

**LE PARTAGE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ENTRE LES
ACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX LES ESKERS DE L'ABITIBI**

DÉCEMBRE 2007

Comité de recherche –terrain*Du CSSS Les Eskers de l'Abitibi :*

Denis Barrière, organisateur communautaire et agent d'information

Marie-Claude Lacombe, chargée de projet pour le projet clinique et organisationnel

Suzanne Boucher, organisatrice communautaire et intervenante sociale

Du Regroupement des organismes communautaires

Yvon Desrosiers, coordonnateur, La Giboulée

Lucie Offroy, coordonnatrice, Corporation de développement communautaire et ROC

Des organismes de soutien au développement

Nathalie Lamarche, SADC Harricana

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

1, 9^e rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 797-1947

Rédaction

Gaston Gadoury, agent de recherche

Paule Simard, chercheure

Diane Champagne, professeure-chercheure

Mise en page

Pierrette Gauvin, agente administrative

Annette Picard, agente administrative

Direction de santé publique

ISBN : 978-2-89391-332-2 (VERSION IMPRIMÉE)

978-2-89391-333-9 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007

Prix : 10,00 + frais de manutention

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER.....	3
Une étude sur le partage de la responsabilité de la santé et du bien-être de la population	3
1.1 La concertation, le partenariat, l'action intersectorielle...	3
1.2 Le contexte de l'étude.....	3
1.3 Le projet et ses objectifs.....	4
1.4 Quelques aspects méthodologiques	5
1.5 Un court portrait de la MRC d'Abitibi	7
CHAPITRE 2.....	9
En quoi les acteurs socioéconomiques contribuent à la santé et au bien-être de la population	9
2.1 Les municipalités	10
2.1.1 Des infrastructures, des équipements, des services et des activités.....	10
2.1.2 Une responsabilité pour la qualité de vie des citoyens	13
2.2 Les organismes de soutien au développement.....	15
2.2.1 Un soutien à l'activité économique et à l'organisation du territoire et des entreprises	16
2.2.2 Une responsabilité de développement du territoire et des entreprises	18
2.3 Le Centre local de santé.....	18
2.3.1 Une offre de service complète en santé et bien-être de la population	19
2.3.2 Une responsabilité de coordination : de l'identification des besoins à la desserte des services	21
2.4 Ce qu'il faut retenir des contributions et de la responsabilité des acteurs pour la santé et le bien-être	21
CHAPITRE 3.....	27
Le partage de la responsabilité : le vécu et les conditions de succès.....	27
3.1 La connaissance et la reconnaissance des acteurs et des services.....	28
3.1.1 La mise à niveau de l'information sur les missions, les mandats et les actions	30
3.1.2 Le maintien d'une information riche et constante	31
3.1.3 Une veille continue de la situation à travers les activités quotidiennes	32
3.2 Une vision globale et une planification commune.....	34
3.2.1 Par une lecture globale et intégrée.....	35
3.2.2 Dans une planification commune	36
3.2.3 Quelques expériences de concertation et d'actions intersectorielles.....	38

3.3	Un rôle de coordination et d'accompagnement pour le CSSS	39
3.3.1	Le CSSS : un rôle de coordonnateur et d'accompagnateur	39
3.3.2	L'annonce, l'amorce et la constitution d'un réseau élargi d'acteurs	40
CHAPITRE 4	45
Des pistes d'action pour la mise en exercice de la responsabilité populationnelle	45
4.1	Consolider les initiatives de collaborations actuelles	48
4.1.1	Poursuivre les collaborations actuelles	48
4.1.2	Structurer l'approche partenariale	51
4.1.3	Assurer le suivi et l'évaluation des actions	52
4.2	Cheminer vers une approche plus structurée de planification et d'action intersectorielle en santé et bien-être pour le territoire de la MRC d'Abitibi....	53
4.2.1	Élaborer un portrait de la santé et du bien-être pour le territoire de la MRC d'Abitibi	53
4.2.2	Amorcer la réalisation d'une planification stratégique de développement de la santé et du bien-être de la population de la MRC d'Abitibi.....	54
4.2.3	Lister les actions intersectorielles retenues, élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action.	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

Liste des tableaux, figures et annexes

TABLEAUX

1. Type de collaborations actuelles et souhaitées 61

FIGURES

1. Localisation de la MRC d'Abitibi 9
2. Carte des municipalités de la MRC d'Abitibi 9
3. Forme de contribution des organisations à la santé et au bien-être de la
population 34

ANNEXES

1. Coup d'œil sur les municipalités de la MRC d'Abitibi 82

INTRODUCTION

L'étude sur *Le partage de la responsabilité populationnelle entre les acteurs socioéconomiques et le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi* est le résultat d'une demande soumise par le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi à la Direction de santé régionale. Lors de la récente création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le partage de la responsabilité populationnelle entre les acteurs du réseau local élargi de la santé est apparu comme un concept à s'approprier et à réaliser. Ce concept exprime l'idée qu'il y a responsabilité quant à la santé de la population et que cette responsabilité, dont les CSSS sont imputables, doit être partagée avec d'autres partenaires à mobiliser et à soutenir dans cette mission.

Les grandes dimensions de cette responsabilité ont trait à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services nécessaires pour répondre à la santé et au bien-être de leur population dans un réseau élargi de partenaires incluant les diverses instances gouvernementales concernées, le secteur de l'éducation, le secteur municipal, etc.

Les aspects référant à cette idée et auxquels cette étude s'intéresse sont l'identité des partenaires potentiels, leurs intérêts à participer à ce partenariat, leur implication actuelle et à venir au regard de la santé et du bien-être des gens, les moyens et les ressources dont ils disposent pour s'impliquer et les conditions qui favoriseraient leur implication.

Cette obligation de partage de la responsabilité annonce une nouvelle pratique partenariale à définir entre les acteurs. Cet appel de mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et régler des dimensions complexes de santé et de bien-être qui dépassent généralement les responsabilités du secteur de la santé et des services sociaux se réalisent par la concertation et l'action intersectorielle.

Plusieurs recherches ont été faites sur la concertation, le partenariat et l'action intersectorielle dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cette étude, en trois volets, saisit les points de vue des acteurs quant à leurs contributions actuelles à la santé et à la qualité de vie de la population, quant à leur perception du partage de la responsabilité des organisations locales et territoriales à ces égards et quant aux actions à réaliser pour favoriser ce partage de responsabilité.

Le premier volet de l'étude décrit les contributions actuelles des secteurs d'activité consultés (municipal, socioéconomique, centre de santé et de services sociaux) à la santé et à la qualité de vie de la population.

Le second explore, à travers des collaborations diverses, le partage de cette responsabilité populationnelle et propose les conditions qui favoriseraient une plus grande concertation intersectorielle et de plus riches actions intersectorielles.

Le dernier chapitre expose les actions que les acteurs proposent afin de concrétiser davantage ce concept de responsabilité populationnelle par la concertation et l'action intersectorielles.

CHAPITRE PREMIER

Une étude sur le partage de la responsabilité de la santé et du bien-être de la population

1.1 La concertation, le partenariat, l'action

Avec la promulgation de la loi 25, le gouvernement du Québec crée, en 2003, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et définit le cadre de planification des services par le projet clinique et organisationnel. Une nouvelle vision est alors introduite et doit s'appliquer au projet clinique, celle de la responsabilité populationnelle, qui veut que « en vertu de ce principe, l'organisation des services ne doit plus se contenter de soigner l'individu en dehors de son contexte : elle doit aussi viser globalement l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ». Plus précisément, le projet clinique et organisationnel devra inclure, dans ses étapes de planification, l'identification du rôle et de la responsabilité des acteurs et s'assurer de leur implication notamment dans le partenariat avec les organismes communautaires et la collaboration intersectorielle impliquant le scolaire, le municipal, etc. (ASSSAT, 2005).

La mouvance dans laquelle évolue le réseau de la santé et des services sociaux annonce donc de nouvelles pratiques partenariales visant une mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et intervenir sur les dimensions complexes de la santé et du bien-être de la population. Même si les mécanismes fins de cette collaboration sont à définir entre les acteurs, l'expérience acquise laisse entrevoir que l'on agira dans une perspective de concertation et d'action intersectorielle. Or, l'intersectorialité implique que l'action rassemble divers types et niveaux d'intervention, que ce soit des secteurs d'activité, des catégories de partenaires, des échelons géographiques, des niveaux d'administration publique, etc.

La réussite de l'action intersectorielle repose en grande partie sur le choix des actions à entreprendre dans des projets conjointement définis et ayant une portée significative sur le bien-être et la santé de la population visée. L'action intersectorielle commence donc toujours par une étape de concertation des partenaires de différents secteurs visant à définir les actions à poser. Généralement, ces actions se veulent originales et créatives de manière à dépasser les mécanismes organisationnels et administratifs habituellement mis en place pour régler les problèmes sectoriels (White et al., 2002).

1.2 Le contexte de l'étude

Avec la mise en place des Centres de santé et de services sociaux, le gouvernement du Québec a affirmé la responsabilité de ceux-ci à l'égard de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population de leur territoire, ce qu'il a appelé la « *responsabilité populationnelle* ». Cette responsabilité a trait aussi bien à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services qu'à la prévention et la promotion nécessaires pour assurer le maintien de la santé et du bien-être de la population. Dans cette perspective, le CSSS assure le leadership, au sein du réseau local, non seulement de la desserte des services mais également de la mobilisation, de la sensibilisation et du soutien des différents acteurs dans un objectif global d'améliorer la santé et le bien-être de sa population.

S'il doit initier les actions au sein de son réseau, il est également nécessaire que le CSSS s'associe à d'autres secteurs pour mieux agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. En effet, en dépit du fait que la santé et le bien-être des individus dépendent de plusieurs facteurs, il est de plus en plus évident que ce ne sont pas uniquement les services de santé qui ont un impact sur l'état de santé, mais aussi les facteurs sociaux et économiques. Une recherche de l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA) répartit ainsi le poids relatifs des groupes de facteurs : biologie et génétique 15 %, système de soins 25 %, environnement physique 10 % et environnement socioéconomique 50 % (Santé Canada, 1999). Or, le réseau de la santé ne peut intervenir seul sur les déterminants socioéconomiques, bien au contraire. Cela nécessite une collaboration étroite avec d'autres secteurs d'activités concernés par la qualité de vie et le bien-être des personnes tels les municipalités, l'éducation, l'emploi, le développement (Santé Canada, 1999). Ainsi, peut-on dire qu'il existe une obligation de partage de la responsabilité populationnelle dévolue aux centres de santé et des services sociaux.

Au niveau local, le Centre de santé et des services sociaux Les Eskers de l'Abitibi désire poursuivre l'analyse de ses pratiques de collaboration amorcée dans une recherche antérieure portant sur ses liens avec les organismes communautaires. L'analyse de la collaboration faite dans cette première étude (ASSSAT, 2006) donne à penser que la collaboration entre les organismes communautaires et le Centre de santé est bonne et que les intervenants sont optimistes quant à la collaboration future dans le cadre du projet clinique et organisationnel. Cette même étude indique que la démarche de planification concertée que constitue le projet clinique, même si elle est encore peu connue, devrait avoir des impacts bénéfiques pour la santé et le bien-être des personnes et des communautés du territoire. Toutefois, même si de nombreuses collaborations existent déjà avec des partenaires d'autres secteurs (scolaire, socioéconomique, emploi, sécurité), on a souligné la nécessité d'accentuer cette concertation et d'y associer plus de partenaires. Il est également à noter que parmi les défis à surmonter pour consolider la collaboration entre les organisations, une meilleure connaissance des acteurs impliqués et de leurs services respectifs et l'échange d'information sont deux aspects sur lesquels il faut travailler.

1.3 Le projet et ses objectifs

Le présent projet demandé par le Centre de santé et des services sociaux Les Eskers de l'Abitibi a été défini et mené conjointement avec la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

L'équipe de recherche, formée de représentants du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi, de la Direction de santé publique, de la Société d'aide au développement des collectivités Harricana et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, convient de documenter et d'étudier la compréhension que chacun des acteurs sectoriels a de la santé et du bien être, de la responsabilité populationnelle et de l'action intersectorielle. Elle désire également identifier les pratiques actuelles de ces acteurs au regard de ces dimensions. Enfin, elle souhaite que l'étude dégage des pistes d'action qui permettront aux acteurs sectoriels de démarrer ou de consolider des collaborations intersectorielles s'inscrivant dans les principes de la responsabilité populationnelle et dans la démarche du projet clinique.

Les objectifs initiaux de cette recherche sont ainsi définis :

- Développer de nouvelles formes de concertation et d'action intersectorielle au regard d'une responsabilité populationnelle partagée;
- Préciser comment les partenaires conçoivent leur propre responsabilité et celle du réseau de la santé et des services sociaux quant à la santé et au bien-être de la population;
- Déterminer les champs d'intervention de chacun, les zones communes et les possibilités de collaboration;
- Explorer les pistes d'action permettant la concertation et l'action intersectorielle autour d'un objectif commun d'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens.

1.4 Quelques aspects méthodologiques

UNE APPROCHE QUALITATIVE

Pour étudier ces dimensions de la responsabilité populationnelle et de l'action intersectorielle, une approche qualitative a été utilisée. Celle-ci repose sur deux idées principales. La première est que les points de vue et les perceptions des personnes sont importantes pour bien connaître une situation. Deuxièmement, puisque les personnes ont des points de vue sur la réalité, il existe donc une multitude de points de vue. Pour connaître les caractéristiques de la responsabilité populationnelle et de l'action intersectorielle du milieu à l'étude, il s'agit de recueillir les points de vue des partenaires y étant directement ou indirectement associés (Guba et Lincoln, 1989).

LES PARTENAIRES CONCERNÉS

Les partenaires intersectoriels qui ont ou pourraient avoir des liens de collaboration avec le CSSS sont nombreux. Toutefois, dans le cadre d'une vision globale de la santé et plus spécifiquement de l'implantation de l'approche milieu, les municipalités sont appelées à devenir des partenaires incontournables. De plus, alors que le Centre de santé a déjà plusieurs collaborations avec la Commission scolaire et le Centre local d'emploi (CLE), il n'a que des liens sporadiques avec les organismes voués au développement local (Centre local de développement (CLD), Société d'aide au développement des collectivités (SADC), Chambre de commerce). Ces constats ont amené l'équipe de recherche à vouloir centrer l'étude sur ces organismes avec lesquels le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi devra créer de nouveaux liens soit : les municipalités, le CLD Abitibi, la SADC Harricana et la Chambre de commerce d'Amos-région.

LES OUTILS DE COLLECTE

Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues de petits groupes et d'entrevues de grands groupes (focus group). Les entrevues de petits groupes (3 personnes), par l'intimité qu'elles permettent d'établir avec les personnes qui se connaissent et proviennent du même secteur d'activité, ont amené celles-ci à interagir plus ouvertement et librement sur les sujets abordés. Les entrevues de grand groupe ont pour objectif de faire réagir aux propos des entrevues de petits groupes et de compléter les échanges. Elles réunissent en un même lieu et

au même moment des personnes ayant déjà participé aux entrevues précédentes, permettant ainsi de confronter ou de conforter les propos émis et donnant un portrait qui reflète une pluralité d'opinions. La collecte de données a été réalisée entre juin et novembre 2006. Les entrevues sont semi-dirigées, c'est-à-dire qu'on invite les participants à se prononcer sur un certain nombre de questions établies par l'équipe relativement au sujet de l'étude.

L'ÉCHANTILLON

Afin d'assurer une représentativité de la diversité du milieu municipal, le comité de recherche l'a subdivisé en trois catégories : les centres de service (2 entrevues), les municipalités entourant ces centres (2 entrevues) et les municipalités éloignées de ces centres (3 entrevues). Ce sont donc sept entrevues qui ont été réalisées avec les représentants du secteur municipal. Les deux centres de service ont été retenus et cinq municipalités ont été sélectionnées au hasard parmi les 15 autres municipalités et 1 territoire non organisé. Ces municipalités ont été invitées à désigner trois représentants parmi les élus, les gestionnaires et les bénévoles actifs pour se prêter aux entrevues.

Les trois organismes de soutien au développement sélectionnés pour l'étude ont participé à chacun une entrevue (le Centre local de développement d'Abitibi, la Société d'aide au développement des collectivités Harricana, la Chambre de commerce d'Amos-région).

Le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi a participé à deux entrevues (une avec des cadres et une avec des gestionnaires et des intervenants).

Pour les focus groupes, toutes les personnes ayant participé aux entrevues de petits groupes furent invitées. Le premier a réuni 7 personnes du milieu municipal et du Centre de santé et des services sociaux et le deuxième a regroupé 5 personnes du milieu socioéconomique et du centre de santé.

C'est donc au total 14 entrevues qui ont été réalisées rejoignant au total 47 personnes. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur cassette audio. Seule l'équipe de chercheurs a pu accéder au contenu des enregistrements afin de conserver la confidentialité des participants. Les personnes qui ont participé aux entrevues ont signé un formulaire de consentement expliquant la démarche de la recherche et les normes d'éthique appliquées.

L'ANALYSE DES DONNÉES

Les propos recueillis lors des entrevues ont été transcrits. Les textes de la transcription ont été saisis sur le logiciel d'analyse de données textuelles Nud.ist. Une grille de codification a permis de découper le texte en trente-trois thèmes différents, à partir desquels une analyse de contenu a été réalisée par l'équipe de recherche. Les résultats de l'analyse effectuée par l'équipe de chercheurs ont été soumis pour discussion aux membres du comité de recherche par la présentation d'un rapport d'étape et d'une version de travail du rapport final (Bardin, 1989; Huberman et Miles, 1991).

1.5 Un court portrait de la MRC d'Abitibi

La MRC d'Abitibi, une des cinq MRC de la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue, couvre un territoire de 7 948 kilomètres carrés situé au centre nord de la région. Elle est entourée par la municipalité de la Baie-James, la MRC d'Abitibi-Ouest, la MRC de la Vallée-de-l'Or et finalement au sud-ouest de la ville de Rouyn-Noranda. Ce territoire est subdivisé en 17 municipalités et 2 territoires non organisés (TNO) (voir carte) et est habité par 24 275 personnes selon les données du recensement de Statistique Canada de 2006.

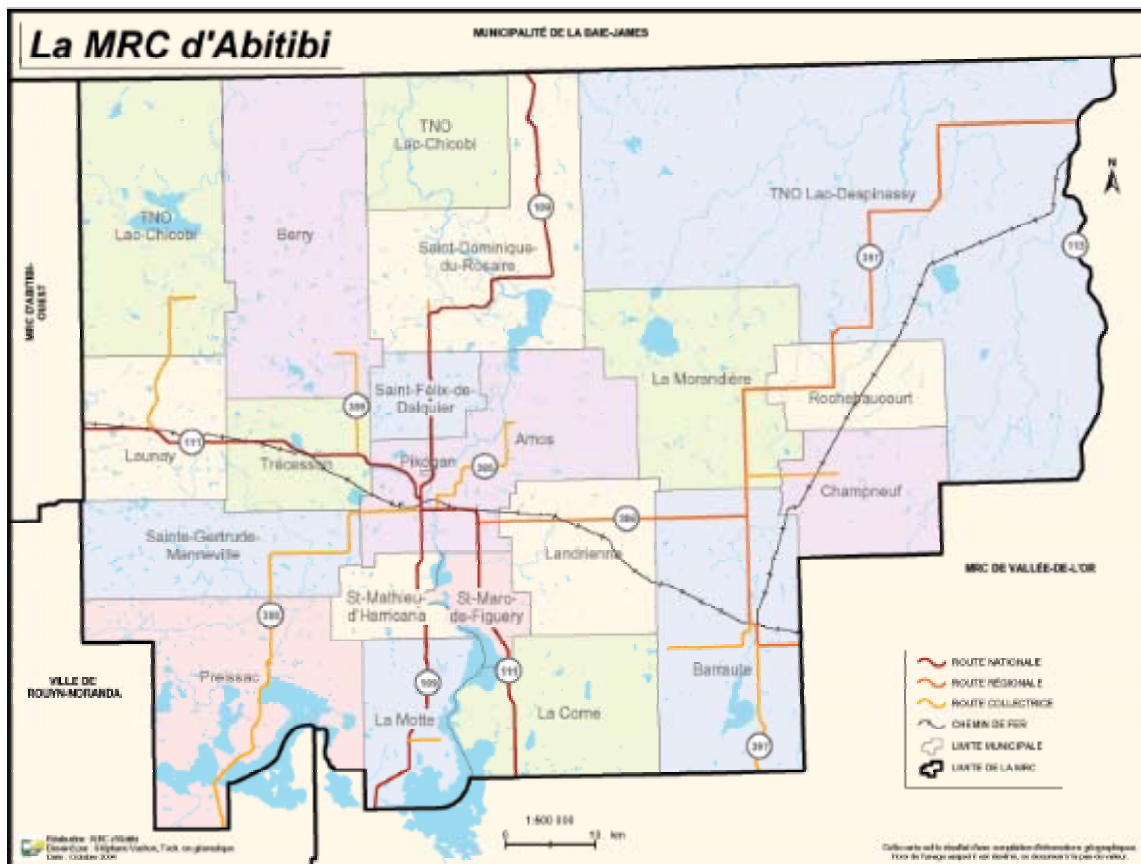
Figure 1

Localisation de la MRC d'Abitibi



Figure 2

Carte des municipalités de la MRC d'Abitibi



La ville d'Amos est la ville centre et le principal centre de service de la MRC d'Abitibi. Un deuxième centre de service, Barraute, dessert l'Est du territoire. Outre l'organisation municipale, on retrouve sur le territoire les services gouvernementaux courants et notamment les institutions et organisations suivantes : le Centre de santé et des services sociaux Les Eskers de l'Abitibi incluant un hôpital, un CLSC et un centre d'hébergement, la Commission scolaire Harricana, le Centre local de développement Abitibi, les sociétés d'aide au développement des collectivités (Harricana et BSQ), les chambres de commerce (Amos-région et Barraute), le Centre local d'emploi et 37 organismes communautaires dans le domaine de la santé et services sociaux.

