



19 DÉCEMBRE 2015

SE POSITIONNER COMME CISSS/CIUSSS POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Sommaire :

Introduction

Agir sur les déterminants de la santé

1. Des communautés en santé
2. L'importance de la communauté territoriale locale
3. Développement des communautés, responsabilité populationnelle et autres fondements juridiques

Le soutien du CISSS/CIUSSS

Mobiliser la compétence de gestion relative à la stratégie de soutien au développement des communautés

1. Réaliser AVEC
2. De l'hyperconcertation à une approche intégrée de développement
3. Les défis de la reddition de compte

Le présent document se veut la synthèse d'un vaste travail de recherche et de consultation ayant entre autres été utilisé dans le cadre de différentes activités de l'IPCDC relatives au développement des communautés. Plusieurs exercices ou contenus vidéo sont accessibles en ligne sur le bureau virtuel afin d'illustrer davantage et d'approfondir les principaux éléments contenus dans ce document. Vous trouverez ainsi au fil de la présente lecture les liens appropriés pour télécharger des exercices ou visionner des capsules vidéo illustrant les propos.

INTRODUCTION

Un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) doit veiller, avec ses partenaires du réseau territorial de services de santé et de services sociaux (RTS) à restaurer et maintenir la santé de l'ensemble de la population de son territoire. S'il doit offrir les meilleurs services

possible aux clientèles qui les consultent, il doit également agir en amont des problèmes de santé et de bien-être. Voilà pourquoi il est appelé à intervenir sur plusieurs des déterminants de la santé, dont les conditions de logement, l'éducation, le soutien social, l'accès à l'emploi, etc.

Le soutien au développement des communautés est une modalité d'intervention essentielle pour agir sur ces déterminants. En plus de faciliter la réalisation des missions confiées aux CISSS/CIUSSS, le soutien au développement des communautés engage les intervenants de ces institutions à participer à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

En se positionnant de manière explicite en ce sens, l'organisation guide ses programmes et mobilise ses ressources pour soutenir les actions des communautés afin d'améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales de santé. Le CISSS/CIUSSS s'engagera ainsi à travailler avec les citoyens et l'ensemble des acteurs et partenaires de son territoire. Les contributions du CISSS/CIUSSS en développement des communautés sont largement influencées par les capacités organisationnelles ainsi que par la manière de gérer les programmes et de concevoir les rapports avec la population ou les partenaires. Dans ce cadre, le gestionnaire de CISSS/CIUSSS jouera un rôle clé, tant à l'interne qu'à l'externe.

En soutenant les initiatives des communautés et en offrant à celles-ci des programmes adaptés aux dynamiques locales, les institutions de santé et de services sociaux renforcent l'action communautaire (OMS, 1986) afin de créer des environnements favorables et de développer des communautés en santé. Une telle approche d'intervention permet d'exercer une influence positive sur une dynamique locale en facilitant les processus de coopération entre les résidents et les organisations au sein d'une communauté et en encourageant les actions qui améliorent les conditions dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

En s'engageant à agir avec ses partenaires sur des facteurs permettant de répondre adéquatement aux besoins de santé de la population et de résoudre des problèmes se manifestant dans une communauté, le CISSS/CIUSSS se donnera les moyens d'améliorer les conditions de vie. Celles-ci, souvent désignées comme les déterminants de la santé, expliquent en bonne partie l'état de santé d'une population en plus d'être grandement responsables des inégalités sociales de santé¹. Ils influencent quotidiennement les possibilités pour les individus et les populations de combler leurs besoins, de s'épanouir, voire d'adopter et de maintenir de saines habitudes de vie².

1. DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

En tant qu'acteur pivot au sein de la communauté, le CISSS/CIUSSS a la responsabilité de participer au développement d'une communauté en santé et devrait même en être un des leaders. Il prend lui-même des initiatives visant le développement des communautés et appuie également celles issues de la communauté, conçues et mises en œuvre par et avec ses partenaires.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, on définit le développement des communautés comme étant un « processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique³ ».

Une communauté en santé améliore continuellement son environnement physique et social. Elle permet à ses citoyens de s'entraider dans la réalisation des activités courantes de la vie et de développer leur plein potentiel (Hancock et Duhl, 1986). De plus, elle est prospère, saine, durable, équitable, sécuritaire ainsi que solidaire et inclusive⁴. Son développement résulte des contributions d'individus et d'acteurs de différents secteurs qui travaillent ensemble, développent leurs capacités, mobilisent des ressources et réalisent des changements favorables à la santé et au bien-être individuel et collectif.

L'*empowerment* est inextricablement relié au développement de communautés en santé. Le terme est largement utilisé dans la forme anglaise pour qualifier les actions qui favorisent le pouvoir d'agir des personnes, des organisations et des communautés dans la recherche de solutions aux difficultés qu'elles rencontrent ou dans leur volonté de répondre elles-mêmes à leurs besoins⁵.

Une pratique d'empowerment favorise le développement des capacités des acteurs leur permettant d'exercer un plus grand pouvoir et d'accéder aux ressources, voire de les contrôler. Le renforcement du pouvoir d'agir par le développement des communautés demande des méthodes d'intervention et de gestion stimulant la participation. On misera également sur des actions « coconstruites » par les différents acteurs des communautés, qui tous reconnaîtront la valeur de la collectivisation des efforts pour atteindre des buts partagés.

De nombreuses initiatives dites endogènes, c'est-à-dire issues des partenaires du milieu, témoignent de grande créativité et de la capacité des communautés d'agir sur l'insécurité alimentaire, l'itinérance, le logement, les services de proximité, les loisirs, l'alphabétisation, etc. Ces initiatives permettent de créer des entreprises d'économie sociale, de promouvoir l'achat local, de donner vie à la démocratie participative, de favoriser l'éducation citoyenne et populaire, de revitaliser des milieux de vie, etc. La pratique du développement des communautés est bien établie depuis des décennies. Elle est même à la base de la création des CLSC dans les années 70.

Au Québec, les appellations liées au développement des communautés sont nombreuses, même si les ingrédients sont souvent les mêmes : développement social local, développement territorial, revitalisation urbaine, développement durable, etc. Même si l'expression développement des communautés est de plus en plus répandue, il n'existe toujours pas de dénomination universelle, en raison du fait qu'elle concerne une diversité d'acteurs et qu'elle se concrétise par une variété de mesures communautaires, publiques et privées.

Cela dit, les initiatives locales ne sont pas en mesure, à elles seules, de contrer les processus créant les inégalités sociales de santé, la dévitalisation des villes et des villages ainsi que l'exclusion sociale. Elles ne peuvent pas remplacer le rôle de l'État dans l'adoption de politiques publiques visant la réduction des écarts de santé. Il n'empêche que les initiatives locales peuvent être soutenues par l'État, notamment les programmes de santé publique cherchant à mobiliser les communautés.

