henri**
- (23) Action-Gardien de **Pointe Saint-Charles**
- (24) Conseil communautaire **Notre-Dame-de-Grâce**
- (25) Concertation **Ville-Émard-Côte St-Paul**
- (26) Concertation en développement social de **Verdun**
- (27) Concert'Action **Lachine**
- (28) Table en développement social de **LaSalle**
- (29) Table de quartier du **Nord-Ouest-de-l'Île** de Montréal

Territoires de CSSS

- Ahuntsic et Montréal-Nord
- Bordeaux-Cartierville–St-Laurent
- Cavendish
- Coeur-de-l'Île
- de la Montagne
- Dorval-Lachine–LaSalle
- Jeanne-Mance
- Lucille-Teasdale
- Ouest-de-l'Île
- Pointe-de-l'Île
- St-Léonard et St-Michel
- Sud-Ouest–Verdun

- Territoires couverts par une table en développement social
- Territoires non-couverts par une table en développement social



Source de données: Pochette promotionnelle de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2006.
 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.

Maryam Bazargani, secteur SESAM, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009.

ANNEXE 4

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX OBJECTIFS DES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE EN SOUTIEN AUX COMMUNAUTÉS LOCALES

INITIATIVE MONTRÉLAISE DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL

L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local est financée conjointement par la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal et la DSP. «Elle a pour but l'amélioration de la qualité et des conditions de vie de la population montréalaise dans les domaines de la vie sociale et communautaire, la santé, l'aménagement urbain, l'environnement, l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité, l'emploi, la sécurité alimentaire, la culture, les sports et les loisirs.

Pour ce faire, elle accorde un soutien financier à des OBNL mandataires pour : promouvoir et soutenir la participation des divers acteurs (y compris les citoyennes et les citoyens) dans une démarche collective ; contribuer à la mise au point d'actions concertées en développement social local entre les partenaires (organismes, organisations, citoyennes et citoyens) issue de divers secteurs et réseaux d'intervention. »

¹⁸ La subvention accordée permet de soutenir un mécanisme structuré et permanent de concertation intersectorielle et multiréseaux en développement social sous la forme d'une table locale de concertation.

LES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ (SIPPE), COMPOSANTE CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Ce programme s'articule selon deux composantes complémentaires: *l'Accompagnement des familles* (AF) et *la Création d'environnements favorables* (CEF). En fonction d'une approche écologique, ces deux composantes concourent à agir à plusieurs niveaux dans l'optique de favoriser le développement et l'adaptation sociale des enfants de -9 mois à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité et de réduire les inégalités sociales de la santé.

La composante CEF s'adresse quant à elle à l'ensemble des familles et vise spécifiquement les conditions et milieux de vie d'une communauté par le truchement, notamment, de l'action intersectorielle locale, régionale et nationale. Le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés apparaît enfin comme une stratégie clé et transversale aux deux composantes des SIPPE. ¹⁹

ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ (ÉMES) VOLET MILIEU ET TOXICO

Cette mesure vise à soutenir, dans les territoires des Installations de CLSC, les initiatives de concertation locale qui favorisent les collaborations entre le milieu communautaire, le secteur de la santé et le secteur scolaire en lien avec la prévention des problèmes suivants : le décrochage scolaire, la violence, l'oisiveté et la délinquance ainsi que les dépendances (alcool et drogues). Il s'agit des Plans intersectoriels Jeunesse, du Fonds de soutien à l'action intersectorielle Volet A, des actions communautaires intersectorielles et du Programme régional de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies.

¹⁸ Ville de Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centraide et Coalition montréalaise des tables de quartier, *Initiative montréalaise de soutien au développement social local, Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation*, 2006, p. 9.

¹⁹ Maude Beausoleil, document de travail, Cadre de référence en DS/DC, Direction de santé publique, octobre 2008, p. 25.

PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG–ITSS

L'objectif de cette mesure est de réduire les facteurs de vulnérabilité dans les groupes les plus à risque en :

- soutenant les initiatives visant l'inclusion des personnes marginalisées et la cohabitation sociale telles les projets axés sur *l'empowerment* et l'insertion des personnes, sur l'exercice de la citoyenneté, sur les regroupements d'usagers de drogues pour la défense de leurs droits (notamment à la santé), sur la médiation sociale et sur la sensibilisation des communautés aux réalités des personnes marginalisées;
- renforçant l'action communautaire pour développer et consolider les partenariats sectoriels (réseau de la santé et communautaire) et intersectoriels (Ville, sécurité publique, autres ministères ou institutions publiques) visant l'amélioration des conditions de vie des personnes vulnérables, de même que le développement de milieux favorables à la santé et les actions d'influence sur les politiques publiques.

