

L'implantation de l'approche milieu dans la MRC d'Abitibi

FAITS SAILLANTS

Équipe de recherche et de rédaction

Marc-André Bourassa
Paule Simard
Diane Champagne

Comité d'évaluation

Mariette Brassard
Line Brière
Kathy Brook
Isabelle Gagnon
Josée Gravel
Olivia Hernandez-Sanchez
Marie-Claude Lacombe
Martine Lanoix
Richard Morin

Mise en page et relecture

Josée Carrier
Carole Drouin

Novembre 2002

Contexte

Dans un contexte de concentration des services dans les milieux urbains et devant l'insécurité de certaines personnes qui résident en milieu rural relativement à l'éloignement des soins de santé, le Centre local des services communautaires-Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CLSC-CHSLD) Les Eskers et la Municipalité régionale de comté (MRC) d'Abitibi décidaient, en 1999, de réaliser un projet pilote d'implantation de l'approche milieu dans les localités rurales du secteur nord de la MRC. L'application de ce nouveau modèle d'intervention et de gestion des services de santé de première ligne, axé sur le

rapprochement des intervenantes¹ avec les citoyens, entraînait nécessairement des changements majeurs dans les façons de faire au sein du CLSC et dans les localités rurales également.

Pour suivre la progression de ce projet pilote, une évaluation a été réalisée par la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, en étroite collaboration avec le CLSC Les Eskers. Le présent document fait état, de manière synthétique, des constats de cette évaluation.

L'approche milieu en quelques mots²

Il s'agit d'un modèle d'intervention dans lequel la communauté locale devient le principal lieu de pratique des intervenantes. Il suppose que celles-ci travaillent de plus en plus dans les localités rurales et de moins en moins dans les

bureaux centralisés de l'établissement. Avec l'approche milieu, on vise une façon plus proactive d'intervenir, en allant vers les personnes susceptibles de développer des problèmes de santé. On met ainsi l'accent sur

1. Nous utilisons le terme « intervenantes » plutôt que « intervenants » tout au long du rapport synthèse, simplement parce que ce sont majoritairement des femmes qui occupent ces fonctions au sein du CLSC. Les mots « intervenant » ou « partenaire » seront utilisés quant à eux pour désigner les personnes qui participent de près ou de loin à l'implantation de l'approche milieu, peu importe leur fonction officielle, peu importe qu'elles soient rémunérées ou non, qu'elles œuvrent dans les localités, au CLSC ou dans d'autres organismes du territoire.
2. Cette définition de l'approche milieu provient principalement des travaux de Jérôme Guay et de Denis Chabot qui, au Québec, ont beaucoup écrit sur le sujet. Ils préparent actuellement un ouvrage sur les expériences d'implantation de l'approche milieu au Québec.

la prévention des problèmes et sur la promotion de la santé dans sa globalité. Le modèle s'articule également autour d'une plus grande visibilité des intervenantes professionnelles dans les communautés, d'une plus grande accessibilité et d'une plus grande proximité entre ces intervenantes et les citoyens. Une présence plus marquée des intervenantes professionnelles dans les milieux peut leur permettre de mieux comprendre les réseaux formels et informels d'entraide et ainsi d'adapter l'intervention aux particularités locales. Cette connaissance accrue des réseaux sociaux d'entraide amène également à intensifier le partenariat entre les

intervenantes professionnelles et les aidants naturels et à redonner confiance aux citoyens en leurs moyens de prendre soin de leur santé (*empowerment*). Enfin, appliquer l'approche milieu suppose aussi un travail interdisciplinaire au sein de l'établissement et une approche intégrée, c'est-à-dire biopsychosociale, de la personne.

Dans le cadre du projet pilote en question, les objectifs de départ du CLSC Les Eskers étaient similaires à ces principes de l'approche milieu. Au sein de l'établissement, on résumait ces objectifs principalement autour de deux mots : *décentralisation et partenariat* avec les milieux.

Méthodologie de recherche

Les données furent recueillies (de novembre 2000 à avril 2002) principalement par observation participante car l'agent de recherche faisait partie intégrante de l'équipe milieu du CLSC. Il a donc assisté et participé aux réunions bimensuelles de l'équipe milieu qui se sont avérées un lieu important de cueillette de données. Sa présence quotidienne dans l'établissement aura permis une compréhension de l'intérieur des problèmes rencontrés et des

atouts en présence. Un grand nombre de renseignements sur la progression du projet pilote provient aussi des entretiens informels, presque quotidiens, avec l'ensemble des employés et le personnel d'encadrement de l'établissement. De plus, deux séries d'entrevues semi-dirigées (12 au total) avec les intervenantes et les administrateurs de l'équipe milieu auront permis de recueillir, de façon plus formelle, leur point de vue sur l'évolution de

l'implantation et sur leurs pratiques en transformation. Quelques entrevues semi-dirigées (individuelles et de groupes) ont aussi été réalisées avec des citoyens et des leaders

locaux dans les municipalités rurales afin de recueillir leur point de vue sur le partenariat établi avec le CLSC dans le cadre de l'approche milieu.