La synergie des forces émanant de l'État et de la communauté territoriale est reconnue comme un facteur clé pour améliorer les conditions de vie, revitaliser des territoires ou tisser des liens sociaux. D'ailleurs, de nombreuses politiques publiques, lois et programmes gouvernementaux québécois

misent sur la mobilisation des communautés et sur la participation des acteurs locaux. C'est le cas de la Stratégie gouvernementale de développement durable, de la Stratégie gouvernementale en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ou encore de la Politique nationale de la ruralité.

2. L'IMPORTANCE DE LA COMMUNAUTÉ TERRITORIALE

La notion de communauté renvoie à un ensemble de personnes et de groupes qui, malgré leurs caractéristiques spécifiques, sont reliés par des enjeux communs en fonction d'intérêts particuliers (travailleurs, locataires, parents de patients souffrant de troubles mentaux, etc.), d'une identité partagée (jeunes, aînés, personnes handicapées, etc.) ou encore d'un territoire.

La communauté territoriale est particulièrement déterminante en raison du fait⁶ :

- qu'elle englobe l'ensemble juridico-politique d'un territoire, ainsi que les mœurs ou les traditions de la majorité des citoyens. Elle s'appuie sur une variété d'organisations ou d'institutions locales reliées ou non entre elles, de façon formelle, comme les écoles, les milieux de travail, les lieux communautaires, les centres de loisirs, les parcs, les églises, etc.;
- que l'appartenance à un même territoire favorise l'action collective, l'engagement citoyen ainsi que l'enracinement local des organisations et des institutions. Par exemple, la qualité des liens d'une institution avec les communautés, lui permettra de mobiliser plus facilement les ressources dont dispose cette communauté, ainsi que les différentes dynamiques sociales, politiques ou culturelles qui la caractérisent (le capital social d'une communauté). Elle peut tirer profit de sa proximité qui facilite la complémentarité et les collaborations avec les autres acteurs;
- que la dynamique locale explique comment la communauté agit, à des degrés variables, sur la santé et le bien-être de sa population.

2.1 Le code postal peut être plus important que le code génétique⁷

Par ses attributs, une communauté agit favorablement ou non sur plusieurs des déterminants de la santé et peut ainsi accentuer ou pas les inégalités sociales. En plus de se faire sentir par des conditions de vie plus difficiles, cet effet de milieu⁸ peut limiter les capacités d'action des individus, restreindre l'accès aux ressources et réduire les chances de s'épanouir. Devant de tels enjeux, le capital social d'une communauté fait une différence. En effet, les motivations des acteurs à se regrouper, les manières dont ils le font,

leurs perceptions des enjeux collectifs, la qualité de leurs relations et les conditions qui favorisent ou découragent la coopération sont des conditions déterminantes pour le développement de communautés en santé⁹.

2.2 Un territoire à géométrie variable

Chaque communauté étant caractérisée par des réalités qui lui sont propres, la stratégie de soutien au développement des communautés délimitera son territoire en s'assurant que les citoyens et les acteurs qui y vivent partagent un même sentiment d'appartenance. Cela peut être un voisinage, un quartier, un arrondissement, un village ou une ville entière.

La délimitation territoriale est un enjeu important pour la mise en œuvre des interventions de soutien au développement des communautés. Ce n'est pas toujours simple, la délimitation pouvant varier selon la fonction ou la perception des acteurs, mais aussi selon les structures et les programmes déjà en place, dont les découpages géographiques qui obéissent à différentes logiques administratives (le milieu scolaire par exemple).

Dans une perspective de développement des communautés, la notion de territoire peut être distincte du territoire administratif du bassin de desserte du CISSS/CIUSSS ou du réseau local de service (RLS).

3. DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS, RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET AUTRES FONDEMENTS JURIDIQUES

La législation québécoise attribue au CISSS/CIUSSS la responsabilité d'agir sur plusieurs déterminants de la santé par des actions en promotion de la santé et le développement de collaborations intersectorielles. La **Loi sur les services de santé et les services sociaux** préconise, entre autres, des actions de promotion/prévention rendant les personnes, les familles et les communautés plus responsables à l'égard des enjeux de santé. Par ailleurs, les récentes réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux confirment la **responsabilité populationnelle** comme l'un des principes fondateurs. Elle vise l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de toute une population et repose sur les collaborations des acteurs locaux et régionaux (ex. établissements publics, organismes communautaires, établissements privés, et partenaires des autres secteurs que celui de la santé) en **incitant** à mettre à profit leurs leviers et compétences au bénéfice de la population d'un territoire. Pour sa part, la **Loi sur la santé publique** préconise la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être. Elle insiste sur la nécessité des mécanismes de concer-

tation et la promotion de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Au confluent de ces lois, émerge donc la nécessité pour un CISSS/CIUSSS de se positionner afin de soutenir le développement des capacités des acteurs des communautés de son territoire. Ce positionnement institutionnel devrait préciser la vision, les modalités tactiques (les ressources organisationnelles par exemple) et opérationnelles (les activités ou services par exemple) afin d'assurer des interventions cohérentes et coordonnées qui soutiendront les communautés afin d'améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales de santé.

Le CISSS/CIUSSS pourra affirmer ce positionnement formel de différentes façons. Minimale, l'organisation opérationnalisera de manière explicite sa vision stratégique par une politique en développement des communautés et un plan de mise en œuvre défini dans le temps (sur une période de trois ans, par exemple) qui facilitera son implantation et le bon déroulement de son déploiement. Résultat : l'organisation assume une responsabilité tout en définissant plus concrètement ses engagements et les grandes actions en la matière. De plus, le CISSS/CIUSSS peut plus facilement adapter ses façons de faire et ses pratiques d'intervention dans les communautés qu'il dessert, et ce, dans le respect de sa mission. Il intègre le soutien au développement des communautés aux documents de planification (en responsabilité populationnelle, en santé publique, en organisation communautaire, etc.). De plus, le positionnement explicite du CISSS/CIUSSS en développement des communautés facilitera les arrimages avec les exercices de planifications des autres acteurs (incluant les politiques municipales, les plans de développement et les schémas d'aménagement des MRC, le plan de réussite scolaire, etc.).

Pour maîtriser les concepts fondamentaux du développement des communautés, vous pouvez avoir accès à un [glossaire](#) qui propose une définition des principaux concepts et [télécharger ces exercices](#). Vous pouvez également consulter des [récits de pratiques en suivant ce lien](#).

LE SOUTIEN DU CISSS/CIUSSS

L'établissement définit aussi une offre de services qui favorisera l'engagement des directions de l'organisation ainsi que du personnel d'univers professionnels différents : médecins, infirmières, intervenants sociaux, agents de promotion de la santé, organisateurs communautaires, etc.

Comme acteur du développement des communautés, comme partenaire ou comme accompagnateur, le CISSS/CIUSSS facilitera l'exercice du pouvoir des acteurs des communautés sur les situations problématiques et les

actions mises de l'avant pour les régler. Que ce soit par ses interventions aux tables de concertation, les services aux initiatives ou le déploiement local de mesures de santé publique, son soutien permet de renforcer les capacités des acteurs à agir sur les conditions de vie, à s'attaquer aux enjeux locaux et à se mobiliser autour d'actions conjointes pour apporter des changements aux situations problématiques.