Comme partout ailleurs dans la région, le phénomène de la décroissance démographique n'échappe pas à la MRC d'Abitibi. Bien que le déclin se soit amplifié entre 1996-2001, ce dernier est beaucoup moins marqué sur ce territoire que dans la région. La MRC d'Abitibi affiche une population plus jeune et une population aînée un peu moins importante que dans la région.

Le taux de sous-scolarisation s'atténue graduellement au sein de la MRC d'Abitibi depuis les dix dernières années. La population performe mieux que celle de la région pour l'obtention d'un diplôme secondaire général ou professionnel. On observe de plus en plus de gens détenant un diplôme d'études collégiales et universitaires.

Le marché du travail a peu bougé entre 1996 et 2001. Les taux d'emploi et d'activité ont à peine varié, et demeurent au même niveau que dans la région. Le taux de chômage a gagné près d'un pour cent et demeure légèrement plus important que dans la région. Les secteurs primaire et secondaire emploient proportionnellement plus de gens dans la MRC d'Abitibi qu'en Abitibi-Témiscamingue et le secteur tertiaire y est moins présent.

La population de la MRC d'Abitibi est moins bien nantie financièrement que celle de la région et par ricochet, du Québec. La croissance des revenus y a été toutefois beaucoup plus substantielle que dans la région depuis 1996.

La population de la MRC vit dans des logements qui nécessitent davantage de réparations que la moyenne régionale. Par contre, l'augmentation la plus prononcée de la valeur du logement s'est manifestée au sein de ce territoire au cours des cinq dernières années (voir les données par municipalité à l'annexe 1)¹.

¹ Tiré de *Profil de la MRC d'Abitibi*, l'Observatoire, mars 2004.

CHAPITRE 2

En quoi les acteurs socioéconomiques contribuent à la santé et au bien-être de la population

Avant d'examiner, au chapitre suivant, comment les organisations se partagent la responsabilité de la santé et du bien-être de la population, ce chapitre retrace les champs d'intervention de chacune des organisations à l'étude en identifiant les actions qu'elles disent faire au regard de la qualité de vie de la population. Cet exercice permettra de bien saisir ce que représente, pour chacun, ce domaine de la santé et du bien-être, leurs contributions « sectorielles » au domaine et leur niveau d'implication dans des collaborations intersectorielles. Cette recherche du niveau d'implication et du degré de collaboration mènera au sens qu'elles donnent à la responsabilité populationnelle et à la nature des contributions qu'elles y apportent ou envisagent y apporter.

Dans cet exercice, les termes santé et bien-être, qualité de vie, mieux-être se sont voisins et ont été utilisés indifféremment par l'une ou l'autre des organisations et des personnes interrogées. Dans le présent texte, l'un ou l'autre de ces termes sera utilisé indifféremment. Le milieu municipal et socioéconomique utilise de préférence les termes de qualité de vie ou mieux-être des communautés, alors que le secteur de la santé privilégie le terme de santé et bien-être, mais tous conviennent comprendre le terme utilisé par son vis-à-vis et y voir une similitude.

La contribution de chaque organisation à la santé et au bien-être de la population étant défini à travers les actions réalisées dans chacun leur champ d'activité, il a été aisé de questionner la nouvelle approche de la « responsabilité populationnelle » : ce qu'elle signifie, ce qu'elle pourrait changer dans l'offre de la santé et du bien-être à la population et comment elle influencera le positionnement de chacune des organisations dans le réseau « solidaire » souhaité dans les nouvelles orientations politiques. Il s'en dégage que chacun des acteurs considère qu'il possède un niveau de responsabilité qui est teinté par sa mission et ses mandats sectoriels.

Enfin, selon les propos recueillis lors des entrevues, la qualité de vie, la santé et le bien-être ou le mieux être des personnes ou des communautés reposent sur la présence et la qualité de ces quatre dimensions que sont *les infrastructures et les équipements* qui structurent le milieu physique d'une communauté, *les services* qui assurent les conditions de base de la vie organisée tout en favorisant les réseaux de communication, la sécurité, le commerce des biens et la vie de groupe, *les activités* qui permettent aux personnes d'être actives physiquement et intellectuellement, de socialiser et de se réaliser personnellement et professionnellement et *les soins de santé* de base et de proximité qui procurent la sécurité de la santé physique des personnes et joue un rôle de surveillance préventive liée à la santé physique et mentale de la personne ou de la communauté.

Rappelons, pour la bonne compréhension de ce chapitre, que les personnes rencontrées étaient interpellées pour s'exprimer au sujet de leur secteur d'activité respectif (municipal, socioéconomique et santé et services sociaux) et non pour faire état de la position officielle de leur organisation spécifique. Cette nuance peut être significative pour l'espace qu'elle crée entre

la position officielle des organisations et la perception et la vision que ces personnes expriment au sujet de leur secteur d'activité.

Pour chacun des secteurs d'activité, un court portrait indiquant la mission et les mandats habituellement exercés par l'organisation, la population ou le territoire desservi et les principaux services offerts sera présenté afin de bien situer, par la suite, leurs actions concernant la santé et le bien-être.

2.1 Les municipalités

La municipalité joue un rôle important sur les conditions socioéconomiques de son territoire tout en étant le premier lieu de référence pour ses citoyens. Le secteur municipal continue d'évoluer et de nouvelles responsabilités lui sont dévolues régulièrement. La municipalité est reconnue comme le niveau de gouvernement le plus près de la population locale. En plus d'être le législateur, l'administrateur et le gestionnaire des champs de compétences locaux qui lui sont reconnus, le conseil municipal est également un développeur, un initiateur et un motivateur devant assurer le développement du territoire et de la communauté qu'il représente.

Les champs de compétence actuellement dévolus aux municipalités ont tendance à augmenter constamment et, à part ceux des finances et des fonctions administratives générales, ils ont tous un impact sur la qualité de vie des citoyens (FQM, 2006). Ces champs de compétence sont :

L'environnement	Les loisirs et la culture
Les finances	L'organisation territoriale
Les fonctions administratives générales	La protection des biens et des personnes
L'hygiène du milieu	La santé et bien-être
La voirie	Le transport
L'urbanisme et mise en valeur du territoire	

2.1.1 Des infrastructures, des équipements, des services et des activités

L'APPORT MUNICIPAL AUX INFRASTRUCTURES - L'ORGANISATION MATÉRIELLE DU TERRITOIRE

Bien que ce ne fût pas le premier élément de réponse de tous les répondants, la présence, la diversité et la qualité des infrastructures et des équipements constituent, pour tous, une assise essentielle de la qualité de vie des gens de leur territoire.

Pour le milieu municipal, comme pour tout gouvernement d'ailleurs, les infrastructures et les équipements occupent une partie importante de ses budgets et de ses décisions dans la plupart de ses champs d'action. Ainsi, les routes, rues et chemins, les réseaux d'aqueducs, la captation et le traitement des eaux usées, la collecte et la disposition des déchets, les réseaux de distribution de l'électricité, les réseaux de communications sont toutes des infrastructures devant satisfaire des besoins de base et procurer une qualité de vie reconnue dans le monde occidental. Le deuxième type d'infrastructure dont les municipalités ont généralement la charge ce sont ceux de loisirs et de sports, culturels et communautaires qui s'adressent davantage à

des groupes spécifiques d'utilisateurs qu'à toute la population. Ces infrastructures, installées à partir de décisions plus locales, correspondent aux besoins exprimés localement. Ce sont, par exemple, les arénas, les terrains de balles, les terrains de tennis, les patinoires extérieures, les gymnases, les parcs, les pistes cyclables, les sentiers de motoneige, les salles culturelles, les salles communautaires, les kiosques touristiques, le local des jeunes, les maisons de la famille, les locaux de l'âge d'or.

Chacune de ces infrastructures renferment les équipements nécessaires à la pratique d'activités et sont entretenus par les municipalités ou en partenariat avec les organismes ou le secteur privé. Cette gamme d'équipements, demandée par des groupes de la municipalité, personnalise la forme de qualité de vie dont se dote le milieu et les groupes locaux. Ces équipements, chèrement acquis et possédant une histoire locale, ont été cités comme contribuant à la qualité de vie des gens et rendant possible une diversité de services et d'activités.

On peut ici noter que dans la MRC d'Abitibi, comme sans aucun doute la majorité des autres MRC du Québec, la répartition de ces infrastructures et équipements communautaires varie selon la taille de la population ou le budget municipal. Plus on s'éloigne des centres de service, plus la quantité et la diversité de ces équipements diminuent. On note quatre éléments qui peuvent expliquer cette variation : (1) la capacité financière; (2) le bassin de clientèle pour l'exiger ou en profiter; (3) la proximité du centre de service qui offre ces infrastructures et draine la population intéressée et (4) enfin, dans les milieux les plus éloignés, la compétition des activités de plein air, de la motoneige, des véhicules tout terrain, de la chasse et de la pêche qui remplacent en quelque sorte ces équipements municipaux. Il faut dire que pour ces milieux, l'absence de certains équipements n'est pas nécessairement considérée comme un manque de qualité de vie, puisque celle-ci est davantage associée à la proximité de la nature, à l'espace et aux activités de plein air.

Malgré tout, des informateurs indiquent que l'absence de certains équipements peut limiter la qualité de vie. Ainsi plusieurs petites localités n'ont plus de lieu commun où les gens peuvent se rencontrer et échanger régulièrement. Le dépanneur et le restaurant sont fermés et la salle municipale n'offre que des activités sporadiques. Ces rencontres presque quotidiennes qui permettraient d'entretenir le tissu social se font maintenant ailleurs, avec des étrangers, à l'épicerie située en ville. Le défi sera de chercher à rouvrir ces lieux ou à recréer d'autres endroits de rencontres afin de maintenir les contacts et le sentiment d'appartenance qui lient une communauté et l'incite à agir.

Ces quelques propos tirés des entrevues expriment l'importance des infrastructures municipales sur la qualité de vie de la population locale :

- Favoriser que les gens se rencontrent, jasant, c'est important l'aspect social;
- Les infrastructures contribuent de façon importante à la qualité de vie
- La Maison des jeunes appartient à la municipalité et est prêtée aux jeunes;
- Terrain de tennis, de balle, de soccer, c'est la municipalité qui supporte les sports;
- Le réseau d'aqueduc, c'est de la santé publique aussi;
- Salle de quilles, terrain de tennis, terrain de baseball, aréna, maison des jeunes, tout est gratuit;

- Le divertissement et les lieux de rencontre pour jaser font partie de la qualité de vie;
- Ce qui manque le plus, c'est des lieux de rencontre comme le dépanneur et le restaurant.

L'APPORT MUNICIPAL AUX SERVICES - L'ORGANISATION DES SERVICES PUBLICS

Les infrastructures, à l'occasion très coûteuses, ne sont là que pour supporter et rendre possible les services à la population ou aux groupes utilisateurs. Ces éléments matériels et physiques sont inutiles s'ils ne sont pas animés par les services conséquents.

Le milieu municipal a, en général, la préoccupation d'offrir une gamme variée de services à la population. De l'approvisionnement en eau potable, à la cueillette des déchets en passant par la bibliothèque municipale et la disponibilité des glaces pour le patinage ou l'entretien des pistes cyclables, les municipalités investissent temps, énergie et argent pour assurer la disponibilité, l'accès et l'animation des infrastructures et des équipements de façon à assurer des services qui correspondent aux besoins des utilisateurs, contribuant ainsi une meilleure qualité de vie à leurs citoyens.

Cet apport de services du milieu municipal s'exprime également par l'énergie qui est consacrée à la mise en forme de ces services, soit les consultations pour bien circonscrire les besoins, soit la concertation avec les groupes ou les entreprises pour constituer et développer le dossier ou le projet, soit la rédaction de programmes, de résolutions, de demandes et de règlements qui finalement permettent d'offrir les services requis ou souhaités. Comme l'exprime un informateur, à cette étape « ce qui est important, c'est le contact avec les gens pour développer ensemble des conditions favorables... ». C'est à cette étape ou dans ces opérations que s'organisent le partenariat et la collaboration (voir prochain chapitre). Cette animation autour de la mise en place de services, impliquant les organismes et les citoyens, contribue à l'implication citoyenne, à la participation des organismes et à la consolidation de l'appartenance globale à la communauté locale. On est ici dans l'organisation du service et l'apport municipal est considéré aussi, sinon plus important que l'installation d'infrastructures, parce qu'il favorise la contribution et la collaboration de groupes de citoyens et de partenaires publics et privés dans la prise de décision locale et sa réalisation. L'exemple de l'installation d'un point de service de CLSC dans une municipalité exprime également cette collaboration dans l'instauration d'un service : « *On a travaillé avec le CLSC pour faire une place à l'infirmière,... on a offert le local, le téléphone... on s'est impliqué, c'est un projet qui est venu de la base. L'infirmière c'est plus que les bobos, c'est une présence, c'est une observatrice qui peut tirer des sonnettes d'alarme au besoin, c'est de la sécurité...* ».

L'APPORT MUNICIPAL AUX ACTIVITÉS - UNE CONTRIBUTION À L'ACCOMPLISSEMENT DES PERSONNES

Dans les municipalités, offrir la possibilité aux citoyens de pratiquer des activités diverses et adaptées aux différents groupes, semble un défi très présent, lié à la satisfaction de ces personnes à faire partie de la communauté et demeurer dans la localité. La présence d'infrastructures, d'équipements et de services contribue évidemment à la capacité d'offrir des activités, mais ne suffit pas. L'animation semble la condition première pour réussir l'offre et la pratique d'une activité. Là encore, les moyens financiers ont beaucoup d'importance et les

municipalités ayant le plus de moyens peuvent davantage soutenir des animateurs, qu'ils soient attirés aux loisirs, aux sports, à la culture, au plein air, aux activités sociales ou aux activités pour les jeunes. À cet égard, les petites municipalités ayant des revenus fiscaux moindres indiquent clairement leur incapacité à supporter l'animation de telles activités et elles sont conscientes que cela a une incidence sur le sentiment d'appartenance et, en bout de ligne, sur le déplacement des familles vers des milieux de vie mieux pourvus dans ce domaine.

Par ailleurs, ces ressources pour animer des activités sont en partie comblées, dans la plupart des petites municipalités, par des organismes et des individus qui s'offrent bénévolement à jouer ce rôle. Toutefois, ces bénévoles s'essoufflent et abandonnent épuisés de concilier leur travail, leur famille et le soutien aux activités (Simard et al., 2004).

Tous reconnaissent que les activités de loisirs, sportives, culturelles et de plein air contribuent à l'équilibre physique et mental des personnes et à leur qualité de vie et qu'elles sont par conséquent absolument nécessaires à la vie de la communauté. Il semble que les clientèles plus sensibles à la présence et à l'animation d'activités sont les jeunes et les personnes vieillissantes. Deux défis ont été mentionnés à ce titre, d'abord mobiliser suffisamment de personnes pour l'organisation communautaire locale, que ce soit le journal, les loisirs, les sports ou la bibliothèque. Ensuite fournir à ces bénévoles le soutien nécessaire pour ne pas les épuiser à la tâche. Ces deux aspects très associés semblent interpeller tous les partenaires qui détiennent une part de ce nécessaire accompagnement : un local, pas trop de formulaires inutiles, de l'implication citoyenne et des budgets récurrents. Un des principaux défis est donc d'intéresser, de mobiliser et d'outiller les bénévoles.

Quelques exemples d'activités données lors des entrevues confirment leur importance :

- Faut des animatrices et animateurs pour rendre les services actifs (jeux, biblio, sports);
- Le comité horticole et le comité d'embellissement contribuent à la qualité de vie des gens;
- Café rencontre pour les personnes âgées, ligue de dards, local des fermières, (occupent, regroupent et permet des échanges, ça améliore la vie sociale);
- Nous autres on y est allé du côté des infrastructures : baseball, maison des jeunes, tennis. Mais les personnes ne participent pas, ce qu'il faut c'est des animateurs;
- Ateliers de bricolage pour les jeunes, gym belle forme;
- Randonnées de 4 roues, compétitions de canot.

2.1.2 Une responsabilité pour la qualité de vie des citoyens

Les répondants du milieu municipal affirment que les municipalités ont un rôle et une responsabilité quant aux infrastructures, aux équipements, aux services à la population et aux activités collectives et qu'elles doivent continuer à travailler à la qualité de vie de leurs citoyens par l'entremise de ces champs de responsabilité. Ils croient que la municipalité est la structure la mieux placée pour observer, consulter, concerter et évaluer la nature et l'importance de

divers besoins de sa population et qu'elle doit être un partenaire privilégié pour cette identification de besoins locaux. Ils estiment cependant que la municipalité doit être active, avec d'autres partenaires, dans la recherche de solutions aux besoins identifiés. Lorsque les solutions dépassent ses seules compétences, la municipalité sera intéressée à s'impliquer et à investir parce que celles-ci touchent directement à un besoin de sa population. La concertation pour l'identification de besoins et la prise de décision apparaît importante à la grande majorité des municipalités; selon elles, des décisions prises loin des lieux de l'action et sans une connaissance exacte des besoins des requérants mobilisent difficilement les acteurs concernés et atteignent rarement la cible.

Voilà comment les municipalités comprennent leur responsabilité populationnelle, sur leur territoire, pour leur population et en concertation avec les partenaires directement concernés.

Ces quelques témoignages recueillis lors des entrevues expriment quelques aspects de la nature des responsabilités que les municipalités désirent assumer :

- Un rôle de la municipalité, c'est un rôle d'écoute, un rôle de participation, un rôle de concertation; écoute auprès de la base, concertation auprès des gens qui font des choses, c'est donc important de savoir que ton voisin fait des choses, c'est mieux de collaborer à ce qu'il fait que d'offrir de faire des choses en parallèle;
- Je verrais que la municipalité fournirait le local chauffé et éclairé, le service de photocopie... le Centre de santé, le personnel nécessaire;
- Si les jeunes demandent un terrain de soccer, vous serez prêts à modifier la vocation de votre aréna, ça c'est un exemple d'adaptation d'une infrastructure aux besoins de sa population;
- Je pense qu'au niveau municipal, c'est notre mandat d'aider l'Agence de la santé à recruter des personnes compétentes et d'offrir à la population des services de proximité.

QUELQUES DÉFIS LIÉS À CETTE RESPONSABILITÉ

Les municipalités font ressortir quelques défis liés à leur responsabilité dont celui de s'assurer que les organisations territoriales et régionales se rapprochent des gens et des communautés pour les observer, les comprendre et leur offrir ce dont ils ont besoin en matière de santé et de bien-être. La lecture de la réalité locale doit se faire sur place et le service doit se donner autant que possible localement. Le milieu municipal semble disposé à investir pour rapprocher les services, surtout face à la mobilité réduite des jeunes et des personnes vieillissantes et à la difficile conciliation travail-famille.

Pour les municipalités qui en sont dépourvues, la création d'un lieu de rencontre est essentielle, parce qu'elle permet l'échange entre citoyens favorisant le maintien du tissu social et du réseau familial nécessaire à la fierté et à l'appartenance à la communauté. Enfin, l'idée de soutenir les bénévoles en mobilisant plus de personnes et en leur fournissant les locaux et le matériel pour le bon fonctionnement des activités qu'ils supportent dans la communauté, surtout dans les villages éloignés, pourrait contribuer également à une qualité de vie meilleure.

2.2 Les organismes de soutien au développement

Les trois organismes de soutien au développement (le Centre local de développement Abitibi, la Société d'aide au développement des collectivités Harricana, la Chambre de commerce d'Amos-région) qui participent à l'étude ont des mandats provenant soit du gouvernement, soit de leurs membres. Elles ont été interpellées dans la recherche parce qu'elles sont des organisations de soutien au développement socioéconomique du territoire et, de ce fait, ont pour mandat de contribuer au mieux-être de leurs clients, de leurs membres ou de la population en général. Une brève présentation de leur mission et de leurs mandats permettra de les situer dans l'environnement de l'étude.