PROGRAMME DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Ce programme propose une approche de mobilisation pour le renforcement de la capacité d'agir des communautés sur les conditions favorables à une saine alimentation, et ce, dans une perspective de réduction des inégalités et de développement durable.

Les objectifs poursuivis sont :

- améliorer l'accès aux aliments santé, plus spécifiquement aux fruits et légumes frais, en priorisant les secteurs défavorisés et mal approvisionnés;
- mobiliser les citoyens et les acteurs locaux pour l'identification et l'implantation de solutions durables afin d'améliorer l'accès aux aliments santé;
- assurer la complémentarité des activités reliées aux enjeux alimentaires locaux et ce, dans une perspective de développement durable (transmission de connaissances et d'habiletés culinaires, offre des commerces, liens avec les producteurs, aménagement urbain, transport, *lobbying* sur le revenu, le logement, etc.).

UN ENVIRONNEMENT URBAIN FAVORABLE À LA SANTÉ :

QUARTIER 21

Conjointement avec la Ville de Montréal et l'Agence de santé publique du Canada, soutenir la promotion, l'implantation et l'évaluation de projets Quartiers 21 dans des quartiers montréalais et permettre ainsi l'application au niveau local des principes de l'Agenda 21 en développement durable.

AMÉNAGER DES QUARTIERS DURABLES

Soutenir des initiatives de quartier en :

- visant à diminuer les risques de violence et d'agression envers les groupes vulnérables par l'aménagement du milieu;
- favorisant le transport actif, le transport collectif et la sécurité des déplacements par des aménagements qui améliorent la densité, la mixité des fonctions, la proximité des services, la sécurité et la connectivité des réseaux de transport et des voies de déplacement.

ANNEXE 5

Proposition d'indicateurs du développement des communautés à convenir lors des travaux de mise en œuvre du Cadre de référence d'un système d'appréciation de la performance du PAR et des PAL en santé publique

Principes	Dimensions	Indicateurs	Source documentaire
1. Empowerment collectif	1.1. Dynamique de participation	1.1.1. Couverture des perspectives 1.1.2. Mobilisation des acteurs à l'étape des choix stratégiques 1.1.3. Positionnement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence 1.1.4. Engagement des acteurs stratégiques et névralgiques	Bilodeau et Allard, à paraître en 2007
	1.2. Stratégies de mobilisation citoyenne	1.2.1. Moyens mis en place pour faciliter l'accueil, l'intégration et l'implication des acteurs du milieu 1.2.2. Contribution des partenaires en fonction des priorités retenues et continuité des partenaires 1.2.3. Mécanismes mis en place pour faciliter l'implication des citoyens	Monitoring 1,2,3,GO !
	1.3. Compétences	1.3.1. Imputabilité faisant la compétence des individus et de la communauté 1.3.2. La capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et de tirer profit des synergies qui en découlent 1.3.3. Les habiletés consensuelles et décisionnelles et une capacité et une volonté d'autogestion de son développement 1.3.4. Le renforcement des réseaux de soutien aux individus	Ninacs, cité dans INSPQ, 2002
	1.4. Communication	1.4.1. Circulation efficace de l'information générale 1.4.2. Accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques précis 1.4.3. Transparence dans les processus décisionnels	Ninacs, cité dans INSPQ, 2002
	1.5. Capital communautaire	1.5.1. Sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement 1.5.2. Conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres	Ninacs, cité dans INSPQ, 2002
2. Réduction des inégalités (matérielles, sociales et culturelles)	2.1. Satisfaction des besoins essentiels	2.1.1. Sécurité physique : nourriture, logement et services publics (chauffage et éclairage), vêtements, eau propre et hygiène, protection contre la violence et les abus 2.1.2. Santé physique et mentale : soins de santé, programmes de développement de l'enfant et de stimulation, bâtir l'estime de soi, counseling, alcool et drogues	Torjman, 1998