Ce soutien s'intègre aux activités courantes du CISSS/CIUSSS. Les directions utiliseront des modèles d'intervention qui soutiennent le développement des capacités des communautés (l'approche communautaire des services cliniques, mesures de santé publique mobilisant les communautés, etc.), chacune s'engageant dans la réalisation d'activités soutenant le développement des communautés. Il prévoira des mécanismes facilitant l'interdépendance entre les différents programmes de l'établissement (c'est-à-dire la transversalité qu'on traitera plus loin), mais aussi avec d'autres organisations de la communauté de différents secteurs (autrement dit, l'intersectorialité).

En particulier, le soutien du CISSS/CIUSSS au développement des communautés s'appuie sur :

- **les initiatives mises de l'avant par les acteurs des communautés** impliquant plusieurs acteurs d'une communauté (pouvant inclure les citoyens), qui définissent les finalités, les moyens et les modalités de sa gouvernance. Elles se déploient au sein d'un espace territorial significatif et sont adaptées en fonction de la dynamique d'une communauté. Ces initiatives mettent à contribution, par exemple, des municipalités qui mobilisent les autres acteurs de la communauté et de la région. Avec elles, les écoles, les organisations communautaires, les centres locaux d'emploi, les gens d'affaires et plus encore agissent sur les conditions de vie quotidienne des gens (ex. : transport, logement, réussite scolaire). Ils travaillent avec les citoyens et décident ensemble des actions à mener;
- **des approches et des programmes de santé publique mobilisant les communautés autour d'enjeux de santé.** Elles mettent en œuvre des solutions programmées selon les priorités nationales et régionales. Ces mesures sont variées et concernent entre autres : les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE); le plan d'action relatif aux saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids; l'approche Vieillir en santé; l'approche École en santé. Elles visent entre autres la création d'environnements sains en plus de se préoccuper des populations en contexte de vulnérabilité. Inscrites dans la programmation du CISSS/CIUSSS, ces mesures de santé publique se mettent en place dans la communauté par la mobilisation de plusieurs acteurs locaux (élus, groupes communautaires, etc.).

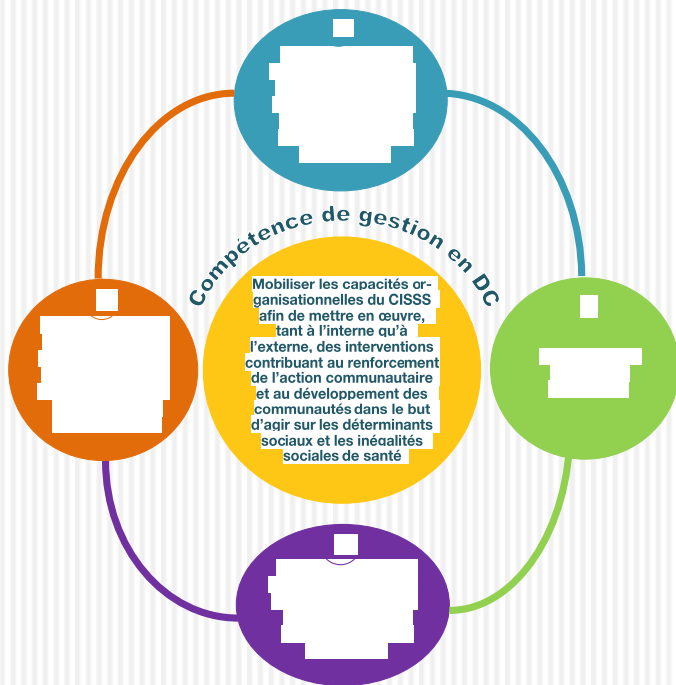
De la même manière que les soins de santé ne sont pas l'apanage des médecins, les services de soutien au développement des communautés ne reviennent pas qu'aux organisateurs communautaires, bien que leur rôle soit crucial. Le soutien qu'ils offrent (identification des priorités, conception d'un plan d'action, évaluation, gestion des controverses, etc.) contribue au renforcement des capacités des acteurs et des partenariats permettant de résoudre des problèmes dans la communauté. Ils permettent au CISSS/CIUSSS d'exercer un rôle d'influence au sein des communautés qu'il sert. Leur insertion dans les communautés facilite les actions sur les déterminants de la santé et favorise ainsi l'amélioration des conditions dans lesquelles les gens peuvent vivre en santé¹⁰.

Pour vous aider à positionner votre organisation afin de soutenir le développement des communautés, vous pouvez [télécharger ces exercices](#), ou encore [visionner cette vidéo](#).

LA COMPÉTENCE DE GESTION RELATIVE À LA STRATÉGIE DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Afin de mettre en place des modalités organisationnelles qui assurent la mise en œuvre de ce positionnement, il est essentiel que l'établissement mobilise et adapte des compétences de gestion aux particularités du développement des communautés. Pour faciliter les interventions soutenant le développement des communautés de son institution, un gestionnaire doit pouvoir mobiliser les capacités organisationnelles du CISSS/CIUSSS afin de mettre en œuvre, tant à l'interne qu'à l'externe, des interventions contribuant au renforcement de l'action communautaire (OMS, 1986)¹¹ et au développement des communautés, et ce, dans le but d'agir sur les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé. Dans la logique du cycle de gestion (voir le schéma à la page suivante) de la fonction publique québécoise, le développement et la mise en œuvre de cette compétence s'articulent autour de quatre phases.

d'être un agent de changement.	Le gestionnaire exerce un leadership afin de mobiliser les autres acteurs et les membres de son service à s'engager en ce sens.
d'exercer un leadership d' <i>empowerment</i> .	Par sa capacité à rassembler différents acteurs autour d'enjeux collectifs et porteurs de projets communs, le gestionnaire associé aux actions dans la communauté joue donc un rôle clé dans le développement des capacités.
de manœuvrer dans un contexte ambigu et complexe.	Devant faire face à des situations ambiguës et complexes, le gestionnaire favorisera l'expression des points de vue afin d'identifier les objectifs prioritaires et les possibilités d'interventions.
de gérer des projets innovants dans une action partenariale.	La gestion d'une intervention de soutien au développement des communautés s'appuie sur les méthodes de gestion de projet. Comme une intervention en développement de communautés évolue dans le temps, dans l'espace et selon le jeu des intervenants (locaux, régionaux, nationaux, etc.), sa gestion repose sur une ouverture à la nouveauté.
de guider l'action du CISSS/CIUSSS par des principes renforçant le développement de communautés en santé.	Le gestionnaire de CISSS/CIUSSS devra maîtriser des situations professionnelles qui se démarquent des pratiques de type « normatif ». La gestion opérationnelle sera guidée, à chaque étape, par les principes d'action couramment utilisés en promotion de la santé et largement associés à la stratégie de soutien : • la concertation, le partenariat et l'intersectorialité; • la prise en compte de la réduction des inégalités sociales de santé; • l'<i>empowerment</i> des individus, des organisations et de la communauté; • la participation des acteurs; • la promotion et l'harmonisation des politiques publiques favorables à la santé.