LE CENTRE LOCAL DE DÉVELOPPEMENT ABITIBI

La mission du Centre local de développement Abitibi (CLD)² est d'influencer, de stimuler et de soutenir, de concert avec les différents acteurs du milieu, le développement de la collectivité sur tout le territoire de la MRC d'Abitibi, dans une perspective de mise en valeur des ressources et de développement durable.

Le CLD Abitibi privilégie une approche globale de développement de son territoire. Ainsi, l'un des axes de sa planification est d'accompagner et de soutenir les promoteurs individuels et collectifs dans la mise en œuvre de projets d'affaires ou de développement local.

Les acteurs du développement économique, particulièrement ceux qui assurent l'accompagnement de projets, constatent souvent que toutes les conditions de base nécessaires à la dynamisation d'un milieu ne sont pas réunies. Afin de maximiser la qualité de son intervention, le CLD agit sur le développement de ces conditions et espère ainsi contribuer à l'émergence d'un plus grand nombre d'initiatives individuelles et collectives d'entrepreneuriat.

LA SOCIÉTÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES COLLECTIVITÉS HARRICANA (SADC)

Créée en 1986, la SADC Harricana inc.³ est un organisme à but non lucratif représentatif de son milieu ayant pour mission de favoriser la mise en place de valeurs et d'infrastructures durables, capables de corriger à long terme et de façon positive, la situation socioéconomique et le marché de l'emploi de la région d'Amos.

Elle offre des services aux entreprises de tous les secteurs d'activités ainsi qu'aux jeunes entrepreneurs. Son rôle consiste également à soutenir des projets à caractère collectif.

Les promoteurs de projets bénéficient d'un accompagnement personnalisé pour le démarrage de leur projet d'affaires. Ils peuvent également compter sur l'expertise technique des agents de développement de la SADC dans l'analyse de leur marché, la recherche de financement, l'évaluation de l'environnement commercial, de même que dans la gestion, et particulièrement lors du démarrage de leur entreprise.

² Pour une description plus complète, voir www.cldabitibi.com/mission.html

³ Pour une description plus complète, voir : www.sadc-harricana.qc.ca

Des activités d'animation en développement visent à promouvoir et supporter l'entrepreneurship.

La SADC Harricana dessert les municipalités et territoires suivants de la MRC d'Abitibi : Lac Chicobi, Berry, Saint-Dominique-du-Rosaire, St-Félix-Dalquier, Launay, Trécesson, Amos, Pikogan, Sainte-Gertrude-Manneville, Preissac, Saint-Mathieu-d'Harricana, La Motte, La Corne, Saint-Marc-de-Figuery et Landrienne.

LA CHAMBRE DE COMMERCE D'AMOS-RÉGION

La Chambre de commerce d'Amos-région (CCAR)⁴ est le plus important rassemblement des gens d'affaires de la MRC d'Abitibi. Elle regroupe 300 membres actifs en provenance de tous les milieux d'affaires : commerces, industries, professionnels, travailleurs autonomes, etc.

La CCAR a pour mission de rassembler, de représenter ses membres en leur dispensant des services et de la formation et en leur assurant la promotion de leurs produits et services de façon à favoriser la mise en place de conditions gagnantes pour le développement économique d'Amos-région.

La Chambre de commerce d'Amos-région a pour objectifs de : partager de l'information et des compétences entre les membres; promouvoir les intérêts et assurer la visibilité des membres; informer les membres sur des sujets d'actualités et d'actualiser les compétences des membres.

La Chambre de commerce Amos-région offre ses services sur le territoire de la MRC d'Abitibi à l'exception du secteur de Barraute et la majorité de ses membres sont de la ville d'Amos.

2.2.1 Un soutien à l'activité économique et à l'organisation du territoire et des entreprises

Les organismes de soutien au développement offrent essentiellement des services voués au développement de l'économie, de l'emploi, des entreprises ou de leurs membres et clients.

Ces organismes aident des promoteurs ou des entrepreneurs à développer leurs projets en les soutenant pour la confection de leur plan d'affaires, leur recherche de marchés, leur plan de promotion, etc. La réalisation de ces projets contribue au développement socioéconomique de la communauté où ils sont mis en place. Les professionnels de ces organismes possèdent une lecture des paramètres socioéconomiques locaux, régionaux, provinciaux et internationaux qui leur permet d'être des accompagnateurs avisés en développement local.

Ces organismes de soutien au développement organisent également diverses activités d'animation visant la concertation et la planification du développement local. Ces activités prennent plusieurs formes tels des comités de concertation, des colloques de réflexion, des tables de travail qui se traduisent par une animation qu'ils réalisent en milieu urbain et en milieu rural. Comme pour les municipalités, ce travail d'organisation des services consiste à impliquer des partenaires et à créer des collaborations, ce qui a pour effet de concerter les divers acteurs et de rechercher le meilleur angle de développement pour le territoire.

⁴ Pour une description plus complète, voir : www.ccar.qc.ca/qui.html

Concrètement, les actions du soutien collectif sont présentes dans les trois organismes participant à l'étude. Des rencontres, des formations, des colloques, des portraits, de l'échange d'information, de l'accompagnement se côtoient dans une perspective d'identifier les besoins, les moyens et les projets qui amélioreront le mieux-être des collectivités. De ce soutien découle la création de services, d'entreprises ou d'activités générant économie et emplois ou son équivalent en implication bénévole.

Le bilan annuel des actions des organismes de soutien au développement s'exprime généralement en termes statistiques par le nombre de clients rencontrés, de plans d'affaires réalisés, d'entreprises consolidées ou démarrées, de rencontres d'animation ou de concertation tenues, d'évènements organisés, etc. Le bilan de ces organismes est souvent exprimé sous forme de tableaux en réponse aux catégories d'effets préétablis par les programmes qu'ils gèrent. Ces bilans expriment donc difficilement toute l'étendue des effets directs et indirects de l'animation qui est faite dans les milieux et des actions qui y sont menées.

Au regard des actions des organismes de soutien à l'étude, les municipalités rencontrées sont assez critiques quant à leurs effets sur la qualité de vie locale. Elles perçoivent la présence et le soutien de ces organismes de façon variable, passant de nuls à importants, mais très souvent limités aux promoteurs. Cette différence de lecture entre les organismes et les municipalités quant à la présence et à l'importance de l'action de soutien mérite d'être notée et pose la question de la connaissance ou de la reconnaissance des mandats et des services de ces organismes par le milieu municipal. Il faut dire cependant que les énergies mises à identifier et à organiser le service sur le territoire, à impliquer des citoyens dans la concertation et la recherche de solutions ne sont probablement pas très bien connues et prises en compte dans la lecture que le milieu municipal se fait de la présence et du soutien de ces organisations en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie de leurs citoyens.

Parmi les actions plus collectives que les organismes initient ou auxquelles ils contribuent, retenons les importantes activités que sont la concertation pour l'action, le mini-colloque sur la ruralité, la foire de l'emploi, le comité Villes et Villages en santé d'Amos, les Jeux du Québec, le plan de diversification et de développement du secteur Descôteaux, Rue principale, etc.

Voici quelques témoignages des participants aux entrevues au regard de la présence et de l'action des organismes de soutien au développement :

- Accompagnement de promoteurs, développement, plan d'affaires, plan rural, animation du milieu rural : c'est le développement des conditions de base, ça touche directement la qualité de vie de la collectivité;
- Susciter, provoquer le développement de projets autant collectifs que privés;
- La qualité de vie des membres se répercute sur la qualité de vie des familles et de la population dans son ensemble;
- Quand on travaille sur la culture « *entrepreneuriale* », on travaille sur le goût d'entreprendre des gens, ben c'est sûr que ça vient travailler sur la qualité de vie;
- Travailler sur la rétention des jeunes; politique d'accueil pour les jeunes;
- Travailler sur les conditions de travail dans les entreprises, travail avec la famille, congés.

2.2.2 Une responsabilité de développement du territoire et des entreprises

Les organismes de soutien au développement perçoivent leur rôle à la *responsabilité populationnelle* d'abord à travers leurs mandats respectifs. Ils ont la responsabilité de soutenir leurs clientèles et leurs membres dans le développement de projets et d'entreprises privés et collectifs, créant ainsi de l'économie et de l'emploi pour ces clients et membres et, par conséquent, pour le territoire dans lequel ils investissent. Comme ils offrent une gamme de services, c'est à travers l'adaptation de ces services aux réalités locales et territoriales qu'ils estiment contribuer aux besoins actuels et à venir au regard de la santé et du bien-être. Ils considèrent, par ailleurs, que leur contribution à la concertation, à la planification et à la mise en action des solutions qui seront retenus avec les autres partenaires est également importante, d'autant qu'ils détiennent une bonne expertise et des ressources dans ce domaine.

Ces organisations, au même titre que les municipalités, s'accordent à dire que la responsabilité de la santé et du bien-être de la population doit être partagée par tous les acteurs concernés. Les besoins, les préoccupations et les problématiques particulières doivent être collectivement étudiés et les solutions, qu'elles soient traduites en infrastructures, en équipements, en services ou en activités, doivent être également partagées dans le respect des mandats de chacune des organisations. Les propos suivants illustrent la nécessité de travailler ensemble :

On est tous responsable de notre milieu, c'est une interrelation qui doit se faire tout le temps, le temps des silos, c'est fini, faut vraiment être capable de travailler de concert. Chaque milieu (scolaire, santé, municipal, etc.) a son rôle à jouer, il n'y en a pas un qui a une responsabilité supérieure.

Si un milieu économique en santé, ça veut dire qui a plus d'ouvrage, ça veut dire qui a plus de monde qui vont acheter dans les magasins, aux postes... c'est ça, pour moi ça veut dire qui a moins de monde pauvre, qui a plus de monde qui vont aller aux études, qui vont être capables de se trouver des jobs. Tout est rattaché.

Les organismes considèrent que leurs mandats actuels les amènent à contribuer continuellement au mieux-être des communautés dans lesquelles ils agissent en soutenant des promoteurs, des entrepreneurs, des entreprises, des activités ou des événements qui ajoutent à l'emploi et à l'économie du territoire. Ils notent en revanche que la mémoire individuelle et collective est courte et que de belles réalisations ou de beaux succès sont oubliés aussitôt terminés, ce qu'il faudrait corriger afin de pouvoir s'appuyer davantage sur les acquis pour avancer. Ils proposent de « célébrer les succès, les événements heureux, les naissances, les nouveaux arrivants » qui consolident « les avoirs » et contribuent à la vitalité locale. Le défi serait d'inscrire ces célébrations parmi les actions à faire presque quotidiennement.

2.3 Le Centre local de santé

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX LES ESKERS DE L'ABITIBI

Même si le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi (CSSSEA) a commandé cette étude et en a défini les paramètres avec les chercheurs, il a été convenu de le présenter au même titre que les autres acteurs afin de situer sa mission, ses mandats et ses services du

domaine de la santé et du bien-être. Le CSSSEA⁵ est un établissement à multiples vocations regroupé dans divers pavillons et points de services sur le territoire de la MRC d'Abitibi. Il est également un centre régional en traumatologie et le Centre régional de prélèvement multiorganes pour l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'établissement dispose de 94 lits de courte durée et de 103 lits d'hébergement pour offrir des services diagnostics, des soins et services généraux spécialisés et des services psychosociaux spécialisés, de réadaptation et d'hébergement.

Il réalise des activités de santé publique et offre en première ligne à sa population, des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion, d'assistance et de soutien selon une approche globale multidisciplinaire et communautaire.

Pour les personnes en perte d'autonomie, l'établissement offre des services de soins infirmiers, psychosociaux et médicaux. Le centre de santé et services sociaux Les Eskers de l'Abitibi doit assurer que ses services sont offerts à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie de sa population.

En plus des spécialités de base et des sous-spécialités régionales (ORL, neurologie, oncologie), l'établissement est un centre de traumatologie secondaire ayant des spécialités régionales en orthopédie, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie plastique ainsi que la chirurgie buccale et maxillo-faciale.

La présence de soins de première ligne est assuré à ces différents points de service : Amos, Barraute, Berry, Guyenne, La Corne, La Ferme, La Motte, Landrienne, Launay, Preissac, Rochebaucourt, St-Dominique, St-Félix, Ste-Gertrude, St-Marc, St-Mathieu et Villemontel.

2.3.1 Une offre de service complète en santé et bien-être de la population

UNE GAMME DE SERVICES PUBLIQUES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le Centre de santé et de services sociaux offre une gamme de services de santé et de services sociaux à la population dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population locale en collaboration avec les partenaires du milieu. « *Le CSSS est carrément responsable de la santé, il doit s'organiser pour offrir tous les services ou les faire offrir pour avoir une bonne santé globale sur le territoire* » Le choix des services et leur organisation représentent un investissement et une somme de travail important. L'offre de services est, comme les infrastructures et les équipements, très liée aux programmes gouvernementaux déconcentrés dans les régions et dans les CSSS. La préoccupation du CSSS est de s'assurer que les missions CLSC, soins de longue durée et soins de santé se réalisent et que toutes les clientèles profitent de l'ensemble des programmes mis à la disposition des publics cibles. Une grande préoccupation semble aussi être donnée à rapprocher les services de la population, par une

⁵ Pour une description plus complète, voir www.sante-abitibi-temiscamingue.qouv.qc.ca/csss_abitibi.html

bonne dispersion des points de service sur le territoire, ceux-ci offrant les services et les soins de base et l'animation communautaire en soutien aux organismes sociocommunautaires et aux collectivités. Les équipes milieu ainsi constituées, en plus d'offrir les soins de première ligne, constituent une présence observatrice de la situation de la santé et du bien-être local pouvant déceler les besoins ou les lacunes à combler.

Les programmes de santé, les services offerts dans les points de service, l'action des organisateurs communautaires, la présence des équipes milieu sont, pour la plupart, assez peu connues par le milieu municipal et par les organismes de soutien au développement. Ces derniers peuvent, à l'occasion, nommer une action ou une activité qui se fait dans un milieu, sans toutefois pourvoir y associer qui en est le porteur, quel en est le programme et quel est l'organisme responsable.

UNE ANIMATION DE MILIEU ET DES ACTIVITÉS EN PRÉVENTION

Le Centre de santé contribue directement à animer ou à soutenir des activités par l'entremise de ses organisateurs communautaires ou ses programmes de soutien. Ainsi, par exemple, les animateurs des maisons des jeunes profitent d'un programme du secteur de la santé pour animer la clientèle de ces maisons. Autre exemple, les infirmières ou les travailleuses sociales contribuent directement, par leur animation, à implanter et suivre le programme 5-30⁶ dans les divers milieux afin de développer l'activité physique et la bonne alimentation. De même, les organisateurs communautaires animent régulièrement des groupes pour les aider à organiser des activités pour leurs membres, que ce soit l'âge d'or, les jeunes, les familles, etc. Là également, les répondants du CSSS reconnaissent que son action s'exprime davantage dans son offre de services que dans l'animation d'activités auprès des personnes ou de groupes et ajoute que quelques-uns de ses services favorisent l'activité physique et mentale essentielle à l'équilibre recherché. « *Pause-santé* », l'action en travail social, l'insertion à un réseau social et la prévention, contribuent à cette animation de milieu comme en témoignent ces commentaires recueillis lors des entrevues :

Traditionnellement, la santé est liée à l'infirmière, mais en travail social, la santé ça veut dire également un jeune qui est capable de s'intégrer à un groupe de basket, une personne qui après son travail décide de coacher une équipe, ça contribue à la santé aussi.

La santé, c'est plus global que d'avoir un bon fonctionnement physique. Les gens qui se sentent en santé, ils ont un bon réseau social, de la valorisation professionnelle, des activités culturelles, des activités de plein air, accès à des services de loisir etc., c'est un tout.

La santé et le bien-être, c'est plus de prévention.

⁶ Programme intégré de prévention de maladies chroniques promu par plusieurs CLSC à travers le Québec invitant à la consommation de 5 portions de fruits et légumes et de 30 minutes d'activité physique par jour.

2.3.2 Une responsabilité de coordination : de l'identification des besoins à la desserte des services

Les informateurs représentant le secteur de la santé rappellent que le ministre de la Santé et des Services Sociaux, dans la dernière réforme, demande au CSSS « de garder les gens en santé » et de le faire avec l'ensemble des partenaires et la population. Dans cette perspective, le Centre de santé et de services sociaux doit jouer un rôle important dans la consultation auprès de gens de tout le territoire. Un des informateurs affirme que « le besoin vient du milieu, qu'il est important d'être à l'écoute et de donner beaucoup de support » pour favoriser l'expression des besoins. Le Centre de santé devrait également s'engager dans la concertation avec les organisations qui ont des mandats de santé et bien-être auprès de leur population afin d'identifier les besoins propres à ces populations en cette matière et les actions à faire pour y répondre. Par ailleurs, les personnes interrogées du CSSS croient qu'une part importante de l'action, qu'elles auront à faire pour la santé et le bien-être de la population, devra être consacrée à la sensibilisation, à la prévention et à la promotion de tous les aspects de la santé. « *Il y a une conscientisation, une vulgarisation à apporter pour que les gens comprennent l'enjeu santé et bien-être* ». Elles estiment également que le Centre de santé et de services sociaux devra jouer un rôle de coordination qui est davantage associé à de l'accompagnement qu'à de la direction. Si le Centre de santé est imputable des actions qu'il réalisera pour « *garder les gens en santé* », ces répondants considèrent que ce dernier sera aussi responsable de créer le partenariat nécessaire pour réaliser cette mission.

En conclusion, le Centre de santé offre une gamme de services en santé et services sociaux à l'ensemble de la population du territoire qu'il dessert et au-delà des programmes gouvernementaux qui définissent le cadre de ces services, il gère un important personnel qui possède l'expérience et l'expertise appropriées quant à l'accompagnement et au soutien des besoins localement identifiés et retenus comme prioritaires à la santé et au bien-être des communautés. Il a été également noté, parmi les défis à saisir, l'obligation d'augmenter l'action de promotion de la santé auprès du public et de la prévention auprès de groupes-cible. À cet égard, les jeunes et la jeunesse devraient recevoir plus d'attention et de services, car « la détresse chez les jeunes, c'est très préoccupant ». On croit que beaucoup de jeunes sont laissés à eux-mêmes et que la région pourrait leur offrir plus de soutien spécialisé.

2.4 Ce qu'il faut retenir des contributions et de la responsabilité des acteurs pour la santé et le bien-être

LE SECTEUR MUNICIPAL

Les participants du secteur municipal aux entrevues ont tendance à confondre la notion de santé et de bien-être d'une population à celle des soins de santé. Il a donc fallu décortiquer ce concept et le traduire dans le langage municipal qui parle plus volontiers de « qualité de vie ». Cette correspondance étant établie, il a été plus facile d'aborder globalement la-santé-et-le-bien-être comme un tout, dont les soins de santé font partie. Les participants ne savent pas que le milieu municipal possède un champ d'activité nommément appelé santé-et-bien-être, mais ils assurent qu'il y a une préoccupation omniprésente de la qualité de vie de la population dans l'action municipale. Ils admettent également qu'il n'y a pas de partenariat direct avec le

secteur de la santé, ni de réflexe installé d'échange d'information de part et d'autre, pour travailler ensemble à la qualité de vie de la population.

Le milieu municipal est plus en mode réponse ou réaction à une demande ou à un besoin exprimé qu'il ne planifie l'action à l'égard de la santé et du bien-être. Il lui arrive toutefois de participer activement à des projets planifiés par un ou des acteurs associés souvent à des programmes ou approches comme Écoles en santé, Villes et Villages en santé, Petits déjeuners, etc. Après réflexion, les gens du secteur municipal interrogés constatent, presque à leur étonnement, qu'ils contribuent passablement, par leurs infrastructures, leurs services et les activités qu'ils soutiennent à la qualité de vie de leur population. Ils ajoutent que cela ne pourrait pas se faire sans les organismes communautaires, sociaux et bénévoles qui font partie intégrante de l'organisation locale. Car, comme le souligne un participant : « perdre une bonne bénévole, c'est perdre beaucoup d'argent. Cinquante bénévoles dans une paroisse, c'est important et de la grosse argent avec du cœur à l'ouvrage ».

Les informateurs reconnaissent que les municipalités ont leurs limites, qu'ils attribuent généralement à la surréglementation et au sous-financement. Ils sont assez critiques des directives ou des projets qui proviennent « d'en haut », à moins que les actions qui en émanent n'arrivent directement dans leur milieu avec des conditions localement acceptables. Plusieurs interviewés expriment aussi leur désaccord à passer beaucoup de temps bénévolement en réunion à l'extérieur de leur municipalité à débattre de programmes, de règles ou de projets qui ne les concernent pas directement. Pour eux, les organismes de soutien au développement et le Centre de santé sont des organisations qui gèrent des programmes venant « d'en haut ». Ils semblent se montrer plus réceptifs et prêts à collaborer si les services qu'on leur offre ou la concertation qu'on désire correspondent directement à des besoins exprimés ou identifiés par leur population et dont l'application est adaptée à leur réalité. En ce sens, ils circonscrivent leur responsabilité à leur territoire local et aux actions répondant aux besoins exprimés par leur population.