Quelques moyens pour implanter l'approche milieu :

une équipe milieu interdisciplinaire, des locaux de santé et des regroupements des citoyens pour la santé



Parmi les moyens privilégiés pour atteindre les objectifs de l'approche milieu, mentionnons la constitution d'une équipe interdisciplinaire, appelée « équipe milieu », composée de deux administrateurs, deux infirmières, une travailleuse sociale et une organisatrice communautaire. Quelques mois après le début du projet pilote, le CLSC et les administrations municipales concernées par le projet pilote procédaient à l'ouverture de locaux de santé dans chacune des municipalités. Un certain rapprochement s'est alors opéré entre les membres de l'équipe milieu et quelques citoyens, notamment à travers les comités, pour mettre en place ces locaux de santé et organiser des activités santé de prévention dans les villages.

Ce partenariat entre les intervenantes professionnelles du CLSC et quelques citoyens s'est par la suite intensifié grâce à la mise en place de « regroupement des citoyens pour la santé », sorte de comité santé, dans quelques-unes des localités rurales.

D'autres actions ont contribué à actualiser l'implantation de l'approche milieu. Un comité syndical/patronal a notamment été mis sur pied afin d'harmoniser les pratiques de l'approche milieu avec les acquis syndicaux. Deux rencontres ont permis d'informer l'ensemble du personnel du CLSC sur les nouvelles pratiques liées à l'approche milieu et de répondre aux interrogations et inquiétudes.

Par ailleurs, plusieurs nouveaux partenariats ont été établis avec des personnes pivots³ (curés, bénévoles, administrateurs ou élus municipaux, commerçants, policiers) des localités afin d'adapter les interventions à la lumière des informations recueillies auprès de ces personnes.

Plusieurs actions de mise en place d'un contexte favorable à l'approche milieu ont porté fruits au cours des deux années du projet pilote. Toutefois, cette phase préalable à une pratique plus complète de l'approche milieu a

semblé difficile à dépasser. En effet, les objectifs d'implantation du projet pilote reliés aux quatre grands principes⁴ de l'approche milieu n'ont été que partiellement atteints. Le potentiel et les avantages de cette pratique demeurent cependant présents dans l'esprit des participants au projet pilote. Les efforts d'implantation auraient donc avantage à être intensifiés afin de pouvoir démontrer ultérieurement les bienfaits concrets sur la santé des citoyens et sur le fonctionnement du CLSC.

Une priorité?

Les changements majeurs que suppose l'adoption d'un nouveau modèle d'intervention et de gestion demandent évidemment d'en faire une priorité au sein de l'établissement promoteur. L'idée doit également faire son chemin chez les autres partenaires d'une telle aventure et occuper une place relativement importante dans les efforts de développement déployés par tous et chacun. Or, l'idée de

l'approche milieu paraissait obtenir la faveur d'un nombre grandissant d'intervenantes et d'administrateurs au CLSC et la santé semblait prendre une place importante dans les enjeux de développement de certaines localités touchées par le projet pilote. Il semble difficile toutefois d'en faire l'une des grandes priorités du CLSC étant donné les nombreux autres défis à relever. Par exemple, au moment même où l'on

-
3. Dans l'approche milieu, les personnes pivots sont celles qui, par leurs occupations ou leur travail dans la localité, connaissent bien la dynamique sociosanitaire et peuvent ainsi collaborer avec les intervenantes professionnelles dans la planification des interventions et des approches auprès des personnes en difficulté.
4. Nous faisons référence ici à : 1) Proaction/prévention/promotion; 2) Communautarisation/empowerment/responsabilisation; 3) Décentralisation/proximité/accessibilité; 4) Interdisciplinarité/approche biopsychosociale.

demandait d'investir du temps, de l'argent et des ressources matérielles dans un projet relatif à la santé, les administrations municipales avaient d'autres priorités (survie, développement économique). Enfin, le partage des responsabilités entre les intervenantes

professionnelles et les citoyens demande à ces derniers et aux personnes de leur réseau social des efforts particuliers afin d'atténuer une relative dépendance envers les experts de la santé (professionnels et organismes publics).