Bref, le positionnement de l'établissement en soutien au développement des communautés interpelle plus particulièrement le gestionnaire dans son rôle de stratège et de visionnaire. Cela l'invite à réfléchir sur la façon qu'a le CISSS/CIUSSS de favoriser l'engagement communautaire de la population, de ses partenaires et aussi de ses employés.

Afin de faciliter votre engagement comme gestionnaire, vous pouvez consulter cette [vidéo sur le rôle de gestionnaire](#) en matière de développement des communautés, ou encore [télécharger ces exercices](#).

1. RÉALISER AVEC

Le développement d'une communauté est une responsabilité qu'une institution comme le CISSS/CIUSSS n'assume bien évidemment pas seule. Par ses interventions et son soutien, le CISSS/CIUSSS metra sur sa capacité à résoudre, avec les acteurs, les problèmes qui se présentent dans une communauté.

Cet engagement communautaire sera en effet stimulé par : des services de soutien aux initiatives des communautés et des programmes adaptés aux dynamiques locales; le partage des pouvoirs et du contrôle entre les acteurs de la communauté et les intervenants du CISSS/CIUSSS; des liens forts et durables avec les autres acteurs; des processus d'intervention dans lesquels les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'apporter une contribution significative dans le cadre d'un processus d'apprentissage mutuel des intervenants et des personnes en situation de vulnérabilité. L'engagement sera aussi favorisé par une

approche participative adoptée par le CISSS/CIUSSS dans ses prises de décisions, l'élaboration et la mise en œuvre de ses actions. Une posture de soutien amène donc le gestionnaire à faire preuve d'ouverture devant les méthodes d'organisation et d'intervention favorisant le travail avec les partenaires et les citoyens ainsi que la gouvernance partagée.

1.1 La participation citoyenne

La mise en place de structures de concertation mobilise plus aisément des organisations ou des institutions dotées d'un certain niveau d'organisation. Un des défis de ces concertations consiste à permettre aux citoyens de devenir eux aussi des producteurs de gouvernance à travers leur participation active à la vie collective au sein de leur communauté et dans la société. En effet, associer les citoyens à l'élaboration de démarches de développement demande des espaces organisés. En ce sens, les pouvoirs publics doivent consentir des efforts accrus pour lever les obstacles à une plus large participation citoyenne au processus décisionnel¹³. À cette fin, le CISSS/CIUSSS peut compter sur une variété de pratiques citoyennes, largement documentées et éprouvées. Rappelons que l'engagement des personnes au sein de leurs communautés ainsi que les actions de solidarité et d'entraide sont associés, entre autres, à une meilleure qualité de la vie, à la prévention des problèmes de santé, à une démocratie plus efficace, à une meilleure cohésion sociale et à un moyen d'améliorer la prise de décision¹⁴.

1.2 La gouvernance partagée

La force d'une concertation dépend de sa capacité à mobiliser les acteurs d'une communauté autour de processus collectifs complexes caractérisés par le changement. Elle dépend également du partage des pouvoirs et des ressources disponibles.

En ce sens, la participation du CISSS/CIUSSS aux mécanismes de concertation facilitera, par exemple, l'appropriation par l'ensemble des acteurs de l'analyse de la problématique, des actions, de leur évaluation, etc. Rappelons que la concertation vise à rassembler des acteurs de provenances diverses, chacun avec des intérêts spécifiques, mais étant animés par une cause commune. Elle se caractérise « essentiellement par une volonté de traitement des interdépendances, par le constat qu'une action ciblée ne donne tous ses effets que si elle s'insère dans un ensemble d'actions complémentaires et convergentes¹⁵ ».

La gouvernance partagée réfère à des processus non hiérarchiques de partage de pouvoirs et de prises de décision démocratiques par lesquels les acteurs associés à l'intervention exercent un contrôle collectif sur les différentes dimensions d'une intervention (orientations, relations entre les parties prenantes, activités, modes de fonctionnement, etc.).

La création d'un contexte favorable à des relations soutenues entre acteurs d'un même territoire se bute toutefois à un certain nombre de défis. Par exemple, les programmes gouvernementaux à portée nationale, mais à mise en œuvre territoriale, s'articulent parfois difficilement avec les initiatives issues des communautés. De plus, le bassin de desserte du CISSS/CIUSSS ne représente pas nécessairement une communauté territoriale porteuse de sens pour ses citoyens. La logique institutionnelle et administrative peut, dans certains cas, compliquer les collaborations et les pratiques de partenariat¹⁶.

Pour faire face à ces défis, il importe de miser sur la qualité des collaborations à établir et à entretenir entre le CISSS/CIUSSS et les acteurs qui animent les communautés de son territoire.

1.3 Le renforcement des capacités des communautés par les programmes de santé publique

Les activités de santé publique misant sur la mobilisation des communautés (École en santé, Vieillesse en santé, SIPPE, etc.) peuvent concourir au développement des communautés dans la mesure où elles se déploient en fonction du renforcement du capital social et des capacités des communautés (*asset-based community development*, selon Hancock, 2009). Certes, leur réussite et leur efficacité exigent la participation des acteurs de la communauté, mais également un dialogue démocratique et un processus d'apprentissage mutuel qui aident les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir sur une situation¹⁷.

Ces activités peuvent avoir des convergences indéniables avec les initiatives des communautés. Elles font parfois appel aux mêmes composantes (l'intersectorialité, par exemple) et les mêmes acteurs (municipalités, groupes communautaires, etc.). Elles se déploient au niveau des communautés locales (villes, villages, quartiers). Faciliter les arrimages permettra de consolider les interventions portant sur les déterminants sociaux et les inégalités sociales de santé, en plus d'optimiser les actions concertées.

2. DE L'HYPERCONCERTATION À UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE DÉVELOPPEMENT

Diverses mesures publiques et privées font de la mobilisation et du développement des communautés un des éléments clés de réussite dans l'atteinte de leurs cibles (par exemple, l'insertion sociale, la réussite éducative, la lutte contre la pauvreté, etc.). À cela s'ajoutent de nombreuses pratiques endogènes dont la maîtrise d'œuvre « part de la base » et « vient de l'intérieur » du territoire local ou supralocal. La situation est telle que la dynamique territoriale peut être plus que jamais complexe dans sa gouvernance¹⁸.

De nombreux constats portant sur les pratiques de concertation permettent de cerner une tendance à une dysfonction des concertations, une fatigue partenariale, voire une hyperconcertation¹⁹. Les conséquences de cette problématique sont nombreuses. Notamment, les acteurs, pourtant mobilisés, peinent à construire une politique territoriale globale permettant de résoudre de manière intégrée des problèmes rencontrés par la population. La logique des politiques publiques sectorielles peut pousser la gouvernance de l'action concertée à ne pas tenir compte de l'interdépendance des différentes dimensions des problèmes à résoudre. Pour régler cette situation, on misera sur la participation des acteurs concernés.