Les propos recueillis indiquent que le secteur municipal se reconnaît une certaine *responsabilité populationnelle* et compte continuer à se préoccuper de la qualité de vie de ses citoyens en s'impliquant et investissant dans les infrastructures, les services et les activités à la population. Les municipalités sont prêtes à collaborer avec les autres acteurs locaux dans la mesure de leurs capacités et de leurs moyens et pour répondre d'abord aux besoins exprimés localement. Les répondants reconnaissent que des activités de concertation devront se faire sur des dossiers bien montés, par les professionnels des partenaires concernés, afin d'arrimer l'implication de ces partenaires dans l'action et de travailler efficacement. Cependant, cette préoccupation à définir et à passer rapidement à l'action semble laisser peu de place à la réflexion et à la planification avec les partenaires potentiels. Cet empressement suggère que les actions à faire sont relativement connues et que les partenaires partageront aisément ces choix. La question reste posée, à savoir que l'application concertée de la *responsabilité populationnelle* demandera probablement plus d'échange et de préparation entre les partenaires que par le passé.

LE SECTEUR DU SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT

Pour leur part, les organismes de soutien au développement sont généralement tributaires de programmes et du financement des gouvernements. Leurs mandats sont assez clairement établis et visent à soutenir les individus et les groupes dans leur champ de compétence et selon les règles de la gestion publique. Les personnes interrogées de ce secteur admettent devoir gérer en considération des budgets et des cadres qui leur sont donnés, mais affirment avoir la marge de manœuvre nécessaire pour adapter leurs actions aux réalités locales et faire tous les efforts en ce sens.

Sur le terrain, les organismes de soutien offrent plusieurs activités de sensibilisation, de consultation, de concertation et de formation à leurs clientèles et aux collectivités. Ces actions d'animation visent à initier l'action qu'ils pourront soutenir par la suite. Pourtant, les répondants ont constaté qu'il y a une coupure ou un temps d'arrêt entre les activités d'identification de solutions et la réalisation de projets qui ne se concrétisent pas toujours. Il semble que la stratégie de développement local n'est pas complètement arrimée, que les acteurs concernées ont chacun leurs façons de faire et que, comme entre le municipal et la santé, le municipal et le développement n'ont pas de lien direct pour parvenir à des actions locales concrètes et répondant aux besoins exprimés. Là encore, la lourde réglementation et le faible financement font obstacle à la réalisation des actions locales. L'harmonisation des approches et des plans d'action de ces deux secteurs d'activité, le municipal et le développement local, constitue un défi de taille pour tendre vers un arrimage réel. C'est ce qu'expriment particulièrement les répondants du milieu municipal lorsqu'ils jugent difficile de se développer avec des programmes ou des projets qui viennent « *d'en haut* » et qui ne sont pas directement collés aux besoins locaux, d'une part, et de la méconnaissance qu'ils ont des approches et des actions des organismes de soutien au développement, d'autre part.

Dans l'action actuelle des organismes de soutien au développement, la responsabilité qui est assumée est celle qui correspond à leur mission et à leurs mandats et les activités d'animation décrites au paragraphe précédent indiquent globalement les actions qu'ils font, auxquelles il faut ajouter la promotion et le soutien directs aux membres, aux entrepreneurs et aux entreprises. Il est évident qu'au regard du partage de la responsabilité de la santé et du bien-être de la population, leur mission et leurs mandats initiaux ne les identifient pas nommément. Ils n'en adhèrent pas moins à l'idée qu'ils ont une certaine *responsabilité populationnelle* et affirment pouvoir, dans le cadre actuel de leur planification, y contribuer en partenaire en mettant leurs expertises et leurs ressources au service des projets qui s'inscriront dans cette approche.

LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le secteur de la santé et des services sociaux s'inscrit d'abord dans une approche gouvernementale de desserte de services de santé et de services sociaux à la population. Avec l'implantation du projet clinique comme mode de planification des services, le CSSS doit s'assurer de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins de santé et des services sociaux de même que de la promotion et de la prévention nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de la population. Sa démarche d'instauration d'un réseau local intégré est déjà bien amorcée et les consultations pour ce faire ont impliqué plusieurs personnes des autres secteurs

d'activité et de la population. Une préoccupation additionnelle s'ajoute, celle de travailler avec tous les acteurs de la société afin qu'ensemble, tous les déterminants de la santé, particulièrement les facteurs sociaux et économiques, soient pris en compte afin de garder les gens en santé.

Les personnes interrogées du Centre de santé et des services sociaux conviennent que l'approche milieu qui a été adoptée sur leur territoire et l'ouverture de 16 points de service réalisée avec la collaboration des municipalités et de certains organismes communautaires favorisent une offre de soins de proximité et une présence locale appréciée par les utilisateurs. Cette présence dans chacune des localités, bien qu'elle pourrait être plus importante au quotidien, permet des échanges réguliers avec les utilisateurs, les représentants municipaux, les organismes locaux et les partenaires des autres secteurs d'activités tels les directeurs d'école, les agents de développement local et autres intervenants.

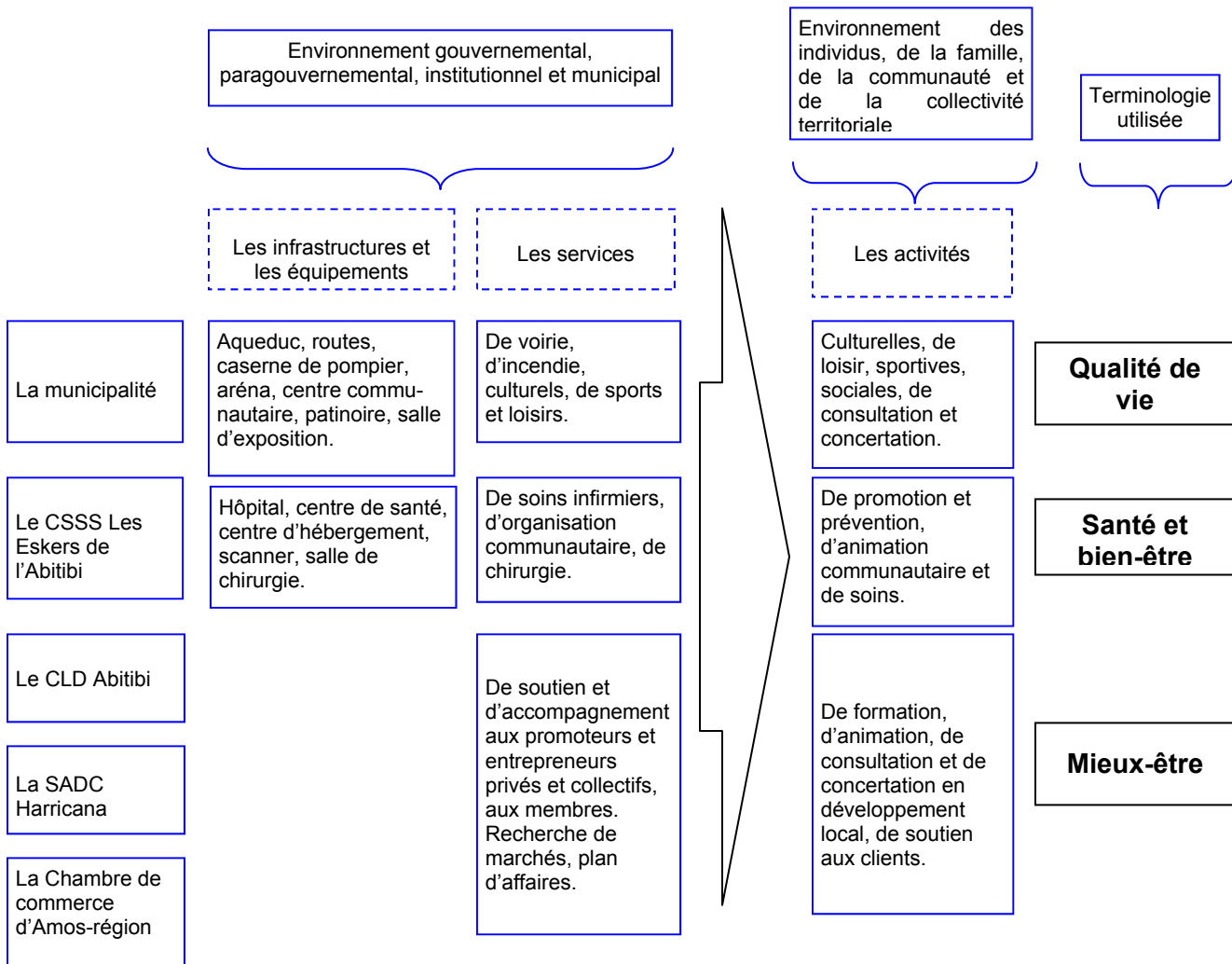
Ces personnes admettent que la responsabilité du CSSS de garder les gens en santé l'obligera à proposer un plan global de santé et services sociaux qui sera inscrit dans le projet clinique et organisationnel et qu'il devra le faire en concertation avec les acteurs concernés. Elles conçoivent également qu'il devra exercer un double rôle, celui de coordonner le suivi des actions retenues et qui impliqueront divers partenaires et celui d'accompagner ces acteurs par sa connaissance et son expertise du domaine de la santé et des services sociaux.

Pour ce qui est des échanges actuels et formels avec les acteurs municipaux et les acteurs du soutien au développement, les répondants expriment davantage leurs intentions pour l'avenir qu'ils ne tracent un bilan. Ils conviennent que cette nouvelle orientation de partenariat doit se traduire par une forme de réseautage à définir et à instaurer. Ils rappellent que le CSSS a initié une tournée des municipalités pour expliquer en quoi consiste le projet clinique et organisationnel et établir un premier contact formel avec ce milieu. Quant aux organismes de soutien au développement, la relation s'établit surtout à travers les diverses activités de concertation à laquelle les organisateurs communautaires participent régulièrement.

En conclusion, la compréhension commune de ce que signifie la notion de « garder les gens en santé » devra être au cœur des discussions à faire pour amorcer le réseau d'échanges entre le secteur de la santé et des services sociaux, le secteur municipal et celui des organismes de soutien au développement. Il ressort clairement des entrevues que le cloisonnement actuel entre ces organisations est réel, bien que chacun de ces acteurs reconnaisse l'autre et qu'il soit ouvert à collaborer à des projets communs.

De façon schématisée, la figure 3 de la page suivante traduit la forme de contribution des organisations à la santé et au mieux-être de leur population.

Figure 3
Forme de contribution des organisations à la santé et au bien-être de la population



CHAPITRE 3

Le partage de la responsabilité : le vécu et les conditions de succès

Alors que le précédent chapitre traite du rôle que les organisations perçoivent être le leur en ce qui a trait à la santé et au bien-être de la population, celui-ci porte sur les collaborations, et certaines conditions de leur réalisation, dans une perspective de responsabilité partagée quant à la santé et au bien-être général.

Ce qui précède fait également état des différentes perceptions que chacune des organisations ont de la « *responsabilité populationnelle* ». En dépit du fait qu'elle est imposée « d'en haut », cette expression a tout de même le mérite de faire prendre conscience et de faire réfléchir sur la responsabilité de chacun quant au mieux-être des gens du territoire. En bout de ligne, la plupart des répondants adhèrent assez facilement à cette idée, lui reconnaissant une connotation « de partage » qui la rend acceptable et même intéressante.

L'Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue indique que la responsabilité populationnelle fait référence au rôle important du CSSS comme leader au sein du réseau local pour améliorer la santé et le bien-être de la population. D'une part, il est responsable d'offrir une gamme de services, la plus large possible, pour répondre aux besoins de la population desservie, et d'autre part, il est responsable de mobiliser, sensibiliser et soutenir les différents acteurs du réseau pour travailler ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (ASSSAT, 2005 : 4).

La responsabilité populationnelle est d'abord comprise comme une démarche actuellement en cours, non un défi à atteindre. En ce sens, un intervenant reconnaît que la « santé populationnelle est l'affaire de tout le monde, il s'en fait déjà et c'est une bonne façon d'en prendre conscience que de la nommer ». Il n'y a donc pas de grandes discussions sur cette idée qui est, somme toute, intuitivement comprise et acceptée comme « du gros bon sens ». Là où il y a questionnement, c'est sur le partage de cette responsabilité entre les individus, les citoyens, les organisations, les institutions, les entreprises privées ou collectives et les gouvernements, car tout « *ce monde* » a son niveau de responsabilité.

Ce chapitre nous amène à l'essence de ce débat, c'est-à-dire les liens qui existent ou devront se tisser entre les organisations pour assurer le partage de la responsabilité de la santé et du bien-être de la population. Comment assurer un partage qui tienne compte de l'environnement culturel, politique et économique des organisations en présence et des façons de faire actuelles? Nos entrevues ont fait ressortir d'abord la nécessaire connaissance et reconnaissance des acteurs et des services pour que ces liens existent et se développent. Par la suite, on note l'importance d'une lecture globale et commune des besoins de même que d'une planification concertée devant supporter des actions concrètes. Enfin, on suggère la présence d'une coordination comme point d'appui à la réalisation de ce partage, coordination qui devra être souple, multiforme et « *accompagnée* » par le Centre de santé et de services sociaux.

Ces trois thèmes, identifiés en regard du partage de la responsabilité populationnelle, seront abordés soit dans une approche de concertation, soit dans une démarche d'actions intersectorielles. Cette distinction s'est imposée par les propos recueillis et réfère aux façons de faire du domaine de la santé et des services sociaux. Tout le domaine de la connaissance des organisations, des services et des besoins, lorsqu'il est partagé entre les organisations réfère à de la **concertation** que Panet-Raymond (1999) cité par Dallaire (2003 : 114) définit comme :

... un processus formel de coordination, ni hiérarchisé, ni institutionnalisé. Ce processus repose sur l'adhésion volontaire d'un ensemble d'acteurs autonomes regroupés (table) en vue de préciser et d'atteindre des objectifs communs touchant l'échange d'information, la formation ou des actions concrètes.

Les organisations consultées ont indiqué être des acteurs autonomes désireux de partager l'information en vue d'aller plus loin dans le choix d'actions communes.

Les résultats de cette concertation doivent informer les organisations sur les actions que chacune réalise en santé et bien-être et les orienter sur celles qui doivent être prises en charge par un regroupement ou l'ensemble des organisations. Cette démarche de réalisation « collective » de certaines **actions** s'inscrit dans l'approche d'action intersectorielle définie dans Dallaire (2003 : 117) « comme une démarche réunissant des ressources de divers secteurs d'activités possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe ». Cette approche d'action intersectorielle se concentre sur l'action concrète pour répondre à un problème complexe exigeant les ressources et expertises de plus d'un secteur d'activité.

3.1 La connaissance et la reconnaissance des acteurs et des services

La connaissance des acteurs et des services ainsi que la reconnaissance des ressources et des compétences des organisations interpellées par la santé et le bien-être de la population se construisent, selon les propos recueillis, à travers les dimensions suivantes : la mise à niveau de l'information sur les missions, les mandats et les actions de chacune de ces organisations, la circulation d'une information riche et constante sur les plans d'action et les activités des organisations et une veille intéressée de la situation à travers les activités quotidiennes. Mais quel est le niveau de connaissance mutuelle entre les organisations étudiées?

Nos répondants affirment que les municipalités, les organismes de soutien au développement local et le CSSS se connaissent assez peu. Ils reconnaissent qu'ils peuvent difficilement nommer, de façon précise, les mandats et les services des autres organisations.

Le CLD, la SADC et la Chambre de commerce, je connais très peu, ce ne sont pas mes partenaires dans le quotidien, mais y a peut-être quelques chose que je n'ai pas compris...

Qu'est-ce qu'ils viennent faire dans ton intégration de services? Ça c'est plus difficile... on a plus de misère à cibler exactement ce qu'on va demander à la DG de la SADC... aux personnes du CLD... C'est un peu flou...

Ce que j'aimerais, c'est d'être informé des services de la santé. On devrait d'abord répertorier les actions de toutes les organisations pour voir et comprendre ce que l'on fait.

En fait, les organisations se connaissent plutôt à travers les actions menées conjointement par leurs intervenants sur le terrain. Par exemple, l'agente rurale du CLD, les agentes locales de développement et les organisatrices communautaires saisissent bien la nature du travail des autres organismes parce qu'elles travaillent assez régulièrement ensemble à des tables ou dans des comités, échangent des idées et partagent leurs compréhensions mutuelles de leurs interventions. C'est le cas dans des projets comme Villes et Villages en santé, Écoles en santé, les petits déjeuners, le colloque rural, la Table de concertation pour l'action, Pause-santé, etc. C'est vrai également pour les infirmières et les intervenantes sociales des points de service du CLSC qui échangent avec le personnel ou les administrateurs de la municipalité, de l'école et des organismes communautaires pour présenter, organiser et animer leurs services de première ligne dans les localités; c'est là que se construit une connaissance pratique et mutuelle liée aux services. Elles sont également impliquées dans les comités santé de certaines communautés, avec l'agente de développement, les représentants municipaux, l'organisatrice communautaire du CLSC afin de planifier et réaliser des projets (Pause-santé, École en santé, les Petits déjeuners) ou encore pour analyser une problématique locale et y apporter une réponse. Ces actions concertées mettent en lien les intervenants du CSSS, de la municipalité, du CLD et des organismes communautaires tout en contribuant à tisser des liens entre les personnes et à faire découvrir les champs d'actions, l'expertise et les services de leur organisation respective.

Selon les répondants, les gestionnaires et les cadres se rencontrent peu et possèdent une connaissance plus « structurelle et administrative » que « terrain » de leurs vis-à-vis. Ils découvrent les collaborations inter-organisations à travers les demandes formulées par leurs intervenants pour participer à un groupe de travail ou encore par la lecture d'un rapport donnant le résultat d'une activité réalisée dans une collaboration et identifiant les partenaires qui y ont participé. Les gestionnaires des différentes organisations se rencontrent parfois dans des groupes de travail commandés par l'un ou l'autre et, plus souvent, lors de formations ou d'événements publics. Par contre, les gestionnaires interrogés possèdent une très bonne lecture des actions planifiées et réalisées car ils sont en étroite relation avec leurs intervenants et doivent s'assurer de livrer les services dont ils ont la responsabilité.

3.1.1 La mise à niveau de l'information sur les missions, les mandats et les actions

Pour partager une responsabilité, il faut d'abord que chacune des organisations connaisse ce que les autres sont, ce qu'elles font, qui elles desservent et quels services elles offrent. Les occasions concrètes d'échange sur leur mission et leurs mandats, dépassant la distribution d'un feuillet explicatif, devrait satisfaire un premier niveau de connaissance. Les propos recueillis évoquent cependant la nécessité d'un deuxième niveau de connaissance, celui plus élaboré des services offerts par l'organisation, de son environnement de travail, des personnes qui y travaillent, du mode de financement, de l'approche administrative et organisationnelle, des problèmes rencontrés, etc. Ce type d'échange d'information se réalise dans la pratique d'une collaboration ou qui est nécessité par une intention de collaboration future. Il débouche obligatoirement sur la reconnaissance des pratiques, des compétences et de la place du partenaire dans le réseau élargi de services comme le souligne le propos d'un répondant : « ... on sait qu'on est dans ce processus, dans le fond, c'est de se connaître davantage et de se rapprocher ».

La plupart des personnes interrogées ont insisté pour que le partage de la responsabilité se fasse dans le respect des mandats spécifiques de chaque organisation. Un informateur exprime ainsi cette préoccupation :

Je vais revenir avec le respect des mandats et de la gouvernance de chacun, va falloir y penser à cela, quand cela est bien placé, d'habitude ça va bien. [...] ça revient à des valeurs de base là, le respect, la transparence, la conscience, c'est ça qui revient en ce moment, parce que pour se concerter pis pour se rencontrer faut se dire les bonnes affaires sans ça on avancera pas, faut se respecter, c'est ce que je dis, avec ça le monde embarque. Une fois que le monde a embarqué faut être prêt aussi à entendre ce que les autres disent.

