

GUIDE POUR
**L'ÉLABORATION
D'UNE POLITIQUE DE
DÉVELOPPEMENT DES
COMMUNAUTÉS**

**GUIDE POUR
L'ÉLABORATION
DUNE POLITIQUE DE
DÉVELOPPEMENT DES
COMMUNAUTÉS**

Le document *Guide pour l'élaboration d'une politique de développement des communautés* est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

RECHERCHE ET RÉDACTION

Stéphanie Mauro, agente de planification, de programmation et de recherche

SOUS LA DIRECTION DE

Liette Bernier, Directrice adjointe - Opérations, partenariats, planification, recherche, enseignement, connaissance et surveillance
Jean-François Labadie – chef de service du bureau de direction et de la coordination réseau

COLLABORATION

Marie-Martine Fortier, conseillère en promotion
Christine Lefebvre, agente de planification, de programmation et de recherche
Caroline Marier, agente de planification, de programmation et de recherche
Linda Sauvé, agente de planification, de programmation et de recherche
Leah Walz, agente de planification, de programmation et de recherche

RÉVISION

Louise Hamel, agente de planification, de programmation et de recherche

INFOGRAPHIE

Frédérique Arseneault Beauchamp, technicienne en arts graphiques

MISE EN PAGE

Renée Othot, agente administrative

SECRÉTARIAT

Sonia Abid, agente administrative
Renée Othot, agente administrative

Note :

L'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne sur le site Web du directeur de santé publique de Montréal : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/>

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

ISBN : 978-2-550-84617-8

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE	1
SYNTHÈSE DES COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	5
QUE VISE-T-ON PAR CETTE POLITIQUE ?	8
POURQUOI EST-IL PERTINENT DE SE DOTER D'UNE TELLE POLITIQUE ?	11
SUR QUELS PRINCIPES ET VALEURS CETTE POLITIQUE REPOSE-T-ELLE ?	12
COMMENT CETTE POLITIQUE SERA-T-ELLE MISE EN ŒUVRE?	13
PROCESSUS D'ÉLABORATION	17
AVANT LA RÉDACTION	19
PENDANT LA RÉDACTION	20
APRÈS L'ADOPTION	20
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES	27
ANNEXE 1 - POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	33
QUELQUES DÉFINITIONS	35
BREF HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	35
L'IMPORTANCE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS SUR LA SANTÉ	36
QUELQUES DÉFIS	36
ANNEXE 2 - CONTENU DE DIX POLITIQUES QUÉBÉCOISES DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	37

SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DC : Développement des communautés

DRSP : Direction régionale de santé publique de Montréal

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

LSP : Loi sur la santé publique

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PARI-SP : Plan d'action régional intégré de santé publique

PNSP : Programme national de santé publique

MISE EN CONTEXTE



Les inégalités sociales et leurs effets sur la santé des populations sont en augmentation dans un nombre croissant de pays. Une des missions du réseau de la santé est d'intervenir sur les déterminants de la santé qui entraînent les inégalités sociales de santé. Une approche en promotion de la santé, en complémentarité aux approches de l'ordre du curatif, semble incontournable pour avoir un impact significatif sur les déterminants de la santé et les états de santé qui en découlent. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette approche confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci

En cohérence avec cette approche, le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2020 présente le renforcement de la capacité des personnes et des communautés d'agir sur les conditions de vie et leur environnement comme faisant partie d'un service devant être offert par le réseau de la santé. Dans cette optique, le pouvoir d'agir des communautés locales fait partie des déterminants ciblés par la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal. En plus d'être un des 30 déterminants du Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI-SP) 2016-2021, le pouvoir d'agir des communautés locales agit en trame de fond dans l'ensemble du PARI-SP notamment par son aspect transversal. Pour y parvenir, une des cibles visées est que chaque Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) montréalais adopte et mette en œuvre une politique de développement des communautés (DC).

Le DC a comme principes fondamentaux la participation citoyenne, l'*empowerment*¹, le partenariat et la concertation intersectorielle, la réduction des inégalités, l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé. Une politique de DC vise à renforcer et mettre de l'avant cette capacité d'agir des communautés locales qui influence plusieurs déterminants de la santé et qui réduit, ultimement, les inégalités sociales de santé.

Ce présent guide vise à soutenir les CIUSSS dans leur processus d'élaboration d'une politique de DC en proposant des pistes de réflexion et de discussion. Il offre aux CIUSSS une opportunité d'intégrer des aspects répondant à leurs spécificités locales. Deux principales sections composent ce guide. La première section concerne les composantes d'une politique de DC. La deuxième, quant à elle, présente le processus de mise en œuvre d'une politique de DC. En complément, l'annexe 1 présente de l'information visant à approfondir le concept de DC et l'annexe 2 répertorie textuellement les éléments de contenu de dix (10) politiques de DC adoptées par des organisations du réseau de la santé et des services sociaux du Québec entre 2004 et 2015.