De plus, pour maximiser les impacts et les retombées des différentes concertations et pour permettre un meilleur arrimage des concertations, on misera sur une vision stratégique et un plan de développement de territoire²⁰. Cela s'avère d'ailleurs une nécessité alors que les « responsabilités accrues des villes, des MRC et des régions du Québec nécessitent plus que jamais la mise en relation d'une multitude d'expertises économiques, sociales et culturelles pour être en mesure de répondre à la demande et aux attentes du territoire²¹ ».

Vous trouverez en suivant ce lien des exercices afin de vous aider dans la mise en œuvre de vos [pratiques de concertation](#).

3. LES DÉFIS DE LA REDDITION DE COMPTE

On ne mesure pas une sphère avec une règle.

Alors que la pression sur les dépenses publiques est sans cesse croissante, la gestion axée sur les résultats et l'appréciation de la performance sont au cœur des préoccupations des gestionnaires d'établissements. Les différents programmes sont passés à la loupe, tous les services sont remis en question, chaque intervenant est invité à rendre compte de sa prestation de travail. Dans un tel contexte, le soutien aux initiatives en développement des communautés s'accompagne de nombreux défis pour les gestionnaires et intervenants des CISSS/CIUSSS. Les initiatives dépassent en effet le cadre des pratiques de reddition de comptes conventionnelles.

Certaines caractéristiques propres aux interventions auprès des communautés justifient un traitement particulier pour en rendre compte :

- Les activités en développement des communautés ne se limitent pas aux frontières institutionnelles du CISSS/CIUSSS. Les finalités en développement des communautés ne sont pas imposées par le CISSS/CIUSSS, mais issues d'une délibération entre les parties prenantes;

- Il n'existe pas de formule unique permettant de standardiser une intervention en développement des communautés, ce qui complexifie son appréciation. Les initiatives des communautés n'épousent pas les mêmes formes et ne reposent pas sur les mêmes ressources, chacune ayant des caractéristiques qui leur sont propres. Les aspects plus intangibles sont aussi déterminants pour la réussite des efforts communs en développement des communautés (capital social, gouvernance, etc.);
 - Les résultats sont souvent tangibles après une longue période de temps²². Ils fluctuent en fonction de la dynamique de la communauté et du jeu des acteurs travaillant parfois dans des directions opposées. Autrement dit, « l'impact collectif est un marathon, pas un sprint. Il n'existe aucun raccourci dans ce processus à long terme de changement social »²³.
 - La part relative des divers acteurs dans la satisfaction des besoins varie selon leurs mandats, leurs intérêts, leurs ressources, et selon les localités. Leurs contributions sont souvent liées à des enjeux plus globaux. Aussi, les acteurs font appel à plusieurs politiques et programmes à la fois. Ils sont redevables à plusieurs instances.
- des spécificités locales qui rendent plus difficiles les comparaisons d'un CISSS/CIUSSS à un autre. La variation des contextes, la diversité des interventions, les jeux des acteurs, les multiples défis des actions concertées ainsi que les enjeux multiorganisationnels font que la stratégie de soutien au développement des communautés est souvent rendue insaisissable par des méthodes quantitatives classiques de gestion²⁵. De plus, l'approche axée sur la prise en compte de l'impact d'une seule organisation n'est pas facilement transposable pour mesurer l'impact de plusieurs organisations travaillant ensemble à la résolution d'un problème commun²⁶. Aussi :
- La gestion mécanique axée sur la production normée pose de nombreux problèmes pour une intervention stratégique²⁷;
 - La culture axée sur « les affaires courantes » peut nuire à la collaboration intersectorielle²⁸;
 - Plusieurs règles et pratiques administratives se présentent comme des freins à l'action locale concertée²⁹, et ces règles jouent souvent en défaveur d'une imputabilité communautaire ou démocratique³⁰.

Devant de telles caractéristiques, on constate « l'existence d'un certain malaise chez bon nombre de planificateurs et de gestionnaires qui ne peuvent déterminer précisément à l'avance quels seront les résultats visés et mesurables des interventions en soutien au développement des communautés »²⁴.

Bref, une intervention de soutien au développement des communautés introduit des actions collectives répondant à

Il est possible de visionner une capsule vidéo concernant la reddition de compte en suivant [ce lien](#) ou encore de [télécharger des exercices](#).

Comme un indicateur à lui seul ne fournit pas une image précise de la complexité de l'intervention ni de ce qui se passe réellement en matière de développement des communautés, on peut ainsi regrouper les indicateurs potentiels dans un système cohérent qui tient compte :

du contexte	L'intervention du CISSS/CIUSSS tient compte de la dynamique dans laquelle elle s'insère et qui détermine comment elle est mise en œuvre. La façon dont l'intervention tient compte du contexte politique, économique et social qui la favorise ou la limite. Sans cette dimension, on n'aura pas une image précise de la complexité de l'intervention ni de ce qui se passe réellement ³¹ .
de la structure	La structure concerne le positionnement de l'organisation, les engagements des programmes, les ressources, les compétences, les systèmes d'information, etc.
du processus	Les processus couvrent tout ce qui est fait pour donner le service (les activités d'un professionnel pour établir une analyse de la situation, donner un conseil, mettre en œuvre un plan d'intervention, etc.).
des résultats	On mesure les effets de l'intervention (à court, à moyen et à long termes) et fait des liens entre les interventions du CISSS/CIUSSS et les changements observés (modification d'un comportement d'un acteur, des relations entre les acteurs, des conditions d'accès aux ressources, des conditions de vie, etc.). Ces informations nous indiquent si les changements sont produits à cause des activités mises de l'avant par le CISSS/CIUSSS et ses partenaires.

3.1 Partenariats et performance collective

La force des initiatives et des concertations découle de la capacité des acteurs à agir ensemble. Cette synergie dépend des ressources disponibles pour soutenir les acteurs, mais également du partage des pouvoirs entre les acteurs. Les capacités du CISSS/CIUSSS en développement des communautés renvoient à la mobilisation des ressources nécessaires pour obtenir les résultats, celles-ci se situant surtout à l'extérieur de ses frontières organisationnelles.

La qualité de l'action de soutien du CISSS/CIUSSS et les interventions sur les déterminants sociaux repose sur la construction collective de l'intervention concertée et le développement des capacités.

À l'heure de la performance, il est bon de rappeler que l'optimisation des interventions dans les communautés doit être faite avec les partenaires dans la perspective d'une gouvernance partagée. La vitesse de réalisation, la qualité des solutions et l'ampleur des résultats dépendent des capacités des acteurs de la communauté. Le CISSS/CIUSSS définit avec eux les buts et les objectifs et agit en réseau avec eux. En agissant ensemble, ils mobilisent une diversité de connaissances et de ressources afin de mettre en œuvre l'initiative et de s'assurer de son adaptation aux besoins qu'ils ont identifiés. La notion de performance publique ne suffit pas à comprendre la performance d'un CISSS/CIUSSS quand il agit avec les acteurs d'une communauté³³. En effet, la performance de partenariat « n'est pas automatiquement explicable par des extrants spécifiques d'un organisme public en particulier; en outre, [elle est influencée] par l'action de multiples autres acteurs non publics, locaux ou non »³⁴. Cette performance est d'abord collective, car elle « résulte des contributions de tous les acteurs, publics et non publics »³⁵.