Les répondants des organismes de soutien au développement ont exprimé plus précisément cette préoccupation, indiquant qu'ils ne désirent pas que cette responsabilité partagée ajoute de nouveaux mandats au regard de la santé et des services sociaux. Ils assurent pouvoir contribuer, avec d'autres, à l'amélioration de la qualité de vie de la population, mais dans le cadre spécifique de leurs mandats de soutien et d'accompagnement et avec les moyens actuels. Pour les répondants du milieu municipal, les municipalités ont le mandat de contribuer à la qualité de vie de leurs citoyens et elles désirent que, dans la pratique, ce mandat se limite au territoire local. Un exercice d'harmonisation devra donc se faire entre les besoins locaux et la desserte locale ou territoriale d'un service. Les propos recueillis des intervenants du Centre de santé et de services sociaux indiquent que leur organisation travaille, dans un premier temps, à préciser sa structure organisationnelle à la suite de l'intégration administrative des volets hospitaliers, CLSC et hébergement. Ce travail interne de décloisonnement exige une énergie importante dans la redistribution, la redéfinition et l'harmonisation des mandats à l'interne et de la connaissance des rôles et fonctions de chacune des unités ainsi redéployées. Les actions que le Centre réalise dans le cadre du projet clinique et organisationnel permettront également de revoir les services dans un contexte de partenariat avec d'autres acteurs, exigeant également la connaissance de ces acteurs, de leurs missions, de leurs mandats, de leurs services et de leurs ressources.

Il est donc clairement établi qu'une condition de réussite du partage de la responsabilité populationnelle sera cette connaissance mutuelle des missions, des mandats et des actions actuelles des organisations concernées par la santé et le bien-être de la population. Nous verrons au prochain chapitre les pistes d'action qui seront proposées pour améliorer le niveau de connaissance de chacune des organisations concernées.

Cette connaissance mutuelle devrait favoriser l'identification des affinités et des capacités des acteurs en vue de développer des activités intersectorielles. Les acteurs questionnés reconnaissent la nécessité de la concertation entre les organisations pour en arriver à identifier les créneaux, les thèmes et les projets porteurs pertinents pour répondre aux besoins exprimés. Pour passer de la concertation à l'action intersectorielle, ils croient que la connaissance mutuelle qu'ils ont de chacun des acteurs du réseau devra être raffinée. C'est seulement à cette condition que chacun pourra estimer la pertinence de sa participation et de celle d'un vis-à-vis dans le partenariat souhaité tout en respectant sa capacité à s'investir. La connaissance souhaitée se réalisera dans l'échange de données et dans la relation-terrain des intervenants. Cette compréhension mutuelle de l'ensemble des acteurs d'un réseau prend du temps à se réaliser, elle doit donc se construire petit à petit et être un acte volontaire et structurée, d'autant que les acteurs individuels changent souvent en cours de cheminement.

À cet égard, quelques personnes interrogées reconnaissent que certains défis devront être surmontés afin de cheminer dans l'échange d'information devant construire la connaissance plus pointue des partenaires et l'expriment ainsi :

Comment les chasses gardées traditionnelles qu'on a actuellement vont accepter de remettre sur la table l'autorité qu'elles ont sur l'éducation, les services municipaux, [...] non, ça c'est à moi, occupes-toi de la santé, je m'occupe des services municipaux. Viens pas me piler sur les pieds, viens pas me dire quoi faire, y a un changement de mentalité important à faire là-dessus.

Je pense que c'est de se parler, de faire en sorte qu'on ne se sente pas menacé les uns, les autres et de travailler ensemble, en collaboration [...] de se rendre compte que nos mandats sont liés ensemble, qu'on a pas le choix pour aller plus loin, va falloir jouer le jeu du terrain.

3.1.2 Le maintien d'une information riche et constante

Selon les propos recueillis lors des entrevues, l'échange d'information constitue un acte quotidien qui nourrit et enrichit le réseau des acteurs et les aide à prendre des décisions éclairées. « L'information, c'est important, faut savoir ce qui se passe ailleurs. Comment on fait pour aller chercher l'information-là, ou comment on fait pour la recevoir? Et développer ces réseaux de communication-là... » Ils insistent sur le fait qu'aujourd'hui, avec les techniques d'information et de communication variées qui existent, l'information produite devrait être précise et livrée à temps aux personnes ou groupes ciblés. Trop d'information n'est pas mieux que pas assez d'information; c'est le dosage de l'information qui est donc en cause. Il serait donc utile de développer une stratégie de communication, pour le réseau élargi des acteurs de la santé et du bien-être, identifiant la nature de l'information, la fréquence de l'échange et l'identité de tous les émetteurs et récepteurs ciblés. Une bonne information, bien ciblée et livrée

en temps opportun, rejoindrait par ailleurs les valeurs souvent citées de respect et de transparence.

Un autre des défis relatifs à l'échange d'information entre organisations de différents secteurs, est celui de trouver un langage commun pour communiquer. Lors des entrevues, il est souvent arrivé que les discussions soient entrecoupées de demandes d'éclaircissement de termes ou de concepts propres à l'un ou l'autre des acteurs en présence. Un des informateurs exprime ainsi cette préoccupation :

... c'est un peu développer un langage commun, pour qu'on puisse se parler pis se comprendre, pour que, quand on parle de chiffres en économique, pour voir ça donne quoi en santé pour être capable de le faire aussi là. C'est pas toujours évident parler de concertation, mobilisation c'est une affaire dans le rural, c'est une autre affaire dans l'urbain, c'est une affaire en santé, c'est une autre affaire dans l'économique on parle pas tout le temps le même langage, on a pas tout le temps la même façon de faire, c'est pas mauvais en soi, mais faut réussir à s'accrocher pis à démêler tout ça.

Un troisième aspect exprimé à plusieurs reprises, est cette difficulté qu'ont les organisations à s'informer adéquatement : soit elles n'ont pas l'information, soit elles n'ont pas le temps de s'informer, soit elles ont trop d'informations disparates. Un intervenant des organismes de soutien se demande « *qui a le temps de lire les petits journaux Internet, les petites informations, tout le monde désire que l'information circule et qu'on puisse travailler...* ». Un répondant du secteur municipal indique qu'il faudrait « améliorer la communication entre les organismes, entre les villages, faire le ménage dans l'information » dans un contexte où il y a « *beaucoup de programmes gouvernementaux, y faudrait aussi connaître ceux qui s'appliquent réellement à nous, à la place de dire les voilà tous...* ».

À ce sujet, Julien (1997 : 92), dans une recherche sur le développement régional, traite du rôle de l'information pour les entreprises privées ou publiques. Il parle de « l'information courante ou circulante qui est vite oubliée, car nos sociétés actuelles sont surinformées et la plus grande partie de l'information est plus ou moins inutile ». Il ajoute « *qu'il [en] existe toutefois une petite partie, peut-être moins de deux à trois pour cent du total, que l'on appelle information structurante ou information riche...* ». Selon lui, un réseau facilitant l'établissement de relations personnalisées et complexes d'acteurs permet de soutenir à long terme ces échanges constructifs. On comprend ici que cette préoccupation se retrouve dans tous les secteurs d'activité et mérite d'être sérieusement documentée afin que les secteurs concernés établissent leur propre stratégie de communication et en tire le meilleur profit.

3.1.3 Une veille continue de la situation à travers les activités quotidiennes

On a déjà souligné que la connaissance des organisations se construit principalement à travers les activités vécues par les intervenants sur le terrain, activités façonnées notamment par les programmes offerts et par l'état de la situation économique et sociale des communautés. Cette situation évolue constamment, certains aspects se dégradent alors que d'autres s'améliorent. Les événements qui créent ces changements doivent être observés et pris en considération

dans l'intervention, l'accompagnement ou le soutien. Pour les personnes interrogées, il est donc indispensable qu'il y ait une forme de veille continue et que la desserte de services s'adapte au contexte du moment. Les organisations et les intervenants ont la possibilité de suivre ce qui se passe dans les milieux. Cependant, cette connaissance terrain n'est pas toujours prise en considération dans les décisions d'intervention, ce qui fait en sorte que l'on considère souvent que les programmes ou la structure organisationnelle sont trop rigides et peu adaptés aux situations locales réelles. Pourtant, bien connaître la situation du moment favoriserait un accompagnement adapté aux besoins réels des personnes, des groupes ou des communautés. Les témoignages suivants exposent la nécessité de bien suivre ce qui se passe sur le terrain :

On peut travailler en général par rapport à l'observation du territoire, ça peut amener des pistes, se donner peut-être le mandat de se faire des «spot check», pas juste le taux de chômage, ça peut être différentes choses qui font qui a des indices dans notre milieu qui nous donne des indicateurs pour soit s'interroger pour une intervention ou une problématique

[...] la municipalité est dans un milieu, dans un environnement, y a des choses qu'à voit, si a peut être partenaire au moins pour communiquer, partager, participer c'est déjà beaucoup, pour les moyens qui ont les municipalités [...] Moi je pense que les municipalités sont de plus en plus conscientes qui faut pas qui soient juste administrateurs de colonnes de chiffres, pi de ponceaux, pi de bornes fontaines, [...] nous autres comme partenaires on a des yeux, on a des personnes sur le terrain, y a des choses qu'on voit, si on ne le communique pas, si on ne participe pas, y a des choses qui ne se régleront pas...

Un autre défi souvent exprimé par les répondants est de bien circonscrire le territoire ou la communauté que l'on veut connaître. Il faut donc distinguer entre le territoire administratif et le territoire d'action, c'est ce dernier qui doit être pris en compte car c'est là que la population vit. Ce territoire, qui est aussi associé à une communauté, demande cependant à être précisé et défini. Le service se fait soit sur le territoire de la MRC, soit sur le territoire d'une municipalité ou soit sur le territoire de plusieurs municipalités. Certains organismes « couvrent » le territoire de la MRC, mais sont moins présents dans les municipalités, alors que d'autres organismes desservent la ville-centre, mais peuvent également desservir les villages environnants, etc. Quand vient le temps de consulter les citoyens et de réunir les acteurs locaux ou territoriaux autour d'une observation ou d'une intervention, est-on assuré de couvrir la diversité des territoires concernés?

La question a souvent été posée et une meilleure définition de ces diverses entités spatiales et communautaires où l'intervention se fait, semble s'imposer. Lorsqu'on veut identifier les besoins d'un groupe en matière de santé et de bien-être, les caractéristiques du groupe doivent être définies et ce groupe doit être localisé de façon à obtenir des données et à offrir une réponse correspondant à ce groupe précis. Enfin, il ressort de façon assez évidente que les besoins en santé et bien-être ne sont pas de même nature en territoire urbain, en territoire rural situé près de la ville centre et en territoire rural éloigné. Il est donc important de connaître le territoire d'action et de tenir compte de ses caractéristiques socioéconomiques afin de faire une analyse et un plan d'intervention adaptés à la réalité de ce territoire. Quelques intervenants ont exprimé à ce sujet que les plans « mur-à-mur » ne sont pas plus adaptés à la totalité d'une région qu'à la totalité d'une MRC.

Enfin, un autre défi se pose à propos du suivi de ce qui se passe localement, celui d'évaluer les actions faites et les résultats obtenus. Ainsi, suite à une intervention accomplie en réponse à un besoin local, les répondants croient qu'il doit y avoir également évaluation de l'action posée. Pour ceux qui réalisent ou accompagnent cette action, l'évaluation est exigeante à réaliser parce qu'elle est difficilement planifiable au regard des ressources financières et humaines disponibles. Pour cette raison, lorsque de telles actions se réalisent, le suivi et l'évaluation des résultats sont souvent limités.

Selon les informateurs, deux aspects doivent être considérés dans le suivi et l'évaluation des actions terrain, celui des retombées de la concertation et celui des résultats de l'action réalisée.

À cet égard, toute action locale entreprise en partenariat doit être associée, dès le départ, à une procédure d'évaluation de la démarche de travail et des résultats obtenus, ce qui est rarement fait, et une telle procédure doit être élaborée et adoptée par tous les partenaires et appliquée en continu au cours de l'action. Selon un intervenant, des « *indicateurs, ça en prend. Faut voir qu'est-ce que ça donne tout ça..., c'est ça qui donne de la crédibilité à notre travail. Est-ce que tout cet investissement, ça donne quelque chose, ou faut le prendre sous un autre angle, faut se poser des questions...* ». Cela est donc perçu comme une garantie du sérieux accordé au plan de travail guidant l'action et à la possibilité pour chacun d'amener les correctifs à tout moment à la lumière des données recueillies par la procédure d'évaluation. En revanche, ces intervenants considèrent que ce n'est pas dans la façon de faire actuelle que d'effectuer de l'évaluation continue et qu'il faudra trouver une manière de convaincre et d'instrumenter les acteurs concernés pour y arriver sans en faire une tâche trop lourde par des évaluations trop pointilleuses ou mal orientées.

3.2 Une vision globale et une planification commune

La responsabilité populationnelle mène inévitablement à la concertation car, on l'a vu, tous les secteurs d'activité sont concernés par l'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Les personnes interrogées identifient plusieurs conditions pour réussir une action partagée entre des secteurs ayant des mandats distincts pour une même population. La première condition est de développer une compréhension globale et commune du portrait de la santé et du bien-être de la population du territoire. Cela implique qu'un tel portrait existe et qu'il soit partagé par tous les acteurs concernés sur le territoire. Il existe différents portraits de santé et de communautés, mais les répondants considèrent qu'il n'y a pas un portrait décrivant la santé et le bien-être des gens et des communautés incluant tous les aspects amenés par les organisations au chapitre 2 (état des infrastructures, équipements, services, activités)⁷.

La deuxième condition qui favorise le partage de cette responsabilité est une planification commune des actions à entreprendre. Cette planification exige que le choix des actions soit fait de façon intersectorielle et que celles-ci soient regroupées dans un plan stratégique de développement de la santé et de la qualité de vie de la population. Là également, les personnes interrogées calculent qu'une planification commune des actions intersectorielles s'impose. Ils

⁷ Une des pistes d'action du chapitre 4 précise la nature de ce portrait.

reconnaissent que plusieurs collaborations s'exercent quotidiennement entre intervenants des organisations, à la seule différence que, pour la majorité, ces collaborations ne sont pas le fruit d'une lecture et d'une planification commune de plusieurs organisations.

Voilà comment une personne interrogée exprime cette nécessaire collaboration :

On a besoin des partenaires, on ne pourrait jamais faire ça tout seul, de toute façon ce qui se fait se fait très bien, faut être chacun dans nos environnements pour voir ce qui se fait. Moi demain matin si les organismes qui nous supportent disparaissaient, on a un problème. Je pense qui faut les supporter, les accompagner. Il faut voir justement à ce qu'on développe, en bout de ligne, une vision commune incluant les organismes, incluant le socioéconomique, incluant le scolaire, incluant les municipalités [...] Ça va aussi loin que un moment là faut arriver à partager une vision...

3.2.1 Par une lecture globale et intégrée

Pour les personnes interrogées, la pierre angulaire du partage, s'il y en a une, est la lecture et la compréhension de la totalité des activités contribuant à la santé et au bien-être de la population. À un tel portrait doit être associée une analyse des interactions, des intérêts sectoriels, etc. Le dossier de Champneuf est souvent revenu dans les propos comme un exemple intégrateur des niveaux de lecture, d'accompagnement et de collaboration entre secteurs autour d'une « cause » communément comprise. Bien que très économique, ce dossier de fermeture d'usine a des répercussions sociales par la perte d'emplois et la fragilisation de conditions de vie et de santé liées au stress et à la détresse vécus par les individus et les familles. Voilà un cas de lecture globale et intégrée (voir 3.2.3) que les organisations sectorielles ont fait pour accompagner adéquatement cet événement majeur dans ses effets sur toute une communauté. De telles situations se produisent également aux niveaux plus restreints d'une famille ou d'un groupe, mais elles ont des conséquences similaires et exigent un soutien multisectoriel adapté.

Une des conditions pour mener une concertation ou une action intersectorielle est la connaissance commune des sujets faisant l'objet de l'action. Les gens interrogés préconisent la mise en commun des différents portraits du territoire, à l'égard de la santé, de la qualité de vie ou du mieux-être, de façon à ce que tous les acteurs en aient une lecture commune. Cela semble dépasser la juxtaposition du portrait socioéconomique et du portrait de santé pour inclure tous les portraits du territoire, ceux des groupes de femmes, ceux des localités, ceux des divers comités locaux, ceux des organisations territoriales, ceux des institutions, etc. Ce portrait global devrait ainsi inclure tous les champs d'action et toutes les contributions des organisations concernées par la qualité de vie, le mieux-être et la santé et le bien-être de la population. Le contenu de ce portrait dépassera donc la définition « administrative » de santé et bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux pour inclure celles des autres institutions touchant la qualité de vie et le mieux-être. Afin de s'assurer d'exprimer cette globalité ou cet aspect inclusif, nous utiliserons à compter de maintenant le terme « *santé et bien-être* » en italique qui doit être lu comme intégrant « *santé-et-bien-être-qualité-de-vie-mieux-être* » en distinction du terme santé et bien-être qui continuera d'être utilisé lorsqu'il réfèrera directement à la mission des centres de santé et services sociaux et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce choix vise notamment à ce que chacune des organisations se sente respectée dans ses champs

d'actions et dans ses contributions (voir chapitre 2) et sente reconnus ses apports dans l'action partenariale et intersectorielle à l'égard du champ élargi de *la santé et du bien-être*.

Il s'agit donc que les organisations du territoire contribuent à élaborer un portrait global de *la santé et du bien-être* des communautés et des organisations. La constitution d'un tel portrait implique le partage et la compréhension de son contenu. Pour les répondants, la suite logique de l'appropriation d'un tel portrait sera la réalisation d'une planification stratégique visant à préciser la vision, les enjeux, les dossiers intersectoriels à développer et les rôles des organisations dans sa réalisation.

Il est aussi important de souligner que personne parmi les répondants n'a revendiqué ni n'a identifié le responsable de la confection de ce portrait. Il a seulement été noté qu'un tel exercice devrait se faire de manière intersectorielle.

3.2.2 Dans une planification commune

La responsabilité ne peut être partagée sans qu'il y ait concertation sur l'action à mener et planification de sa réalisation. Plusieurs actions de concertation existent déjà sur le territoire. Les acteurs se rencontrent et se parlent, on ne part donc pas de zéro quant à cette volonté de planifier de façon concertée. Il y a un bon niveau d'échange et de connaissance entre plusieurs des intervenants, le dialogue est existant et des projets intéressants se réalisent. Ces quelques commentaires confirment cette diversité d'activités réalisée en collaboration :

Commencer par consolider ce qui est bon actuellement, c'est pas vrai qu'on part de zéro, y a des grandes choses qui sont faites, si on les mets en commun, on se dit – bon ben là maintenant notre vision commune, on a statué que c'est vers là qu'on voulait s'en aller, comment nous autres chez-nous...

Avec les organisateurs communautaires, on parle de santé et de bien-être, c'est comme quand on parle nous autres du développement des conditions de base, ça se recoupe.

On siège à la table de concertation en développement rural, sous-comité services de proximité et à la préparation du mini-colloque annuel.

On s'est retrouvé (CSSS) sur un comité concernant la fierté d'appartenance et la promotion du territoire avec les municipalités, le CLD, SADC, MRC, parce que la population diminue et que c'est important de la maintenir.

On fait partie de la table stratégique au niveau de la concertation pour l'action qui regroupe tous les partenaires économiques du milieu.

On délègue une personne sur la table de concertation et on offre des équipements, les locaux, les coûts d'entretien, etc. pour assurer la réussite des activités retenues.

Les collaborations intra sectorielles sont très présentes et une grande partie des actions réalisées en santé et bien-être impliquent plusieurs organismes du secteur de la santé et des services sociaux. Par contre, quand vient le temps de planifier un projet impliquant plus d'un secteur d'activité, on constate qu'il n'est pas inscrit dans les habitudes de réfléchir ensemble, de choisir un projet et de faire le plan d'actions pour en assurer la réalisation. Selon nos

répondants, le réflexe de faire une démarche collective de planification n'est pas encore intégré dans les pratiques, même si cela se produit occasionnellement.

Certaines problématiques dépassent la responsabilité d'un seul secteur, mais peuvent être assumées de concert par deux secteurs ou deux organisations d'un même secteur, par exemple lors d'organisation d'évènements, de colloques, etc. La concertation ou l'action intersectorielle naît de la nécessité que l'action exige les ressources de plus de deux secteurs d'activité et de plus d'un niveau administratif. Les problématiques *de santé et de bien-être*, où se mêlent souvent dimensions sociales, socioéconomiques ou de santé physique, répondent à ces critères et se prêtent bien à la concertation intersectorielle, notamment dans une perspective de prévention, de promotion ou de services de santé de proximité. La question qui se pose alors, comment choisir les dossiers ou les projets? Plusieurs personnes interrogées ont affirmé que ce devra être des dossiers choisis localement en réponse à des besoins locaux. C'est, du moins, ce qui rejoint le plus les acteurs locaux interrogés et ce qui les motive à participer à des partenariats. C'est là qu'ils sentent avoir une prise sur une action concrète et, donc, une plus grande probabilité de résultats tangibles.