	2.2. Abolition des obstacles	2.2.1. Accès aux services de garde abordables et de bonne qualité 2.2.2. Aide financière pour les coûts afférents au marché du travail 2.2.3. Besoins spécifiques pour limitations fonctionnelles 2.2.4. Accès au transport abordable et de bonne qualité	Torjman, 1998
	2.3. Acquisition des compétences	2.3.1. Habilités sociales de base 2.3.2. Programme de formation professionnelle 2.3.3. Stages rémunérés 2.3.4. Programmes de langues et d'alphabétisation 2.3.5. Perfectionnement scolaire 2.3.6. Soutien financier travailleur autonome	Torjman, 1998
	2.4. Promotion du développement économique	2.4.1. Création d'emplois 2.4.2. Rétention de la main d'œuvre 2.4.3. Travail autonome 2.4.4. Accès au capital 2.4.5. Mise sur pied de PME, coopératives de travail 2.4.6. Assistance technique (planification, plans d'affaires, marketing, etc.)	Torjman, 1998
3. Fonctionnement intersectoriel	3.1. Composition intersectorielle	3.1.1. Plusieurs secteurs et niveaux représentés 3.1.2. Champs d'action interpellés : alimentation, petite enfance, logement, transport, sécurité, etc.	PNSP
	3.2. Animation de la concertation	3.2.1. Partage des dossiers entre les partenaires 3.2.2. Mécanismes de prise de décisions et mécanismes de résolution de conflits 3.2.3. Mandat et responsabilités du coordonnateur	Monitoring 1,2,3,GO !
	3.3. Formalisation des procédures	3.3.1. Rencontres régulières 3.3.2. Utilisation d'un ordre du jour 3.3.3. Procès-verbaux / comptes-rendus 3.3.4. Sous-comités 3.3.5. Énoncé de mission écrit 3.3.6. Objectifs et buts par écrit 3.3.7. Processus formel de prise de décision 3.3.8. Charte organisationnelle 3.3.9. Procédures / rôles par écrit 3.3.10. Attentes précises du rendement individuel 3.3.11. Processus d'imputabilité 3.3.12. Le mandat du groupe de travail est reconnu officiellement par les différentes organisations membres 3.3.13. Le mandat de chacun des membres est clairement défini 3.3.14. Le groupe de travail dispose de ressources lui permettant de réaliser son mandat 3.3.15. Il existe un protocole de fonctionnement qui traite de la mise en commun des ressources	Allen, 2005 Beaudry & Marier, 2005

		<p>3.3.16. Le plan d'action est composé d'activités concrètes</p> <p>3.3.17. Le plan d'action comporte des objectifs faciles à atteindre</p> <p>3.3.18. Budget, états financiers vérifiés</p> <p>3.3.19. Mode de suivi des ressources humaines (probation, support, évaluation)</p>	Monitoring 1,2,3,GO !
4. Action en partenariat	4.1. Lien de partenariat	<p>4.1.1. Information</p> <p>4.1.2. Planification et coordination conjointe</p> <p>4.1.3. Réalisation conjointe</p> <p>4.1.4. Référence</p>	Bilans <i>SIPPE</i>
	4.2. Arrangements de partenariat	<p>4.2.1. L'égalisation des rapports de pouvoir entre les acteurs</p> <p>4.2.2. La co-construction de l'action</p>	Bilodeau et Allard, à paraître en 2007
	4.3. Synergie des partenariats	<p>4.3.1. Efficace : interaction productive (pont entre les différentes cultures, partage du pouvoir, dialogue ouvert)</p> <p>4.3.2. Efficience : engagement dans des rôles qui correspondent aux forces et intérêts des acteurs</p>	Bilodeau et Allard, à paraître en 2007
5. Harmonisation des politiques publiques	5.1. Engagement organisationnel	<p>5.1.1. Positionnement du CSSS au plus haut niveau (CA et direction) exprimant une volonté d'agir dans une perspective et à travers une politique et un projet institutionnel de DC, traduite dans des modes concrets d'action, incluant une responsabilité spécifique (poste, tâche) pour l'actualisation du DC</p> <p>5.1.2. Une place et un recours appropriés à l'organisation communautaire du CLSC, comme pratique professionnelle et expertise acquise au plan du processus de DC</p> <p>5.1.3. Des ressources financières et humaines suffisantes consacrées aux actions de concertation interne et externe, et à la mobilisation des partenaires sur des projets et dossiers reconnus comme majeurs ou urgents pour la communauté</p> <p>5.1.4. La valorisation de la formation continue au DC, à acquérir de préférence en collaboration entre acteurs internes et externes, gestionnaires et intervenants, professionnels cliniques et communautaires</p>	Bourque & Mercier, 2008
	5.2. Soutien régional de la santé publique	<p>5.2.1. Soutien régional aux actions locales</p> <p>5.2.2. Influence régionale auprès des partenaires régionaux</p> <p>5.2.3. Influence régionale auprès des instances nationales</p>	