Connaissance des pratiques de l'approche milieu par l'ensemble des partenaires

Plusieurs intervenantes du CLSC ont exprimé leur insatisfaction au regard du manque d'information sur les pratiques concrètes de l'approche milieu et sur les expériences vécues par les membres de l'équipe milieu. Malgré les efforts de sensibilisation et d'information sur les bienfaits de l'approche milieu (deux rencontres avec l'ensemble du personnel, rubriques dans le bulletin d'information interne et nombreuses discussions informelles dans les corridors de l'établissement), des idées préconçues sur les conséquences négatives de cette approche circulaient. Une opposition au projet semblait découler de la méconnaissance de cette expérience, d'autant plus que quelques années auparavant, une initiative de services

de proximité dans la partie ouest de la MRC avait donné des résultats mitigés.

Les intervenantes faisant partie de l'équipe milieu exprimaient un désir d'en savoir plus sur les méthodes tangibles d'intervention de l'approche milieu afin de mieux l'appliquer. L'ouverture d'esprit de certaines intervenantes et administrateurs devant la perspective de transformer les pratiques a favorisé la progression du projet même si cette progression fut jugée lente par l'ensemble des partenaires. Une meilleure connaissance des façons de faire possibles pour appliquer cette approche aurait sans doute permis une évolution plus rapide du projet.

Adhésion à l'idée de l'approche milieu

L'adhésion de l'ensemble des partenaires⁵ à l'idée d'implanter cette nouvelle approche représente évidemment un facteur déterminant de cette expérience. On a pu remarquer à cet égard que les appuis se sont accumulés à mesure que progressait le projet pilote. Au sein même de l'établissement (CLSC), les réticences aux changements se sont estompées et les commentaires négatifs relatifs aux pratiques de l'approche milieu ont été nuancés. Il faut dire que les critiques reçues en cours de route ont permis de prendre conscience des limites à ne pas dépasser dans l'application de l'approche milieu. Par exemple, en ce qui concerne la communautarisation de l'intervention, il s'est avéré utopique de demander aux intervenantes professionnelles de s'intégrer dans les communautés rurales par une participation aux activités sociales des villages. Dans le contexte organisationnel actuel des CLSC, marqué par la professionnalisation et la spécialisation du travail des intervenantes, ce type de rapprochement entre les intervenantes

professionnelles et les citoyens est difficile à réaliser systématiquement. La séparation des sphères « travail » et « relations sociales » qui marque la modernité explique aussi cette difficulté. On observe toutefois les effets néfastes du mélange « travail » et « vie personnelle » quand des infirmières ou des travailleuses sociales « ramènent à la maison les soucis des patients de la journée ».

L'adhésion de certains partenaires dans les localités fut également progressive. Les élus, les administrateurs et les employés municipaux, les bénévoles et certains citoyens attendaient en quelque sorte des preuves de la volonté des gens du CLSC à se rapprocher véritablement d'eux. Les quelques visites et participations à des assemblées municipales des membres de l'équipe milieu et la présence hebdomadaire des intervenantes dans les locaux de santé auront permis un rapprochement relatif mais jugé insuffisant par certains leaders locaux.

5. *Intervenantes et administrateurs du CLSC prioritairement, mais aussi leaders locaux, citoyens bénéficiaires, organismes communautaires des localités et de la MRC et organismes publics du réseau de la santé qui travaillent avec le CLSC (centre hospitalier, Centre jeunesse, etc.).*

« *Aller chercher* » les personnes en difficulté

Le degré de proaction atteint dans les interventions auprès des citoyens varie d'une intervenante à une autre, et ce, en fonction de leur prédisposition personnelle à aller au-devant des personnes n'ayant pas fait de demande formelle de service. Cette propension à offrir un soutien sans qu'une demande de service ait été formulée dépend également du temps disponible des intervenantes pour parcourir les villages afin de se faire connaître davantage. À certains moments du projet pilote, la tâche de certaines intervenantes était telle que la visite des lieux communautaires devenait impossible. Difficile également de changer rapidement les façons de faire qui consistaient à attendre les patients

au CLSC d'Amos. Certaines intervenantes du CLSC (y compris celles de l'équipe milieu) soutenaient que les interventions proactives peuvent engendrer un surplus de cas à traiter, car on découvre des nouveaux besoins en allant au-devant des personnes n'ayant fait aucune demande de service. Le CLSC doit alors s'assurer d'avoir les ressources humaines nécessaires pour répondre à ces nouveaux besoins, tout en vérifiant si la communauté a la capacité de prendre en main une partie du travail de soutien des personnes en difficulté. Le CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut, qui a lui aussi implanté l'approche milieu dans la région des Laurentides, en a subi les conséquences.