Les gens rencontrés ont indiqué à maintes reprises que le partage des responsabilités devra se réaliser dans des actions concrètes répondant à des besoins bien identifiés et bien circonscrits, « *les vrais besoins, ceux non satisfaits* ». Toutefois les priorités varient selon les secteurs. En effet, pour les répondants des municipalités, ces actions doivent graviter autour de la qualité de vie et des soins de santé, pour ceux des organismes de soutien au développement, les actions de concertation et de planification doivent aboutir à des plans d'action. Quant aux interlocuteurs du CSSS, la mise en réseau et son effet sur la desserte des services ainsi que l'élaboration de son projet clinique et organisationnel occupent l'attention.

Les priorités restent attachées aux préoccupations de chacune des organisations, mais une concertation additionnelle est nécessaire pour identifier les intérêts communs desquels découleront les actions intersectorielles. Cette concertation devra prendre en compte toutes les dimensions sectorielles de l'organisation du travail et des ressources de chacune des organisations, pour ne nommer que ces aspects, afin de s'assurer qu'elles sont conformes ou disponibles pour supporter les actions partenariales souhaitées. Si le succès du partenariat repose notamment, comme le propose Bilodeau (2003), sur les actions communes négociées, sur la bonne connaissance des acteurs en cause et de leur contexte de travail, sur les ressources disponibles et sur leur capacité à parvenir à des compromis, alors ces préalables seront importants à la réalisation d'actions concrètes et partagées. Le dialogue entre acteurs du réseau élargi (*santé et bien-être*) est absolument nécessaire pour y arriver. D'autres conditions gagnantes pour réussir un partenariat sont la disponibilité des ressources et l'identification des intérêts des acteurs « invités » à intervenir. Enfin, un intervenant ajoute croire à la concertation et aux actions concrètes « *à la condition que les dossiers soient bien documentés et bien étoffés avant d'être présentés* ».

3.2.3 Quelques expériences de concertation et d'actions intersectorielles

Trois types d'expériences terrain méritent d'être mis en lumière à titre d'exemples réels de partage de la responsabilité dans l'élaboration et la réalisation de projet. Ces expériences ont été citées à plusieurs reprises comme des lieux de rencontre des intervenants de divers secteurs, d'échange et de réflexion sur un problème donné, de planification de l'action et, finalement, de partage des tâches et de réalisation d'une action concrète. Ces initiatives sont nées de trois façons différentes : de l'initiative d'un intervenant d'un secteur d'activité, d'une crise économique dans une communauté et d'une approche de développement de communauté.

Le premier type d'expérience, d'ailleurs le plus souvent cité, est tiré de la combinaison de deux projets initiés par les écoles de milieu rural, celles de Landrienne et de Lamorandière. La première expérience regroupe autour d'elle plusieurs intervenants et acteurs locaux et régionaux pour en faire une école spécialisée en musique et anglais. La deuxième a également mobilisé plusieurs ressources locales et régionales pour offrir les petits déjeuners à l'école et faire de leur école une école 4H. Dans les deux cas, plusieurs enjeux communautaires étaient liés à ces expériences (repeupler l'école, faciliter l'apprentissage, contrer le décrochage, etc.). Les initiateurs ont réussi à mobiliser les acteurs locaux et régionaux autour de leur projet. Ceux-ci ont pris part à la planification, aux décisions tout au cours de la démarche et la réalisation du projet. Par des engagements concrets, ils ont partagé avec les initiateurs la responsabilité des objectifs, des ressources, de la réalisation, du suivi et des résultats.

La deuxième expérience est l'approche de Villes et Villages en santé qui s'appuie également sur la mobilisation des acteurs locaux et régionaux. Plusieurs localités de la MRC d'Abitibi ont adhéré au mouvement de Villes et Village en santé, dont Amos, Guyenne, La Corne, Landrienne, Preissac, Saint-Marc-de-Figuery, Sainte-Gertrude-de-Manneville, Trécesson. Cette approche amène les municipalités à reconnaître l'importance *de la santé et du bien-être* de leur communauté, à former un comité de travail intersectoriel et à planifier des actions d'amélioration de la qualité de vie. Les projets peuvent être initiés par le comité local de VVS, mais ils sont généralement réalisés en partenariat avec d'autres acteurs locaux ou régionaux.

La troisième expérience en est une de développement local. La fermeture de la scierie de Champneuf provoque un état de crise et une prise de conscience qui appelle à une action urgente de redressement. Ici, c'est la crise qui a été le moteur de la concertation, de l'échange, de l'analyse et de la proposition de solutions. Les acteurs se sont mobilisés, ont étudié la problématique, se sont engagés dans une recherche de solutions et ont réparti les tâches afin de faire cheminer les propositions vers des solutions appliquées. Plusieurs secteurs se sont mobilisés parce qu'ils étaient tous concernés par la crise qui affectait aussi bien l'économie que *la santé et le bien-être* des familles et des individus de même que l'avenir même de la communauté et de ses institutions.

Voilà trois façons de faire une lecture de la situation et une planification de l'action de manière partagée entre les acteurs locaux et parfois territoriaux ou régionaux. Dans le premier exemple, l'action est initiée par un intervenant d'un secteur d'activité qui, par l'importance du projet qu'il propose, sa compétence et la qualité de son dossier, mobilise son entourage et les autres

secteurs d'activité. Une telle façon de faire, est probablement plus conforme à la culture organisationnelle actuelle, plus sectorielle au départ qu'intersectorielle. Ce genre d'initiative s'impose par la conviction de son initiateur, mais elle ne s'inscrit pas dans une démarche de planification commune comme c'est le cas du deuxième exemple. Dans ce cas, la planification collective d'un certain nombre de dossiers appelle à plus de concertation et de planification commune des acteurs locaux, à une lecture commune de la situation et à une sélection de projets à développer. Beaucoup d'énergie est alors consacrée à la planification, le défi étant de réaliser des projets concrets dans un délai raisonnable pour les acteurs, les intervenants et la population. Enfin, le modèle de la troisième expérience, celle de la mobilisation d'une communauté vivant une crise importante, repose sur l'esprit de solidarité au sein d'une communauté. Selon Vachon (1993), la mobilisation et la prise en charge du développement local émergent souvent d'un événement déclencheur, d'une crise qui modifie une situation, la rendant inacceptable et forçant l'intervention et la recherche de solutions.

Généralement, le maintien ou l'amélioration *de la santé et du bien-être* d'une communauté est un exercice quotidien qui relève très rarement de crises collectives majeures. Ces trois expériences illustrent les modes notamment utilisés sur le territoire de la MRC d'Abitibi pour mobiliser plusieurs acteurs autour d'un projet à réaliser par la mise en commun d'expertises, de ressources et de moyens.

3.3 Un rôle de coordination et d'accompagnement pour le CSSS

Le rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS), tel que défini lors de leur mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, est d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire. Comme mentionné précédemment, ils doivent également « mobiliser, sensibiliser et soutenir les différents acteurs du réseau pour travailler ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population », en ce sens, ils ont un rôle de coordination à assurer.

Les personnes interrogées identifient deux conditions gagnantes relativement à la coordination que doit assurer le CSSS. D'abord l'encadrement et le soutien par la nomination d'une personne du CSSS qui assure le suivi des actions communes décidées en concertation et faisant partie d'un plan stratégique sur *la santé et le mieux-être* de la population. Ce soutien aux actions communes peut se traduire de deux façons : un apport d'expertise dans ses champs de compétence et la mise en disponibilité des moyens nécessaires à leur réalisation. L'autre dimension à développer est la mise en place d'un réseau élargi des acteurs dans la foulée de l'annonce et l'amorce d'une démarche partenariale liés à ce plan stratégique et visant à faciliter la communication entre eux. Cela suppose également l'adaptation des structures et normes actuelles dans le but d'intégrer cette approche réseau élargi et de rendre opérant et efficace le mode de communication et d'échanges proposé.

3.3.1 Le CSSS : un rôle de coordonnateur et d'accompagnateur

Pour les personnes provenant des municipalités et des organismes de soutien au développement, la coordination relative à la concertation, aux échanges, à la prise de décision et, finalement, au partage des dossiers *de la santé et du bien-être* constitue une responsabilité

du CSSS. De plus, selon elles, cette coordination ne peut s'exercer sans la présence d'une ressource outillée, localisée dans un lieu physique déterminé, qui interpelle et assure le suivi des décisions prises. En fait, il est nécessaire d'avoir un coordonnateur qui facilite les contacts et les rencontres et rappelle aux partenaires les engagements qu'ils ont pris dans le cadre de leur responsabilité populationnelle, chacune pilotant ses propres responsabilités. Cette forme de coordination est jugée essentielle et primordiale pour réussir la concertation et les actions intersectorielles et c'est le Centre de santé et de services sociaux qui doit assurer la présence d'une telle ressource. Cette coordination ne doit pas être considérée, selon les organisations rencontrées, comme une occasion de contrôle et de pouvoir. Il s'agit plutôt d'un moyen d'optimiser la concertation et le travail. Un participant exprime en ce sens qu'il « *faut aussi accepter de lâcher prise, si un partenaire veut prendre le lead [dans un dossier], faut être capable d'y laisser...»*.

À ce rôle, plutôt logistique et de « surveillance » quant à la réalisation d'un plan d'action commun, s'ajoute le rôle d'accompagnateur qui consiste à soutenir les organisations et groupes qui investissent du temps dans la santé et le mieux-être de leur population. Cet accompagnement inclut la sensibilisation et la formation des partenaires, par exemple sur l'adoption de saines habitudes de vie, de manière à ce qu'ils deviennent des multiplicateurs de l'information dans leur secteur respectif. Cet accompagnement inclut également le partage des différentes expertises disponibles au CSSS avec les partenaires autour des actions ou projets du plan d'action. Ce rôle est déjà assumé en bonne partie par les intervenants du CSSS qui répondent aux demandes d'information et offrent des ateliers de sensibilisation.

Par ailleurs, en plus de la coordination attendue du CSSS comme il est mentionnée ci-dessus et de l'accompagnement régulier fourni par les intervenants de proximité, il est demandé qu'une ressource soit partagée entre le CSSS, le milieu municipal et le milieu scolaire pour accompagner les projets des municipalités membres du réseau de Villes et villages en santé du territoire de la MRC d'Abitibi.

Pour réaliser et coordonner la concertation et les actions intersectorielles, les personnes interrogées croient qu'il faut que chacun des partenaires ait les moyens d'y participer, ce qui devrait se faire à même les ressources déjà disponibles, tenant compte que les actions s'inscrivent dans la mission et les mandats de l'organisation collaboratrice. Au fur et à mesure que les mandats évoluent, à la suite notamment de nouvelles orientations gouvernementales, il est souhaité que les moyens soient associés aux nouvelles obligations et proviennent des divers gouvernements qui les proposent, ceci afin de permettre les nouvelles collaborations. Il faut rappeler que les acteurs d'une action intersectorielle n'ont pas tous les mêmes moyens et qu'ils ne pourront être partenaires que dans la mesure des ressources financières et humaines dont ils disposent.

3.3.2 L'annonce, l'amorce et la constitution d'un réseau élargi d'acteurs

Le Centre de santé et de services sociaux a la responsabilité, soit dans la démarche de planification du projet clinique et organisationnel, soit dans une démarche de création d'un

réseau *santé et bien-être*, d'inviter les groupes, les organisations et les citoyens à participer et à s'impliquer dans la réalisation de la responsabilité populationnelle.

À cet égard, des répondants questionnent la capacité d'une institution comme le CSSS, à s'ouvrir à la participation des citoyens et des organisations en dehors de démarches de planification administrative interne. On suggère que le Centre soit moins « hermétique » et fasse de la place à la participation, au-delà de la consultation traditionnelle. Il est noté que plusieurs citoyens ont de grandes compétences et seraient probablement intéressés à prendre des responsabilités, comme l'animation de rencontres, etc. Cet appel à la participation demande que le Centre porte un discours d'ouverture et fasse connaître les orientations et les principes qui guident son approche de concertation et de partenariat.

Dans cet ordre d'idée, des personnes du CSSS ont exprimé l'intérêt de revoir l'approche de concertation par table (table enfance-famille, table adulte...) afin d'analyser la possibilité de regrouper des tables et ainsi d'éviter des dédoublements de discussions, cela, sans limiter la participation des groupes et des citoyens désireux de participer.

Si le mandat du CSSS est de garder les gens en santé, cet appel à l'implication devra également les interpeller directement : « *votre santé vous appartient, comment voulez-vous qu'on travaille ensemble à la maintenir dans votre village, votre communauté?* » La question ainsi posée aura pour effet de clarifier les rôles et responsabilités et d'inciter chacun à prendre position.

Enfin, un interlocuteur conclut à ce sujet qu'il « *faut que ça se fasse dans la communication, se parler, envoyer de l'information aux partenaires, aux gens, marteler souvent [le message], continuer de garder l'interactivité* ». Cet appel à la participation doit être préparé et porté par le CSSS, faire partie intégrante de sa stratégie partenariale et définir son rôle d'accompagnateur.

L'idée de la mise en réseau des acteurs est très présente dans les entrevues, mais elle prend différents sens selon la personne qui en fait mention. C'est surtout à propos du réseau plus directement lié à *la santé et au bien-être* que cette question fut abordée. On parle alors de la mise en réseau des acteurs surtout dans une perspective de mettre en lien et en communication les divers acteurs institutionnels et individuels intervenant en *santé et bien-être* . La préoccupation première est alors d'améliorer la connaissance mutuelle des missions, des mandats, des organisations et des services de chaque organisation et de constituer une base permanente de données utiles à la bonne compréhension mutuelle. La deuxième motivation à la mise en lien des acteurs est celle de créer cette confiance qui autorise à interpeller un partenaire pour partager une opinion ou inviter à une collaboration. À ce sujet, Bilodeau (2003 : 12) insiste sur la nécessité d'une communication directe entre les acteurs en précisant que « *l'information écrite est utile mais aussi le dialogue entre acteurs, à la condition d'avoir de véritables échanges* ».

Selon les informateurs, cette mise en réseau des acteurs contribuant à *la santé et au bien-être* de la population, doit se faire dans le contexte d'une collaboration intersectorielle. Elle vise à permettre aux acteurs de s'informer, de s'échanger de l'information et de s'interpeller sur des sujets et des préoccupations quand aux divers projets du plan stratégique commun à adopter. Il a été noté qu'avec les possibilités technologiques actuelles, on pourrait développer une stratégie d'information et de communication simple, efficace et efficiente.

Les témoignages suivants traduisent cette préoccupation de la mise en réseau des acteurs au regard de la santé et du bien-être de la population :

La porte d'entrée, que ce soit la municipalité pour certaines problématiques, que ce soit la santé pour une autre, le socioéconomique pour d'autres... ce qui est important c'est que ce soit en réseau. L'important c'est le « réseautage », mais y faut se connaître, y faut savoir ce que chacun fait, faut avoir du ciment en dessous des pieds, faut savoir à qui on a affaire.

Le rôle du CSSS, c'est sûr qui vient de changer, c'est sûr qu'on doit continuer à offrir les même services à la population, soigner les gens, soutenir les communautés, ... on doit aussi créer un réseau local, fonctionner en réseau avec des partenaires. On a besoin des notions de qualité de vie du milieu municipal, des infrastructures municipales et scolaires...

Elle n'est pas là la structure de maillage... ça dépend des dossiers, y a des dossiers où elle est là, d'autres où elle n'est pas là...

La concertation, la confection d'un portrait commun, le choix des actions et la mise en réseau élargi des acteurs locaux et régionaux ne pourront se faire sans impacts sur les pratiques des uns et des autres. Il faut premièrement trouver les personnes intéressées à le faire, avoir les ressources à cet effet et développer les compétences de travail intersectoriel. Pour y parvenir, il est nécessaire de désigner les personnes qui réfléchiront et travailleront à cette approche *de santé et de bien-être*, leur dégager du temps pour exercer ce nouveau rôle, et communiquer aux autres acteurs cette approche partenariale. L'idée du partenariat, bien qu'elle soit bien reçue, suscite plusieurs inquiétudes, dont celle des ressources nécessaires pour y parvenir. D'aucun croit qu'il faut faire autrement avec les ressources actuelles, le défi étant alors de réorienter les façons de faire. D'autres croient qu'il faudra des ressources additionnelles. Toutefois, la grande majorité est d'accord avec l'orientation du ministère de la santé et des services sociaux d'un nécessaire partage de la responsabilité populationnelle impliquant tous les acteurs concernés.

L'autre élément principal de changement que cette nouvelle approche impose, est l'obligation d'adapter les règles et procédures qui sont qualifiées de limitantes par plusieurs personnes questionnées. Autant faut-il modifier les pratiques pour répondre à cette nouvelle approche, autant faudra-il aussi adapter les normes, les règles ou les responsabilités afin de permettre la réalisation efficace d'actions locales répondant à des besoins locaux *de santé et de mieux-être*.

En conclusion, les personnes interrogées croient que le CSSS doit nommer une personne pour coordonner la concertation et l'action intersectorielle et doit également continuer d'accompagner tous les acteurs concernés. Ainsi, s'ajoute à son rôle actuel d'accompagnement celui de la mobilisation de ces acteurs et de l'accompagnement plus précis des organisations dans la réalisation d'un plan stratégique concerté pour l'amélioration *de la santé et du bien-être* des gens du territoire desservi.

Les avis sont partagés quant aux ressources qui devront être consacrées pour répondre à cette responsabilité populationnelle mais, dans l'ensemble, on pense que ce sera difficilement réalisable sans que des ressources additionnelles y soient consacrées par les gouvernements. En effet, il semble que les organisations disposent de très peu de temps à consacrer à ces nouvelles tâches liés à la concertation et au partenariat.

Le dernier aspect touchant la coordination et la mise en œuvre d'actions consiste à adapter les structures et les normes afin de favoriser le changement. Plusieurs répondants affirment qu'il faut identifier et corriger les « *irritants* » qui se présenteront dans l'exercice de partenariat. Ce dernier doit demeurer souple et efficace de manière à optimiser l'utilisation des ressources consacrées à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

CHAPITRE 4

Des pistes d'action pour la mise en exercice de la responsabilité populationnelle

Le chapitre précédent a mis en évidence la nécessité d'agir en collaboration afin d'assurer le partage de la *responsabilité populationnelle* au regard de la *santé et du bien-être* de la population de la MRC d'Abitibi. Pour concrétiser cette exigence de travailler de concert, les participants à l'étude suggèrent quelques pistes d'action relativement à la collaboration, à la mise en réseau des partenaires, à la concertation intersectorielle et à la réalisation d'actions concrètes.

Les pistes d'action relèvent de trois enjeux : consolider les collaborations actuelles, structurer la concertation intersectorielle et la mise en action de projets communs et développer une interaction plus articulée entre les acteurs concernés par la responsabilité populationnelle *de la santé et du bien-être*.

Mais avant de présenter les propositions au regard de ces collaborations intersectorielles, quatre observations s'imposent. La première consiste en une distinction ressortie en cours d'étude, celle entre la concertation intersectorielle et l'action intersectorielle. Les personnes interrogées s'entendent pour dire que toutes les organisations devraient se concerter pour faire un plan stratégique de développement *de la santé et du bien-être* pour le territoire de la MRC d'Abitibi. Cette façon de faire où chacun collabore à identifier et à écrire un plan global constitue de la concertation intersectorielle. Chacune des organisations signifie alors son intérêt à assumer la réalisation de la partie du plan qui la concerne dans le respect de son mandat et en concertation avec les autres partenaires. Les participants à l'étude ont également proposé que des actions soient identifiées par tous les partenaires intéressés et que les ressources et expertises de ces partenaires soient mises au service de la réalisation de ces actions communes. Ces actions sont alors qualifiées de « *concrètes et terrains* » parce qu'elles ont des retombées directes sur les groupes et problématiques cibles retenus. On parle alors d'actions intersectorielles.

En fait, plusieurs chercheurs dans ce domaine font aussi cette distinction. Goyette (1999) et Robert (1997) cités dans Dallaire (2003 : 118) explique ainsi cette distinction :

Or, pour bien saisir les implications de cette conception de l'intersectorialité, deux précisions s'imposent (Robert, 1997). Il faut d'abord reprendre l'importante distinction entre concertation intersectorielle et action intersectorielle, distinction que nous devons à Marie Robert (1997). Ainsi, Robert a montré que les partenaires de plusieurs secteurs, produisant des rapports et des avis sur une problématique relevaient plus de la concertation intersectorielle parce que leurs travaux ne débouchent pas sur une action concrète visant l'amélioration des conditions de vie. Ces initiatives peuvent cependant avoir des objectifs de prévention, de réinsertion sociale et de réhabilitation. La collaboration ou la concertation préexiste donc à l'action intersectorielle (Goyette, 1999 : 47).

Ces deux dimensions distinctes de l'intersectorialité fréquemment utilisées dans le domaine de la santé : la concertation et l'action, viennent éclairer les pistes d'actions proposées.