La nature publique des services du CISSS/CIUSSS ainsi que l'importance des partenariats et de la mobilisation des acteurs des communautés soulignent la pertinence de la gestion axée sur la « nouvelle valeur publique »³⁶. Cette approche facilite en effet la gouvernance en réseau des interventions (initiatives de la communauté, RLS, mesures de santé publique misant sur la mobilisation). Elle mise sur les collaborations, les méthodes délibératives et la construction conjointe de l'action publique (services, politiques, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

1. On recense plusieurs déterminants sociaux (revenu, emploi, scolarité, logement, sécurité alimentaire, transport, soutien social, etc.). Quelques sources : Antclil, H. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique et direction de la surveillance de l'état de santé. Ministère de la Santé et des Services sociaux; Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York; Marier, C., Lahaie, V. et Landriault, J.-P., sous la direction de J. Sauvé (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*. Rapport de la directrice de santé publique, 2007. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
2. Deux exemples des effets des déterminants sociaux sur la santé : le fait d'être sans emploi engendre la défavorisation matérielle et sociale ainsi qu'une diminution de l'estime de soi, du stress, des problèmes de santé physique et mentale tels que la dépression et l'anxiété, et un taux de suicide plus élevé. Il augmente le risque d'habitudes de vies malsaines (ex. : tabagisme, alcoolisme), d'influence négative sur les relations personnelles, sur l'efficacité parentale et sur le comportement des enfants; un logement insalubre présente un risque pour la santé des personnes et sur le développement des enfants. Le coût élevé du logement réduit la disponibilité des ressources pour se procurer d'autres biens essentiels. Les fréquents déménagements occasionnés par la recherche d'un logement plus abordable ou convenable érodent les liens sociaux des ménages.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique – mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec; Lévesque, J. (sous la direction de) (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Institut national de santé publique du Québec.
4. Plusieurs sources ont été consultées relativement aux caractéristiques d'une communauté en santé, notamment : Réseau québécois des Villes et Villages en santé; Hancock, Trevor and Duhl, Leonard (1986) *Healthy Cities : Promoting Health in the Urban Context*. Copenhagen, WHO Europe; Boisvert, R., sous la direction de G. W. Grenier (2012). *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y!* Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec; Hancock, T. (1999). *Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé : un défi pour la santé publique au 21^e siècle*, Marier, C., Lahaie, V. & Landriault J.-P., sous la direction de J. Sauvé (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*. Rapport de la directrice de santé publique 2007. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; De Leeuw, E. (1999). « Healthy cities : urban social entrepreneurship for health, Health promotion international », Oxford University Press, vol. 14, n° 3; Sasseville, N. & Martineau V. (2012). *Les initiatives Communautés en santé au Canada études de cas et conditions de réussite des pratiques*. Initiative Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention, projet financé par Santé Canada à travers le Partenariat canadien contre le cancer; Sasseville, N., Simard, P. & Mucha J. (2011). *État des connaissances sur les recherches ayant porté sur les initiatives « communautés en santé » : une approche posée prometteuse pour la prévention des maladies chroniques*, « Communautés en santé : Une démarche pour agir sur les déterminants de la santé au Canada »; Pan R., J., Littlefield, D., Valladolid, S. G., Tapping P. J. et West D. C. (2005). « Building healthier communities for children and families : applying asset-based community development to community pediatrics » ». *Pediatrics (Official Journal of the American Academy of Pediatrics)*, 115, p. 1185-1187; Fawcett, S. B., Francisco, V. T., Hyra, D., Paine-Andrews, A., Schultz, J. A., Russos, S., Fisher, J. L. & Evensen P. (2000). « Building healthy communities » dans Tarlov, Alvin R. & Robert F. St. Peter. *The society and population health reader : a state and community perspective*. New York : The New Press, p. 76-93; Lane, R. (2003). *Healthy communities initiative dans The New Jersey's Mayors' Institute on community design, Regional plan association's*. New York, New Jersey, Connecticut.
5. Sur l'empowerment, plusieurs sources ont été consultées. Entre autres, plusieurs ouvrages de Ninacs, W. A. : (2008), *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Presses de l'Université Laval, 225 pages; (2007), *Les inégalités de santé sous la loupe de l'empowerment : enjeux et défis*. Communication faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique; (1997). « Empowerment et développement local : processus de prise en charge complexe, mais fondamental ». *Économie locale et territoires*, vol. 1, n° 2, p. 6-8. Sainte-Foy : Réseau des SADC du Québec; (2007), *Vers l'Institut de la mobilisation et du pouvoir d'agir des communautés territoriales (impact), survol des principaux éléments conceptuels*. Coopérative de consultation en développement La Clé, Victoriaville; (1995), « Empowerment et service social : approches et enjeux ». *Service social*, vol. 44, n° 1, p. 69-93. Des ouvrages de Le Bossé et collaborateurs : Le Bossé, Y. & Dufort F. (2001). « Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir » dans *Agir au cœur des communautés*, sous la direction de F. Dufort avec la collaboration de J. Guay. Les Presses de l'Université Laval, Québec, p. 75-116; Le Bossé, Y., Bilodeau, A. & Vanoette L. (2006). « Les savoirs d'expérience : un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités? », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 32, n° 1, p. 183-204; Le Bossé, Y. (2004). « De l'habilitation au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment ». *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), p. 30-51. Les travaux de Labonte et collaborateurs : Labonte, R. & Laverack G. (2000). « A planning framework for community empowerment goals within health promotion », dans *Health Policy and Planning*, 15(3) : p. 255-262; Labonte, R. (1990). « Empowerment : Notes on Professional and Community Dimensions ». *Canadian Review of Social Policy*, 1990, n° 26, p. 64-75; Labonte, R. (1994). « Health Promotion and Empowerment : Reflections on Professional Practice ». *Health Education and Behavior*, June 1994, 21: 253-268. Aussi : Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
6. Sur la communauté territoriale, on a entre autres consulté les ouvrages suivants : Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G. & Ellyson, A. (2009). *Étude de pratiques innovantes en développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas*. Rapport de recherche. Cahier du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), n° ET0903, juin, 113 pages; Klein, J.-L. (2006). « Développement local et initiatives locales, une perspective d'analyse et d'intervention », dans *Le Développement social, un enjeu pour l'économie sociale*. PUQ, 2006; Potvin, L. (2012). « Repères conceptuels pour réfléchir sur l'action dans l'espace sociosanitaire », p. 34-44, dans *Construire l'espace sociosanitaire, expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*, sous la direction de François Aubry et Louise Potvin, Les Presses de l'Université de Montréal; Vibert, S. & Potvin L. (2012). « La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique ». *Construire l'espace sociosanitaire, expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Les Presses de l'Université de Montréal, sous la direction de François Aubry et Louise Potvin, p. 99-117.
7. Arkin, E., Deforge, D. & Rosen A. M. (2009). *Breaking through on the social determinants of health and health disparities*. Commission to Build a Healthier America. The Robert Wood Johnson Foundation Commission.
8. L'effet milieu qui s'explique par les réalités objectives des communautés, le jeu des acteurs, les rapports entre les acteurs, les expériences vécues par la communauté qui influencent ses manières collectives de penser et d'agir, les occasions favorables et les limites présentes sur le territoire, l'accès aux ressources et leur distribution dans les communautés, les décisions des autorités et des entreprises. Mentionnons les travaux suivants : Corin, E. Bibeau, G., Martin, J.-C. et Plante R. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. PUM, 258 pages; De Koninck, M., Pampalon, R., Paquet, G., Clément, M., Hamelin, A.-M., Disant, M.-J., Trudel, G. & Lebel A. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités de santé se créent et se perpétuent?* INSPQ; De Koninck, M., Disant, M.-J., Clément, M., Hamelin, A.-M., Pampalon, R., Paquet, G. & Vézina M. (2007). *Carnet-synthèse « Inégalités de santé et milieux de vie »*. Réseau de recherche en santé des populations du Québec; Frolich, K., Bernard, P., Charafeddine, R.,