Être là

La présence dans le milieu constitue sans aucun doute une clé de l'application de l'approche milieu. Il faut être là pour comprendre les systèmes d'entraide propres à chaque milieu, pour repérer les personnes pivots, pour discuter avec ces personnes et collaborer plus intensément avec les aidantes naturelles. Or,

plusieurs leaders locaux ont exprimé la satisfaction des citoyens de leur municipalité relativement à la présence des intervenantes dans les locaux de santé aménagés pour le projet pilote. Plusieurs citoyens et leaders locaux aimeraient malgré tout que cette présence des intervenantes soit plus soutenue.

Ainsi, les gens prendraient peut-être l'habitude de consulter au local de santé plutôt que de se

rendre à Amos.

Soutenir l'action de la personne plutôt que solutionner son problème

Afin de stimuler la confiance des citoyens en leurs capacités d'agir sur leur propre santé, on avait à surmonter la tendance à se fier sur les experts pour régler leurs problèmes de santé une fois malades. Or, l'approche milieu, rappelons-le, vise une redéfinition du rôle de l'intervenante professionnelle qui doit venir soutenir les efforts de la personne, soutenir les

efforts des aidantes naturelles, soutenir les efforts de la communauté pour maintenir en santé ses membres et prévenir les problèmes de santé physique, psychologique et sociale. Certaines percées furent réalisées par la création du comité famille de Saint-Félix-de-Dalquier et des regroupements des citoyens pour la santé.

Vers l'interdisciplinarité

Au sein de l'équipe milieu, le fait de se donner un lieu formel tel que les réunions bimensuelles permet d'activer l'opérationnalisation de l'interdisciplinarité. Ces contacts fréquents entre les infirmières de l'équipe milieu, la travailleuse sociale, l'organisatrice communautaire, les deux administrateurs et un

agent de recherche ont pu amener l'équipe vers une approche plus globale des problèmes de santé. Les aspects biologiques, psychologiques et sociaux pouvaient ainsi être intégrés dans une action commune pour soutenir un bénéficiaire. Toutefois, l'interdisciplinarité, qui suppose également une synergie issue du

maillage des expertises, n'a pu être tout à fait réalisée. Non seulement les membres de l'équipe

milieu ont souvent changé, mais peu d'outils de travail interdisciplinaire furent expérimentés.

Se donner des moyens pour intensifier les efforts d'implantation

Dans la mesure où la plupart des partenaires semblent en faveur de l'idée de poursuivre l'implantation de l'approche milieu (y compris le conseil d'administration du CLSC-CHSLD Les Eskers), certains outils pour appuyer ce

processus auraient avantage à être mis en place. Au-delà de l'argent et des ressources humaines supplémentaires, quelques grandes recommandations peuvent être formulées suite à l'analyse de cette expérience pilote.

Les grandes recommandations issues de l'évaluation

Faire de l'implantation de l'approche milieu l'une des priorités du CLSC-CHSLD Les Eskers.

Mieux informer les intervenantes et le personnel d'encadrement de l'établissement, les partenaires locaux, les organismes communautaires et les partenaires institutionnels du réseau de la santé sur l'essence de l'approche milieu, les pratiques qu'elle suggère et les conséquences attendues de son application, notamment :

- † en redéfinissant les rôles du citoyen à l'égard de sa santé, des aidantes naturelles, des personnes pivots, des bénévoles, des intervenantes professionnelles du CLSC, des cadres;
- † en accentuant la formation théorique et pratique des intervenantes et des gestionnaires du CLSC à propos de l'approche milieu.

Favoriser l'adhésion de l'ensemble des professionnels du CLSC et des partenaires institutionnels du réseau de la santé face à l'idée de l'approche milieu, afin de faire converger davantage les efforts collectifs vers cet objectif.

Établir de meilleurs rapports de collaboration entre les partenaires (citoyens, leaders locaux et établissements de santé du réseau), entre les intervenantes (interdisciplinarité à intensifier) et entre les cadres et les intervenantes.

Se donner des outils concrets facilitant la pratique de l'approche milieu et l'évaluation continue de la progression de l'implantation, telles :

- † une grille d'analyse multidimensionnelle (dimensions physique, psychologique et sociale) des problèmes de santé;
- † une grille de suivi de l'implantation de l'approche milieu à partir d'indicateurs qui font consensus au sein de l'ensemble des partenaires.





RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

**ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE**

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