Il est aussi important de mentionner que lorsque que les personnes interrogées font mention de la concertation ou de l'action intersectorielle, elles incluent l'ensemble des acteurs concernés par *la santé et le bien-être* de la population et non seulement les organisations participant à l'étude.

La deuxième observation concerne le concept de *santé et bien-être* traité au chapitre précédent et qui prend davantage de sens dans l'appropriation et la réalisation des actions proposées à ce chapitre. Le concept de santé et bien-être couramment utilisé dans le milieu de la santé et des services sociaux doit être compris un peu différemment quand il est traité en intersectorialité. Les personnes interrogées reconnaissent que chaque secteur d'activité a des mandats et des obligations face à sa clientèle. Exprimé un peu schématiquement, le municipal s'occupe de la qualité de vie de ses citoyens; les organismes de soutien au développement se préoccupent et soutiennent le développement du territoire et des entreprises pour le mieux-être de la population et le Centre de santé et de services sociaux a le mandat d'assurer la santé et le bien-être de la population qu'il dessert. Qualité de vie, mieux-être et santé et bien-être sont des concepts qui s'inscrivent dans le langage distinct de chacune des organisations faisant partie de l'étude. Ni l'un, ni l'autre ne désire adopter le langage de l'autre pour la raison que chacun de ces termes porte un bagage historique et administratif qui lui donne son sens précis. Ainsi, quand ces organisations désirent s'associer au réseau élargi *de la santé et du bien-être* et en être partenaire, elles désirent que les membres de ce réseau reconnaissent la nature spécifique de leurs mandats et la singularité de leurs contributions (voir la nature de ces contributions au chapitre 2) en regard de l'objet de cette mise en réseau (qualité de vie, mieux-être et santé et bien-être de la population).

La troisième observation se veut un simple rappel de la méthodologie de l'étude. Les organisations participantes – les municipalités de la MRC d'Abitibi, les organismes de soutien au développement (Centre local de développement d'Abitibi, Société d'aide au développement des collectivités Harricana et la Chambre de commerce d'Amos-région) et le Centre de santé et des services sociaux Les Eskers de l'Abitibi – sont celles qui ont exprimé les pistes d'action de ce chapitre et elles l'ont fait dans la seule dimension intersectorielle de la collaboration et de l'action.

Quatrièmement, l'approche de planification du projet clinique et organisationnel que les CSSS doivent développer dans le cadre de leur mandat a été très peu abordée et discutée dans cette étude. Les autres organisations connaissent très peu cette nouvelle approche de planification et le CSSS Les Eskers l'intègre graduellement dans sa pratique administrative et organisationnelle. Cette approche appartient donc au CSSS et a été traitée comme un mécanisme de planification de celui-ci, non pas comme un objet commun.

Ces observations posées, il est utile de préciser comment les personnes questionnées conçoivent les collaborations actuelles et les collaborations futures dans une perspective d'intersectorialité, ce qui permettra de mieux situer les pistes d'actions qu'ils ont suggérées (tableau 1).

Tableau 1 : Type de collaborations actuelles et souhaitées

Type actuel de collaborations	Type souhaité de collaborations
<p>La concertation intersectorielle se réalise principalement à partir d'initiatives d'intervenants actifs dans le milieu qui désirent implanter un programme, offrir un service ou développer une activité ou un projet et qui font appel à des intervenants d'autres secteurs pour en discuter et le planifier. Par exemple :</p>	<p>Il est souhaitable de continuer les initiatives de concertation lorsque des besoins sont exprimés ou lorsque des initiatives d'intervenants ou de groupes interpellent cette concertation. Ces initiatives consolident la connaissance et les liens entre les organisations participantes et contribuent à élargir le réseau d'acteurs <i>de la santé et du bien-être</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none">• La Table enfance-famille et autres tables du CSSS;• Le Colloque rural;• La Table de concertation pour l'action;• La planification du colloque des partenaires en santé et bien-être;• Les Comités locaux VVS;• Écoles en santé;• La planification des Jeux du Québec;• Le Comité de diversification Champneuf;• La planification des projets École de Landrienne et École de Lamorandière.	<p>Il est suggéré d'ajouter graduellement un processus plus formel de concertation intersectorielle en :</p> <ul style="list-style-type: none">~ Invitant chacun des partenaires à réaliser et à déposer le portrait de la qualité de vie, du mieux-être ou de la santé et du bien-être de sa population;~ Invitant chacun des partenaires à déposer sa planification stratégique en regard de la qualité de vie, du mieux-être ou de la santé et du bien-être de sa population;~ Élaborant un plan de développement commun <i>de la santé et du bien-être</i> à partir des plans stratégiques déposés, des besoins exprimés et des projets en cours ou proposés (équipe intersectorielle);~ Identifiant une ou des ressources ayant le rôle de coordonner la vigie et le suivi des actions de concertation et de collaboration retenues au plan d'action.
<p>L'action intersectorielle découle généralement de la concertation et s'exprime par la mise en œuvre des actions planifiées par plusieurs partenaires concernés. Par exemple :</p>	<ul style="list-style-type: none">~ Les actions intersectorielles sont le résultat de la collaboration de plusieurs organisations dans le but d'offrir un service ou une activité concrète de santé et bien-être à un groupe. Il est proposé de continuer les actions intersectorielles actuelles qui répondent aux besoins exprimés ou aux initiatives d'intervenants ou de groupes et d'ajouter graduellement un processus plus formel de collaboration intersectorielle en :~ Invitant les membres du réseau élargi à participer à un exercice de regroupement des objectifs ou des projets qui pourraient être menés conjointement par plusieurs partenaires et qui sont exprimés au plan de développement commun de la santé et du bien-être;~ Invitant les membres du réseau élargi à adopter et à réaliser un plan d'action commun;~ Participant à la mise en place d'un plan de communication entre tous les membres du réseau élargi des partenaires de la santé et du bien-être.

Les répondants de chaque secteur d'activité (municipal, soutien au développement et santé et services sociaux) perçoivent, chacun selon leur point de vue, les changements à apporter à la collaboration intersectorielle. Tous sont en accord sur une collaboration plus articulée ayant pour finalité l'amélioration *de la santé et du bien-être* de la population. Ils proposent que les collaborations soient d'abord consolidées notamment par une description plus précise de celles existant actuellement et par la reconnaissance des objectifs qu'elles poursuivent et du travail qui s'y fait. Cela devrait également se traduire par une meilleure circulation de l'information dans un réseau d'acteurs élargi et mieux structuré. Enfin, des activités de suivi et d'évaluation des actions faites en commun devraient être planifiées et réalisées.

Au-delà et grâce à la consolidation des collaborations actuelles, les répondants aux entrevues croient qu'il sera important que le *réseau élargi de santé et bien-être* chemine vers une approche plus structurée de la planification et de mise en action des activités ou projets intersectoriels. Ils estiment qu'un portrait global *de la santé et du bien-être* suivi d'une planification stratégique de développement en ce domaine et d'une programmation annuelle devraient constituer cette approche structurée.

4.1 Consolider les initiatives de collaborations actuelles

Une étude sur la collaboration entre les organismes communautaires et le CSSSEA (ASSSAT, 2006) et cette étude-ci (voir Tableau 1) confirment que plusieurs collaborations intersectorielles ont cours entre les divers acteurs du territoire de la MRC d'Abitibi. Ces collaborations proviennent de diverses initiatives (intervenants, programmes, besoins...) et de divers secteurs (santé et services sociaux, scolaire, municipal...) et contribuent à une meilleure connaissance des acteurs impliqués et à l'exercice du partenariat. Il serait donc important, par des actions précises, de favoriser la poursuite de ces initiatives qui répondent à des besoins *de santé et de bien-être*.

4.1.1 Poursuivre les collaborations actuelles

Afin de soutenir ces collaborations intersectorielles, les personnes questionnées estiment qu'il faudra que l'ensemble des acteurs du *réseau élargi* reconnaisse les collaborations actuelles, identifie plus précisément les objectifs généraux poursuivis et le travail qu'elles requièrent et continue d'en initier de nouvelles à partir des besoins exprimés.

IDENTIFIER ET RECONNAÎTRE LES COLLABORATIONS ACTUELLES

Il est proposé que soit produite la liste des collaborations intersectorielles (impliquant plus de deux secteurs d'activité) qui se font actuellement dans la MRC d'Abitibi; que pour chaque collaboration soit produite une fiche signalétique décrivant les partenaires, les objectifs, les ressources et moyens utilisés, les résultats attendus, le suivi et l'évaluation, etc.; que cette liste et ces fiches soient validées par les partenaires concernés; que cette liste et ces fiches soient distribuées à tous les acteurs concernés par *la santé et le bien-être* de la population.

Cet exercice et les suivants pourraient être confiés à une personne ou à un groupe de personnes désignées pour coordonner la concertation et l'action intersectorielle en *santé et bien-être* pour le territoire de la MRC d'Abitibi (voir 4.1.3).

SITUER LES COLLABORATIONS INTERSECTORIELLES DANS L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS *SANTÉ ET BIEN-ÊTRE*

Il est proposé que les collaborations intersectorielles actuelles soient représentées dans le tableau d'ensemble des actions sectorielles et intersectorielles de *santé et bien-être* afin de mieux en percevoir leur place et leur importance. **Il est suggéré** que ce tableau inclut également la description des ressources utilisées dans ces collaborations afin qu'on puisse tenir compte de ce volume de ressources dans les planifications futures.

ÉTUDIER LES BESOINS EXPRIMÉS ET AMORCER D'AUTRES COLLABORATIONS

Il est proposé que les partenaires du *réseau élargi* définissent un mécanisme de sélection des sujets de nouvelles collaborations à mettre sur pied afin de répondre à de nouveaux besoins, de nouveaux programmes, de nouvelles cibles, etc. exprimés par la population, un des partenaires, un ministère ou autres groupes d'intérêt.

Les répondants ont proposé une série de sujets qui mériteraient d'être pris en considération par les acteurs du réseau pour les prochaines actions de *santé et de bien-être*. Ces sujets exprimés en préoccupations diverses concernent principalement les enfants et la jeunesse et les personnes âgées. Voici la liste de ces sujets et préoccupations :

- *... le développement d'une radio communautaire, c'est un projet qui compte au CLD, ça c'est facile..., c'est presque illimité comme effet sur l'ensemble du territoire, autant au niveau culturel qu'au niveau santé et bien-être, au niveau qualité de vie, au niveau rétention, c'est pas tout le monde qui le voit comme ça! C'est un genre de dossier qu'effectivement je verrais très bien un agent communautaire du CSSS venir s'asseoir avec nous autres régulièrement.*
- *... y a un problème, y a pas de place, les hommes qui ont des problèmes, les hommes ont pas de place à aller raconter les problèmes. Un gars qui a envie de se suicider le matin... les femmes vont se tourner vers une chum, y vont aller en parler. Les hommes n'ont aucune place. Y iront pas à la maison des femmes raconter ça pi y iront pas... où c'est que tu veux qu'y aillent, y va peut-être aller cogner à porte à CLSC, pi chu pas sûre.*
- *Ouvrir une clinique dans le village avec une infirmière, une personne pour prendre les rendez-vous et un médecin qui vient au besoin, parce que les personnes âgées, se rendre à Amos, c'est un problème, c'est long à l'urgence et ça leur coûte cher.*
- *L'action intersectorielle ça pourrait commencer par un lieu où on pourrait se parler, se connaître... plus on se côtoie, plus on apprend à se connaître.*

Une série de préoccupations a été mentionnée concernant **les enfants et la jeunesse** :

- *Y a vraiment une vision commune que, les enfants on doit prendre soin de ça et de l'unité famille, on doit les supporter.*
- *La drogue au secondaire et à la fin du primaire... j'en consomme pas et je connais les dealers, qu'est-ce qu'on attend pour faire quelque chose.*
- *C'est dommage de voir des jeunes tellement accrochés à des émissions de TV ou encore à des jeux vidéos pi ça sort pas dehors.*
- *Il y a de plus en plus de jeunes en détresse... on est démuni par rapport à la psychiatrie au niveau des jeunes.*
- *Travailler au niveau de l'enfance et directement avec les écoles, c'est là que les enfants sont...*
- *Les jeunes, c'est ça, développer des activités physiques, les faire bouger et donner des activités pour qui restent dans le village.*
- *Faut aussi assurer les conditions de base aux enfants : bien s'alimenter, avoir un bon estime de soi.*

Une autre série d'idées a été émise en regard **des personnes vieillissantes** :

- *C'est sûr que l'offre de service au niveau du domicile va augmenter, on n'aura pas le choix de l'augmenter.*
- *L'arrimage des services avec les besoins de nouvelles personnes vieillissantes... parce que eux autres y ont commencé leur vie avec une paie par semaine, y veulent pas arrêter là, c'est ça tout le maintien dans le milieu de vie, ça va couper aussi la vitalité des milieux je pense.*
- *... on voit de plus en plus de résidences de personnes âgées qui s'installent, bon c'est sûr qu'y va avoir à se questionner aussi sur le transport en commun probablement un moment donné aussi.*
- *Un gros problème s'en vient, le vieillissement de la population, va falloir augmenter le nombre d'établissements pour les recevoir... Est-ce que les hôpitaux ont prévu le traitement des maladies créées par le vieillissement de la population?*
- *Les personnes âgées et les aidants naturels, c'est un dossier à développer surtout en milieu rural.*
- *... y a une étude de marché à faire j'pense sur le besoin de logements au niveau des personnes âgées. C'est quoi le besoin qu'y ont? C'est des chambres? C'est tu des 3 et demi... c'est quoi? Alors parce que y a énormément de personnes seules dans la clientèle qu'on dessert nous autres là.*

4.1.2 Structurer l'approche partenariale

Même si plusieurs collaborations intersectorielles ont cours régulièrement sur le territoire de la MRC d'Abitibi pour la santé et le bien-être de la population, les interrelations entre les organisations concernées par ce domaine sont peu structurées et irrégulières. Les institutions et les organisations sont autonomes et leurs mandats diffèrent. Ces organisations sont de plus en plus sollicitées à travailler en partenariat et l'objet même de la santé et du bien-être les concerne tous, notamment par une clientèle commune. Une mise en réseau de ces organisations devrait faciliter le partenariat et avoir pour objectifs d'améliorer la circulation de l'information et la connaissance de ces organisations et de leurs services.

CONSTITUER UNE STRUCTURE DE CONCERTATION (*TABLE INTERSECTORIELLE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE*) DES ACTEURS CONCERNÉS PAR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Les répondants du CSSS soutiennent que la formation d'un réseau élargi des acteurs de *la santé et du bien-être* est nécessaire pour réaliser un des objectifs de la réforme, soit de travailler en partenariat et d'outiller les partenaires à assurer leur responsabilité populationnelle. Le milieu municipal est intéressé à faire partie d'un réseau qui aura d'abord comme objectif de favoriser une meilleure connaissance de ses membres, de leurs services et de leurs ressources. Le secteur du soutien au développement croit que faire partie d'un tel regroupement permettra de mieux faire connaître ses programmes et ressources qui peuvent contribuer au développement des communautés.

Pour certaines personnes interrogées, la mise en réseau des acteurs, c'est d'abord la reconnaissance plus formelle des acteurs partenaires du défi *santé et bien-être*, c'est également l'assurance d'une meilleure connaissance des mandats, rôles, services et ressources de chacun des partenaires, c'est aussi la garantie d'être interpellé et écouté par les pairs dans les actions communes et enfin c'est en soi un outil de circulation de l'information.

Il est proposé que le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi soumette et pilote une forme de structure de concertation des organisations concernées par *la santé et le bien-être* de la population (exemple : *table intersectorielle de santé et de bien-être* précédemment nommé *réseau élargi* dans ce texte) dans le but d'assurer une concertation et une communication continue entre elles.

FAIRE CONNAÎTRE LES SERVICES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET LES ORGANISATIONS LES OFFRANT À TOUS LES MEMBRES DE LA *TABLE INTERSECTORIELLE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE* ET À LA POPULATION

La connaissance d'une organisation, de ses activités et de ses services est la prémisse à l'amorce d'une activité partenariale. Cette connaissance se construit à partir d'informations qui doivent être formulées et circulées à travers le réseau de partenaires potentiels. Plusieurs personnes interrogées ont affirmé avoir besoin de connaître davantage les organisations et organismes constituant le réseau *de la santé et du bien-être*. Ces personnes ont aussi indiqué qu'il serait important de mieux faire connaître les services de santé et de services sociaux

actuellement en cours. Il semble que cette nécessaire répétition de l'information devrait faire partie d'une des actions des partenaires de la *table intersectorielle de santé et de bien-être*.

Il est donc proposé qu'un plan de communication soit élaboré dans le but de faire circuler l'information pertinente sur les organisations et leurs services entre toutes les organisations concernées par *la santé et le bien-être* et entre tous les niveaux d'acteurs (administrateurs, cadres, gestionnaires, intervenants, bénévoles). **Il est également proposé** que le CSSS et les organismes offrant des services de santé et de services sociaux fassent mieux connaître leurs services, les lieux et conditions d'accès, etc.

4.1.3 Assurer le suivi et l'évaluation des actions

Afin de consolider les collaborations actuelles et valoriser celles à venir, les personnes questionnées estiment qu'un mécanisme de suivi et d'évaluation des collaborations doit être élaboré et qu'un processus plus large d'évaluation des actions entreprises par la *table intersectorielle de santé et de bien-être* devra également être prévu. Elles estiment que le suivi et l'évaluation donnent de la crédibilité et de la valeur aux actions entreprises et aux personnes rémunérées ou bénévoles qui y travaillent.

COORDONNER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES ACTIONS

Que ce soit pour les collaborations en cours ou celles à venir, plusieurs répondants trouvent essentiel qu'elles soient suivies et évaluées. Ils expriment en cela l'importance et la reconnaissance qui doivent être données à une action qui exige des ressources et vise un résultat.

Il est proposé que lors de la réalisation d'une action intersectorielle, il y ait une démarche d'évaluation du processus qui y soit greffée de façon à favoriser des réajustements continus de la démarche et un suivi des résultats obtenus et que cette démarche soit coordonnée par les partenaires impliqués dans la collaboration.

COORDONNER L'ACTION DE LA TABLE INTERSECTORIELLE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

L'établissement d'une structure de concertation visant ultimement à favoriser la réalisation d'actions intersectorielles *en santé et bien-être* demande la mise en place de règles de fonctionnement favorisant l'échange d'information, la planification et la réalisation d'actions concertées et la prise de décision. Cette structure, composée de représentants de plusieurs organisations, demandera également d'être animée et soutenue dans ses activités. Pour y arriver, **il est proposé** qu'un professionnel du CSSS assure la coordination de la structure de concertation et que le CSSS suggère et participe à un mécanisme (exemple : comité de coordination composé d'un intervenant de quelques organisations) permettant de coordonner la vie et le suivi des actions qui seront planifiées par cette *table intersectorielle de santé et de bien-être*.

4.2 Cheminer vers une approche plus structurée de planification et d'action intersectorielle en santé et bien-être pour le territoire de la MRC d'Abitibi

Comme déjà souligné précédemment, les intervenants interrogés estiment qu'une collaboration intersectorielle doit nécessairement passer par la confection d'un portrait global de la situation *santé et bien-être*, par l'élaboration d'un plan stratégique visant à circonscrire et à fixer une vision de développement en ce domaine et, enfin, par le choix d'actions communes à réaliser.

Ces actions partenariales sont vues comme un pas de plus pour mieux structurer les collaborations actuelles tout en définissant la nature, la forme et la responsabilité des implications de chaque organisation. Les organisations partenaires auront à s'ajuster, chacune à leur rythme, pour prendre part à cette démarche commune. Ainsi le CSSS devra notamment continuer sa réorganisation interne suite à la fusion des trois établissements – CLSC, CHSLD et CH; les municipalités auront à cheminer dans leurs priorités d'actions relatives à la santé et au bien-être et les organismes de soutien au développement devront concevoir la nature de leurs collaborations dans cette *table intersectorielle santé et bien-être* au regard des spécificités des programmes actuels et des politiques et normes administratives gouvernementales auxquelles ils sont soumis.

Ce cheminement doit se faire pour chacun des secteurs et n'entrave pas l'amorce exprimée d'un processus de concertation intersectorielle, il ne fait que l'inscrire et le « baliser » dans le temps en fonction de la disponibilité des ressources de chacune des organisations.

4.2.1 Élaborer un portrait de la santé et du bien-être pour le territoire de la MRC d'Abitibi

À la suggestion de quelques personnes participantes, une première étape de concertation consisterait à recueillir les données que possèdent toutes les organisations concernées par *la santé et le bien-être* relativement à leur secteur d'activité et de les mettre en commun pour obtenir un premier niveau de lecture de la situation en ce domaine.

Une deuxième étape consisterait à demander à chaque partenaire et intervenant terrain d'identifier et d'exprimer les besoins de *santé et bien-être* non cités dans le portrait ou non satisfaits et devant s'ajouter afin de constituer un état de la situation incluant les besoins actualisés de la *santé et bien-être* du territoire.