- Potvin, L., Daniel, M., & Kestens Y. (2008). « L'émergence d'inégalités de santé dans les quartiers : un cadre théorique », *Les inégalités sociales de santé au Québec*, sous la direction de Katherine Frolich, Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard. Les Presses de l'Université de Montréal, p. 165-181; Montpetit, C. (2007). *Le point sur... l'effet de quartier*. Synthèse des travaux menés par Paul Bernard, Rana Charafeddine, Katherine L. Frolich, Yan Kestens et Louise Potvin. Centre Léa-Roback, centre de recherche sur les inégalités sociales de santé; Pampalon, R., Hamel, D., Gamache P. & Raymond G. (2009). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 199, vol. 29, n° 4, 2009; Pampalon, R., Hamel, D. & Gamache P. (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec? Une étude de l'évolution récente de la mortalité prématurée selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, le sexe, la cause principale de décès et le milieu géographique*, INSPQ; Boisvert, R. (2007). *Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance, rapport général*, Projet parrainé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
9. Sur la notion de capital social (et autres notions équivalentes comme la solidarité territoriale, la mobilisation des capacités et des ressources de la communauté ou la maîtrise sociale du territoire) : Gagnon, C., Simard, Telier et Gagnon (2008). Développement territorial viable, capital social et capital environnemental : quels liens? *Vertigo*, vol. 8, n° 2, 12 pages; Jean, B. & Épenda Muteba Wa A. (2004). « Le capital social et le renforcement des "capacités de développement" des communautés rurales : les enseignements d'une étude canadienne ». *Revue d'économie régionale & urbaine*, 2004/5 décembre, p. 673-694. DOI : 10.3917/rreru.045.0673; Jean, B. & Bisson, L. (2008). « La gouvernance partenariale : un facteur déterminant du développement des communautés rurales ». *Canadian Journal of Regional Science/Revue canadienne des sciences régionales*, vol. 31, n° 3, p. 539-560; Viswanath, K., Steele, W. R. & Finnegan J. R. (2006). « Social Capital and Health : Civic Engagement, Community Size, and Recall of Health Messages ». *American Journal of Public Health*, August 2006, vol. 96, n° 8; Cattell, V. (2001). « Poor people, poor places, and poor health : the mediating role of social networks and social capital ». *Social Science and Medicine*, 52(2001), p. 1501-1516. Department of Epidemiology and Public Health, Royal Free and University College Medical School, London, Royaume-Uni; Scheffler, R. M., Petris, N. C., Borgonovi, F., Brown, T. T., Sassi, F., Dourgnon, P. & Sirven N. (2010). *Social capital, human capital and health. What is the Evidence?* Centre for Educational Research and Innovation, OCDE.
 10. Sur la pertinence des services d'organisation communautaire, plusieurs ouvrages ont été consultés : Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Krause LK, Safranek S. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. n° : CD009905; Bourque, D. 2007, Le CSSS de la Montagne fait fausse route; Bourque, D. 2010, Contribution de l'organisation communautaire professionnelle à la mission des CSSS, Chaire de recherche en organisation communautaire du Canada, Université du Québec en Outaouais; Bourque, D. et Lachapelle, R. 2010, Service public, participation et citoyenneté, L'Organisation communautaire en CSSS, Presses de l'Université du Québec, collection Initiatives; Bourque, D. et Louis Favreau, 2005, « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Revue Service social*, vol. 50, n° 1, p. 295-308; Freudenberg, N. 2004, Community Capacity for Environmental Health Promotion: Determinants and Implications for Practice *Health Educ Behav* August 2004 31: 472-490; Ingram, M., Sabo S., Rothers, J, Wennerstrom, A. & Guernsey de Zapien, J., 2008, Community Health Workers and Community Advocacy: Addressing Health Disparities Published online: 27 June 2008, Springer Science+Business Media, LLC 2008; Kegler, M. C., Norton B. L. & Robert Aronson, 2007, Skill improvement among coalition members in the California Healthy Cities and Communities Program, *Health Education Research*, vol. 22, n° 3 (2007), p. 450-457; Rosenthal, E. L., Brownstein, J., Rush, N. C. H., Hirsch, G. R., Willaert, A. M., Scott, J. R., Holderby, L. R. & Fox, D. J. 2010, Community Health Workers : Part Of The Solution, *Health Affairs* 29, n° 7 (2010): 1338-1342, Project HOPE—The People-to-People Health Foundation Inc.; Rosenthal, E. L., Wiggins, N., Ingram, M., Mayfield-Johnson, S. & Guernsey De Zapien, J., 2011, Community Health Workers Then and Now, An Overview of National Studies Aimed at Defining the Field, *J Ambulatory Care Manage* Vol. 34, n° 3, p. 247-259 Copyright C _ 2011 Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; Proulx, M.-U., Brassard, D., Dubé, G., Bélanger, C., & Tremblay, J. juin 2009, La créativité dans le soutien territorial à l'innovation au Québec : le rôle des catalyseurs et des cercles de créativité, Centre de recherche sur le développement territorial (CRDT) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC); Regroupement québécois des intervenantes et intervenants communautaires en CSSS, 2010, Pratiques d'organisation communautaire en CSSS, cadre de référence du RQIIAC, Presses de l'université du Québec, collection Initiatives; Regroupement québécois des intervenantes et intervenants communautaires en CSSS, 2010, *Le modèle de profil de compétences en organisation communautaire en CSSS*, 2010; Witmer, A. Seifer, S., D., Finocchio, L., Leslie, J., & O'Neil E.H., 1995, Community Health Workers : Integral Members of the Health Care Work Force, *American Journal of Public Health*, 1995, 85, 1055-1058.
 11. Selon la définition de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la Santé (1986) : « promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires ».
 12. Brahimi, V. (2011). *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Institut national de santé publique.
 13. Mercier, C., Bourque, D. & St-Germain L. (2009). *La participation citoyenne et le développement des communautés : état des lieux et débats*. Alliance recherche université et communauté, innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC). Rapport réalisé dans le suivi du Séminaire sur la participation citoyenne et le développement des communautés, tenu à l'initiative de la revue *Développement social* et de l'ARUC-ISDC le 4 avril 2008, Université du Québec en Outaouais; Thibault, A., Lequin, M. & Tremblay M. (2000). *Cadre de référence de la participation publique, démocratique, utile et crédible*. Groupe de travail sur la qualité de la participation publique, suite au Forum sur le développement social, 23 pages.
 14. Mercier, C., Bourque, D. et St-Germain L. (2009), op.cit.
 15. Divay, G. (2009). *L'hyperconcertation : Signe d'impuissance étatique? Présage d'une nouvelle capacité d'action collective?* Conférence au 20^e colloque RQVVS, Granby. 10-09-2009. ENAP.
 16. Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G. & Ellyson, A. (2009), op.cit.
 17. Sur les conditions de coconstruction dans le cadre de l'application locale de programmes de santé publique, voir : Sutcliffe, P., Snelling, S., & Laclé, S. (2010). *Rapport final sur le projet d'intervention – Appliquer les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé*. Sudbury (Ontario); Laverack, G. & Mohammadi N. K. (2011). « What remains for the future: strengthening community actions to become an integral part of health promotion practice », *Health Promotion International*, vol. 26, n° S2, Oxford University Press; Bourque, D. & Lachapelle R. (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire », dans Bourque, D.