Il est donc proposé que *la table intersectorielle santé et bien-être* réalise un portrait global *de la santé et du bien-être* de la population de la MRC d'Abitibi en intégrant les données pertinentes et actuelles de chacune des organisations du territoire. Que la réalisation de ce portrait soit l'occasion d'une lecture intersectorielle de l'état *de santé et de bien-être* du territoire. Que le portrait ainsi produit fasse l'objet de discussions entre tous les acteurs concernés et avec la population.

Il est également proposé que les intervenants terrain de toutes les organisations recensent les besoins exprimés à l'égard de la santé, du mieux-être et de la qualité de vie dans les communautés locales et que la compilation systématique de ces besoins permette une mise à jour du portrait global. Que ces nouvelles informations fassent l'objet d'une réflexion collective pour assurer qu'elles contribuent à développer une vision toujours plus précise de l'état *de la santé et du bien-être* de la population de la MRC d'Abitibi.

4.2.2 Amorcer la réalisation d'une planification stratégique de développement de la santé et du bien-être de la population de la MRC d'Abitibi

Le portrait étant fait, partagé et « reconnu », **il est proposé** que soit amorcée une planification stratégique de développement de la *santé et bien-être* pour le territoire de la MRC d'Abitibi. Comme pour le portrait, la première étape consisterait à regrouper tous les plans stratégiques des organisations membres *de la table intersectorielle santé et bien-être* et à faire ressortir, la vision, les principes, les axes de développement et les actions proposées pour constituer une première version d'une planification stratégique territoriale en *santé et bien-être*.

Une deuxième étape permettrait de valider, d'ajouter ou de retrancher des éléments de cette version afin de « bonifier » et compléter une planification stratégique *santé et bien-être* pour le territoire de la MRC d'Abitibi. Une démarche additionnelle devra être définie et ajoutée afin de faire valider et adopter cette planification révisée. Cette démarche d'élaboration et d'adoption d'une planification stratégique devrait être menée et animée par *la table intersectorielle santé et bien-être*.

Cette proposition, par étapes, a été suggérée par plusieurs personnes interrogées et vise à économiser temps et énergie en utilisant le travail et les choix déjà faits par les organisations partenaires. Celles-ci observent que cette façon de faire, considérant l'énergie à y consacrer, rejoint la préoccupation de la reconnaissance et du respect du travail de chacune des organisations et de chacun des organismes concernés tout en tenant compte des capacités et des ressources respectives de ces derniers déjà pris en compte par leurs propres choix.

Une telle démarche s'appuie évidemment sur la présence et les aptitudes du coordonnateur de *la table intersectorielle santé et bien-être* à animer cette démarche et sur l'adhésion des partenaires à y participer de façon volontaire et intéressée.

Cette planification stratégique est qualifiée d'intersectorielle de par le fait qu'elle est le résultat de la collaboration de tous les partenaires *de la table intersectorielle santé et bien-être* intégrant tous les secteurs d'activités concernés par *la santé et le bien-être* de la population. On y retrouvera, par contre, la description de plusieurs services, activités ou actions sectorielles ou inter organisationnelles qui sont offertes ou réalisées par une ou des organisations. L'intérêt d'une telle planification est de permettre de voir regrouper toute l'offre de service en *santé et bien-être* et d'y associer la ou les organisations qui en ont respectivement la responsabilité. Ce tableau global est nécessaire, notamment afin d'identifier où se trouvent les « trous », les « *entre deux chaises* » qu'il faut combler pour compléter cette offre globale de services souhaités.

De cette planification seront tirées des actions qui seront réalisées de façon intersectorielle, c'est-à-dire celles qui seront portées et réalisées par des acteurs de plusieurs secteurs d'activités.

4.2.3 Lister les actions intersectorielles retenues, élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action.

Le portrait et le plan stratégique de développement *de la santé et du bien-être* de la population étant réalisés, la vision, les orientations et les balises étant jetées, les organisations par groupes d'intérêt, selon des objectifs communs ou des clientèles communes pourront décider des actions qu'elles désirent réaliser en intersectorialité. Les actions choisies seront documentées, un scénario de réalisation sera adopté et elles seront mises en oeuvre. L'ensemble de ces actions retenues et mise en oeuvre collectivement par un groupe d'organisations intéressées constituera le plan des actions intersectorielles *en santé et bien-être* du territoire de la MRC d'Abitibi, comme actuellement l'ensemble des collaborations faites par les organisations constitue ce même plan d'actions intersectorielles. Cette démarche pourrait pareillement être entreprise par un porteur de dossier déterminé au plan stratégique qui s'assurerait la collaboration des partenaires intéressés par le sujet et préciserait la nature du partenariat, les ressources et moyens nécessaires, la clientèle visée, les objectifs à atteindre, le type d'évaluation à utiliser pour mesurer les résultats, etc. Ce plan d'action, probablement triennal, tiendrait ainsi compte des ressources de chacune des organisations et des priorités établies dans la planification stratégique.

Il est donc proposé que les organisations membres de *la table intersectorielle santé et bien-être* se concertent et identifient les actions qu'elles désirent réaliser en partenariat et s'inscrivant au plan stratégique, qu'elles élaborent un plan de mise en oeuvre définissant les objectifs poursuivis, la nature des implications de chacun, l'échéancier, etc. et qu'elles assurent leur réalisation. L'ensemble des actions partenariales retenues constituera le plan d'action intersectorielle en *santé et bien-être* et sera l'objet d'un travail de vigie, de suivi et de soutien de *la table intersectorielle santé et bien-être*.

Voilà les pistes d'action qui se dégagent des propos recueillis auprès des personnes représentant les milieux municipaux, de soutien ou développement et de santé et services sociaux. On pourrait résumer le message de ces personnes en ces mots : consolider et mieux articuler les actions intersectorielles faites au regard *de la santé et du bien-être* de la population notamment en mettant en place une structure de concertation intersectorielle qui deviendrait le pivot de l'exercice partenarial souhaité en ce domaine. Ce message semble mettre beaucoup d'emphasis sur cette structure de concertation, mais en fait il ne fait que formaliser et préciser la pratique de concertation actuelle.

Cinq cents pages d'entrevues sur le partage de la responsabilité populationnelle entre trois secteurs d'activité peut difficilement se résumer, mais il est rassurant de constater que les acteurs concernés expriment clairement leurs intentions de collaborer et de le faire dans un cadre plus formel qu'ils prendront le temps de construire ensemble.

Conclusion

La collaboration et la mise en place d'un réseau local de santé et de services sociaux sont bien amorcées sur le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. L'étude réalisée en 2006 sur la collaboration entre le milieu communautaire et le CSSS tirait cette conclusion et celle-ci confirme l'ouverture des autres acteurs que sont les municipalités et les organismes de soutien au développement à travailler en ce sens.

En plus des collaborations intersectorielles auxquelles ces acteurs participent, s'ajoutent les contributions sectorielles que chacun des acteurs peut apporter au développement *de la santé et au bien-être* de la population dans ce partage de *la responsabilité populationnelle*.

Pour le milieu municipal, la qualité de vie des citoyens se mesure à leur satisfaction de vivre et demeurer dans leur localité et à leur degré d'appartenance à leur communauté. Les municipalités pensent contribuer à cette qualité de vie dans la mise en place et l'entretien d'infrastructures, d'équipements, de services et d'activités liés à la culture, aux loisirs et aux sports, à la vie communautaire et à l'économie locale. Elles considèrent offrir ainsi un milieu de vie agréable et contribuer aux conditions de vie de la communauté, néanmoins elles considèrent qu'un partenariat plus formel avec les autres organisations pourrait contribuer à mieux définir et mieux répondre aux besoins diversifiés de la population.

Les organismes de soutien au développement sont davantage centrés, par les mandats qu'ils reçoivent des paliers gouvernementaux et de leurs membres, sur l'offre de services personnalisés aux promoteurs, aux entreprises, aux collectivités et aux membres. Ces services visent à soutenir l'élaboration et la réalisation de plans d'affaires, d'études de marchés, de plans de promotion et de publicité, de portraits et diagnostics, de financement en capital de risque, etc. Ils considèrent contribuer au mieux-être de leurs membres et clientèles en soutenant le développement de projets, d'évènements, d'entreprises et d'activités et en favorisant l'économie et l'emploi sur le territoire. Ils sont très intéressés par une planification stratégique portant sur *la santé et le bien-être* des gens du territoire dans le but de mieux connaître ce qui se fait et ce qui devrait se faire pour maintenir et développer l'activité économique et sociale et par conséquent les communautés et le territoire.

Le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi a reçu un mandat spécifique du gouvernement du Québec, celui d'une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population de son territoire, qui est désigné par le terme « responsabilité populationnelle ». Cette responsabilité a trait aussi bien à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services qu'à la prévention et la promotion nécessaires pour assurer le maintien de la santé et le bien-être de la population. Dans cette perspective, le CSSS assure le leadership, au sein du réseau local, non seulement de la desserte des services mais également de la mobilisation, de la sensibilisation et du soutien des différents acteurs dans un objectif global d'améliorer la santé et le bien-être de sa population. Il doit initier les actions au sein de son réseau, il doit également s'associer à d'autres secteurs pour mieux agir sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Chacun de ces trois acteurs accepte et exprime la volonté de prendre sa part de la *responsabilité populationnelle* dans le respect de ses mandats et de ceux de ses vis-à-vis. On pourrait y voir là l'expression d'une fermeture sur soi, mais il faut plutôt y voir l'expression du respect des champs d'action de chacun des partenaires. Ils sont disposés à faire leur part pour *la santé et le bien-être* des gens par diverses contributions, à la condition que la nature de ces contributions soit connue et reconnue. C'est pourquoi, ils proposent des pistes d'action visant à consolider et à faire connaître les collaborations actuelles et à se regrouper afin notamment de franchir une étape additionnelle d'une planification commune. Toujours dans un souci de connaissance et de reconnaissance, ils proposent également que le regroupement élabore un plan de communication favorisant la circulation de l'information entre les partenaires et avec la population.

Même si ces propositions d'actions proviennent des personnes interrogées du secteur municipal, du secteur du soutien au développement et du secteur de la santé et des services sociaux, il a été reconnu que le leadership de la mise en œuvre de telles propositions doit être assuré par le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi, les autres acteurs se montrant intéressés à être des partenaires actifs de telles actions. Le premier défi que le CSSS rencontre est d'opérationnaliser ces actions, ce qui repose en grande partie sur la capacité de coordonner l'activité et de mettre en réseau les acteurs intéressés. Ce défi est conjugué à celui que le CSSS possède toujours de finaliser sa réorganisation interne, suite à sa création, ce qui demande beaucoup d'énergie et laisse peu de temps à de nouvelles orientations.

Cependant, cette orientation de partenariat est inscrite dans la réorganisation même des CSSS et devra être abordée tôt ou tard. Les propos recueillis indiquent que les acteurs locaux sont prêts à répondre à l'invitation de la concertation dans la mesure où ils ne sentent pas que c'est pour satisfaire une directive « venant d'en haut », mais plutôt que cette concertation permettra de mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être exprimés de la population. Le CSSS sera donc confronté à un exercice de communication et d'interrelation - de gouvernance diraient certains - qui devra être mené avec doigté et qui questionne autant son niveau de préparation, son ouverture, que la disponibilité de ses ressources, ses connaissances et ses expertises pour gérer l'ampleur du changement à réaliser.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSSAT (2004). *Réseaux locaux de services intégrés en Abitibi-Témiscamingue*. Rouyn-Noranda : Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- ASSSAT (2005). *Cadre de référence régional du projet clinique et organisationnel pour les Centre de santé et de services sociaux de Abitibi-Témiscamingue*. Rouyn-Noranda : ASSSAT.
- ASSSAT (2006). *La collaboration entre les organismes communautaires et le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi*. Rouyn-Noranda : ASSSAT.
- BARDIN, L. (1996). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.
- BILODEAU, A., Lapierre, S. et MARCHAND, Y. (2003). *Le partenariat : comment ça marche?* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- DALLAIRE, N., Goyette, M. et PANET-RAYMOND, J. (2003). *Le partenariat dans un centre jeunesse à l'aune des approches-milieu*. Montréal: Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- GUBA, E.G. et Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- HUBERMAN, A. M. et M. B. Miles (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil des nouvelles méthodes*. Bruxelles :
- JULIEN, Pierre-André (1996). *Le développement régional. Comment multiplier les Beauce au Québec*. Sainte-Foy : Les presses de l'Université Laval.
- FQM (2006). *Rôle et responsabilités des municipalités*, module 2, FQM.
- SIMARD et al. (2004). *La dynamique communautaire dans les quartiers ruraux de la ville de Rouyn-Noranda, synthèse*. Rouyn-Noranda : ASSSAT.
- SANTÉ CANADA (1999). *L'action intersectorielle... pour une population en santé*. Ottawa : Santé Canada.
- VACHON, B. (1993). *Le développement local : théorie et pratique*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- WHITE, D., JOBIN, L., MCCANN, D. et MORIN, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.

Coup d'œil sur les municipalités de la MRC d'Abitibi

ANNEXE 1

Démographie⁸	CHAMPNEUF	ROCHEBAUCOURT	LA MORANDIERE	BARRAUTE	LA CORNE	LANDRIENNE	ST.-MARC-DE-FIGUERY	LA MOTTE	ST.-MATHIEU-D'HARRICANA	AMOS	ST.-FELIX-DE-DALQUIER	ST.-DOMINIQUE-DU-ROSAIRE	BERRY	TRECESSON	LAUNAY	STE.-GERTRUDE-MANNEVILLE	PREISSAC	PIKOGAN	LAC-CHICOBBI	MRC d'Abitibi
Population totale 2001r	160	225	295	2 047	638	1 096	623	412	714	13 294	955	485	500	1 198	264	799	697	791	194	25 090
Population totale 1996r	169	227	296	2 164	624	1 015	582	411	720	13 891	987	459	502	1 157	261	814	622	696	227	25 624
Variation 1996-2001 (%)	-5,3	-0,9	-0,3	-5,4	2,2	8,0	7,0	0,2	-0,8	-4,3	-3,2	5,7	-0,4	3,5	1,1	-1,8	12,1	13,6	-14,5	-2,1
Population 0-14 ans 2001 (%)	22,6	38,5	26,8	17,3	22,6	25,8	26,8	22,9	19,9	19,7	23,7	22,6	21,6	24,3	11,8	19,0	20,0	29,2	18,8	19,9
Population 15-64 ans 2001 (%)	61,3	56,4	64,3	71,6	72,6	65,4	69,1	66,3	71,6	70,0	69,4	66,7	76,3	66,9	68,6	69,3	71,1	67,3	59,4	69,8
Population 65 ans et plus 2001 (%)	16,1	5,1	8,9	11,2	4,8	8,8	4,1	10,8	8,5	10,3	7,0	10,8	2,1	8,8	19,6	11,8	8,9	3,5	21,9	10,2
Scolarité⁹																				
Sans diplôme d'études secondaires (%)	90,9	70,4	75,0	51,6	34,1	47,9	38,7	32,8	30,3	35,0	46,1	54,5	55,2	33,1	46,0	55,4	48,5	39,2	73,1	40,7
Diplôme universitaire (%)	0,0	0,0	0,0	4,2	5,5	5,7	25,3	6,9	11,1	15,1	3,9	7,6	0,0	10,4	10,0	5,4	4,9	7,8	7,7	11,1
Marché du travail																				
Taux d'activité (%)	62,5	55,2	54,5	54,4	60,2	60,4	68,5	64,1	68,1	63,0	66,4	68,5	57,9	58,7	64,6	57,5	56,5	54,4	66,7	61,7
Taux d'emploi (%)	62,5	51,7	50,0	42,6	49,0	55,3	56,2	56,2	62,8	54,8	55,9	50,7	40,8	47,5	60,4	40,9	46,3	42,1	36,7	52,2
Taux de chômage (%)	0,0	12,5	12,5	21,8	18,6	8,3	16,4	12,2	7,8	13,0	14,7	24,0	31,8	18,1	6,5	28,8	18,0	22,6	40,0	15,3
Industries²																				
Emploi secteur primaire (%)	38,9	31,6	12,5	17,4	25,9	8,5	27,3	28,6	11,8	9,1	25,3	28,3	53,5	13,7	36,4	10,8	43,6	8,0	80,0	15,1
Emploi secteur secondaire (%)	58,3	26,3	16,7	24,6	11,1	26,6	18,2	4,8	22,4	15,3	14,3	9,4	14,0	17,6	24,2	36,9	23,6	8,0	0,0	17,4
Emploi secteur tertiaire (%)	44,4	42,1	29,2	58,1	63,0	64,9	54,5	66,7	65,8	75,5	60,4	62,3	32,6	68,6	39,4	52,3	32,7	84,0	20,0	67,4
Revenu¹⁰																				
Revenu moyen des particuliers (\$)	ND	ND	21 932	20 431	23 347	23 633	38 897	22 770	24 912	25 380	24 447	19 137	18 259	32 619	21 272	19 545	27 103	15 342	ND	24 588
Revenu moyen d'emploi (\$)	ND	ND	26 940	24 417	24 172	24 993	42 467	24 666	25 902	27 384	25 926	21 184	19 309	31 766	21 326	20 740	36 745	14 492	ND	26 758
Revenu des ménages (\$)	ND	ND	38 656	36 317	43 874	45 858	72 333	40 943	52 507	46 502	46 241	40 712	35 072	61 719	48 455	41 356	50 871	34 136	ND	45 999
Revenu des familles (\$)	ND	ND	44 383	42 137	50 040	50 805	86 887	47 760	58 351	54 545	47 982	47 694	35 110	67 301	49 136	43 778	60 059	32 434	ND	52 726
Composition du revenu³																				
Revenu d'emploi (%)	ND	ND	73,7	71,7	70,2	77,9	87,2	73,6	84,0	75,6	81,1	72,9	66,1	70,1	69,1	70,0	79,8	61,9	ND	75,2
Transferts gouvernementaux (%)	ND	ND	24,3	22,6	20,1	16,6	9,4	17,2	11,6	16,8	16,1	19,2	27,0	13,4	22,5	26,1	14,8	35,1	ND	17,5
Autres revenus (%)	ND	ND	2,2	5,7	9,9	5,7	2,7	9,5	4,7	7,6	2,8	7,0	7,2	16,4	8,0	3,7	5,9	3,7	ND	7,3
Logement																				
Nombre de logements privés	60	75	110	830	235	365	225	160	245	5 255	330	175	180	415	105	270	270	120	70	9 495
Occupé par le propriétaire (%) ²	85,7	87,5	100,0	73,5	87,5	84,7	71,1	87,5	93,8	59,8	81,8	100,0	83,8	88,0	75,0	90,7	94,3	0,0	86,7	69,8
Occupé par un locataire (%) ²	14,3	12,5	0,0	26,5	12,5	15,3	28,9	12,5	6,3	40,2	18,2	0,0	16,2	12,0	25,0	9,3	5,7	100,0	13,3	30,2
Valeur du logement (\$)	48 897	21 783	35 859	51 216	61 393	66 946	83 935	70 832	79 038	84 926	69 851	49 667	45 500	80 357	52 159	60 604	70 168	ND	36 479	72 931
Nécessite réparations mineures (%) ^{2,4,11}	58,3	31,3	28,6	28,3	48,9	43,8	45,5	29,0	51,0	27,3	27,3	52,9	38,9	25,0	35,0	50,0	30,2	41,7	50,0	31,6
Nécessite réparations majeures (%) ^{2,4}	16,7	12,5	33,3	15,1	8,5	0,0	13,6	25,8	4,1	8,2	18,2	14,7	25,0	13,1	15,0	16,7	11,3	12,5	21,4	10,7

⁸ La population totale des municipalités, de la MRC, de la région et du Québec proviennent des estimations annuelles de Statistique Canada plutôt que des données du recensement. Toutefois, la composition par âge des municipalités se base sur les données du recensement 2001. Les données de population (nombre et composition par groupe d'âge) des réserves et établissements autochtones se basent sur le Registre de la population indienne inscrite (sur et hors réserve).

⁹ Toutes les données du recensement sont arrondies, ce qui pose un problème lors du calcul de proportions pour les municipalités. Pour pallier à ce problème, les proportions que l'on retrouve dans ce profil ont été calculées à partir de la somme de chacune des parties et non pas à partir du total arrondi de Statistique Canada.

¹⁰ Pour les données sur les caractéristiques du revenu des personnes, des familles ou des ménages, le seuil de population défini est fixé à 250 personnes et le nombre minimal de ménages privés à 40. Lorsque le chiffre de population ou le nombre de ménages est inférieur au seuil défini, les données sont non-disponibles. Les données supprimées sont toutefois comprises dans les résultats totaux de la MRC, de la région et du Québec.

¹¹ Les proportions sur l'état du logement ne correspondent pas à 100 %. La proportion qui n'est pas inscrite correspond au logement nécessitant un entretien régulier.