- et collab. (dir.). *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 101-117; Labonte, R. & Laverack G. (2000). « A planning framework for community empowerment goals within health promotion », dans *Health Policy and Planning*, 15(3) : 255-262; Sandra Braunstein and Risa Lavizzo-Mourey (2011), How the health and community development sectors are combining forces to improve health and well-being, *Health Affairs*, 30, no 11, pp 2042-2051; Best, A., Stokols, D., Green, L. W., Leischow, S., Holmes, B. & Buchholz K. (2003). « An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, n° 2, p. 168-176; Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D., et Patrick Chabot. « L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, 2004, p. 50-65.
18. Robitaille, M. (2007). *Les métiers du développement local et régional au Québec : l'émergence de nouvelles compétences*. Copublication de la Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (CRDC) et du Centre de recherche sur le développement territorial (CRDT-UQO). Série : Recherches, n° 9, 31 pages.
 19. Bourque, Denis (2008). Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés. Presses de l'Université du Québec. Collection initiatives, 142 pages; Divay, G. (2009). *L'hyperconcertation : Signe d'impuissance étatique? Présage d'une nouvelle capacité d'action collective?* Conférence au 20^e colloque RQVVS, Granby, 10-09-2009. ENAP; Cinq-Mars, M. et Fortin, D. (1999) « Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée ». *La Revue Canadienne d'évaluation de programme*, vol. 14, n° 2, p. 57-83.
 20. Bourque, D. (2008), op. cit.
 21. Robitaille, M. (2006), op. cit.
 22. Sur la nécessité d'apprécier la performance collective sur une longue période : Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). « Quality indicators for health promotion programmes ». *Health Promotion International*, Oxford University Press, vol. 16, n° 2, p. 187-195; Zakocs, R. C. & Edwards E. M. (2005). « What explains community coalition effectiveness, a review of literature », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 30, n° 4, p. 351-361; Divay, G. (2009). *Exercer le partenariat pour générer du leadership. Un défi pour les gestionnaires publics*. ENAP, Communication faite dans le cadre d'un atelier organisé par la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public; Hanleybrown, F., Kania, J. & Kramer M. (2012). « Channeling Change : Making Collective Impact Work ». *Stanford Social Innovation Review*; Butterfoss, F. D. (2006). « Process evaluation for community participation ». *Annual Review of Public Health*, vol. 27, p 323-340.
 23. Hanleybrown, F., Kania, J. & Kramer M. (2012), op.cit.
 24. Bourque (2008), op.cit, page 51.
 25. Boutilier, M. A., Rajkumar, E., Poland, B. D., Tobin, S. & Badgley R. F. (2001). « Community Action Success in Public Health : Are We Using a Ruler to Measure a Sphere? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 2, p. 90-94.
 26. Hanleybrown, F., Kania, J. & Kramer M. (2012), op.cit.
 27. Lévesque, B. (2012). « La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique? », dans *Revue vie économique*, vol. 4, n° 2.
 28. Agence de la santé publique du Canada (2007). *Au croisement des secteurs : expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Préparé par l'Agence de santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'est et du sud de l'Afrique (EQUINET); Fox, G. & Lenihan D. G. (2006). *À qui revient la responsabilité? L'obligation de rendre des comptes et les initiatives conjointes*, Forum des politiques publiques.
 29. Divay (2009), op. cit.
 30. Denis, J.-L. (2008). *Les organisations, des ressources pour améliorer la santé de la population?* Communication au colloque de l'AQESSS, mars 2008, Montréal. Département d'administration de la santé et GRIS. Université de Montréal.
 31. Boutilier, M. A., Rajkumar, E., Poland, B. D., Tobin, S. & Badgley R. F. (2001), op.cit.
 32. Poland, B., Krupa, G. & McCall D. (2009). « Settings for Health Promotion : An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation ». *Health Promotion Practice*, 10 : 505.
 33. Divay, G. (2012). « Qui sont les auteurs de la performance collective locale? Pour une mise en perspective de la performance publique », *The Innovation Journal : The Public Sector Innovation Journal*, vol. 17(3).
 34. Divay (2012), op. cit, page 2.
 35. Cette performance caractérise habituellement l'action et les réalisations d'une entité particulière, individu ou organisation, et fait l'objet d'une stratégie intentionnelle de la part d'un centre unique de décision. On peut alors définir la performance collective locale comme l'ensemble des accomplissements individuels et des compétences collectives dans la société locale qui conditionnent la qualité de vie (objective et subjective) de ses citoyens (Divay, 2012, op.cit.).
 36. Lévesque rapporte les études de Benington et Moore (2011) pour qui l'approche de gestion axée sur la « valeur publique » découle des limites et des remises en question de la nouvelle gestion publique (New Public Management) par ses principaux promoteurs. Issue de recherches portant sur les gestionnaires des organisations publiques réalisées à la Harvard Kennedy School of Government, elle rejoint les théories des économistes qui ont montré que les préférences collectives ne sont pas données une fois pour toutes et que les logiques d'action sont beaucoup plus diversifiées (Lévesque, 2012, op. cit.).

AUTEUR

Jean Tremblay
Direction du développement des individus et des communautés

ÉQUIPE IPCDC

Gylaine Boucher, Anne Chamberland, Julie Gervais, Caroline Chouinard, Louise-Hélène Trottier

COMITÉ DE RÉDACTION

Jean-François Labadie
Réal Morin
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL –
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-74881-6
©Gouvernement du Québec (2015)