¹ L'*empowerment*, aussi parfois appelé autonomisation au Québec, réfère au fait d'octroyer davantage de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés.

SYNTHÈSE DES COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS



Cette section vise à présenter différents éléments pouvant composer une politique de DC. En fait, il s'agit, d'une synthèse des principaux éléments qui composent une telle politique. Dix (10) politiques de DC adoptées au Québec entre 2004 et 2015 ont été consultées afin d'élaborer cette section du guide.

Les éléments les plus récurrents au sein des politiques de DC analysées y sont présentés. Puis, afin d'orienter les discussions et de susciter la réflexion, des exemples accompagnent la majorité des éléments cités dans cette section. Ceux-ci sont tous textuellement issus des politiques de DC québécoises. Dès lors, l'utilisation du terme CISSS dans les exemples est expliquée par le fait que les politiques de DC répertoriées ont toutes été produites avant la création des CISSS/CIUSSS.

L'analyse des dix politiques québécoises de DC a permis de dégager quatre questions qui structurent les politiques :

- Que vise-t-on par cette politique?
- Pourquoi est-il pertinent de se doter d'une telle politique?
- Sur quels principes et valeurs cette politique repose-t-elle?
- Comment cette politique sera-t-elle mise en œuvre?

Ces questions agissent en trame de fond des politiques de DC et, bien qu'aucune politique n'exprime explicitement ces questions, toutes possèdent des éléments permettant d'y répondre. Cette section du guide est divisée en quatre parties qui font référence aux quatre questions structurant une politique de DC. Pour plus d'information sur les éléments moins récurrents, se référer à l'annexe 2.

Bien que les CIUSSS possèdent habituellement un gabarit pour la structure d'une politique, advenant l'absence d'un tel cadre, voici les intitulés des sections habituellement retrouvées dans les politiques de DC :

- *Préambule,*
- *Contexte,*
- *Valeurs/principes directeurs,*
- *But/objectifs généraux et spécifiques,*
- *Rôles et responsabilités,*
- *Moyens d'actualisation,*
- *Champs d'application.*

Certaines politiques de DC sont plus spécifiques en termes de division de sections et comportent des rubriques intitulées telles que assises légales, définitions, mécanismes de coordination en réseau, orientations ou axes d'intervention.

QUE VISE-T-ON PAR CETTE POLITIQUE ?

Afin de répondre à cette question :

- Neuf politiques de DC sur dix présentent les buts de ces dernières;
- Neuf politiques de DC sur dix énoncent des objectifs généraux et spécifiques;
- Six politiques de DC sur dix incluent une définition du DC.

Deux grandes finalités distinctes ressortent dans cette section. La première finalité de la politique de DC concerne le CIUSSS et ses acteurs à l'interne (employés, directions, départements, etc.) Dans de tels cas, les objectifs et les buts font référence au DC dans la pratique des professionnels et des employés des CIUSSS. La deuxième finalité concerne plutôt le CIUSSS et ses liens avec les partenaires externes. Chaque CIUSSS devrait s'interroger sur la nature de cette politique, à savoir si elle vise davantage les acteurs à l'interne, à l'externe ou les deux, puisque le but et les objectifs en découleront.



Buts

Le but est habituellement placé dans la section *préambule* ou *contexte*.

Améliorer la santé et le bien-être de la population	exemple	- Viser à améliorer la santé et le bien-être de la population.
Agir sur les inégalités sociales de santé	exemple	- Contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et de bien-être ou, du moins, à en réduire les conséquences.
Intégrer le DC à la culture organisationnelle	exemples	- Viser à faire du DC une vision partagée par tous les employés, toutes les instances de l'établissement ainsi qu'un grand nombre de ses partenaires; - Positionner et maintenir le DC au cœur (ou comme toile de fond) des actions et orientations de l'établissement.

Objectifs généraux

Les objectifs généraux sont habituellement placés dans la section *objectifs* ou *objectif visé* ou *but/objectifs*.

Assumer son rôle d'acteur institutionnel et corporatif	exemple	- Assumer la responsabilité de l'établissement comme partenaire dans le DC, tant à travers son rôle institutionnel que corporatif.
Assumer le rôle de partenaire d'un développement global et local	exemples	- Participer aux instances de développement local; - S'impliquer avec les acteurs de la communauté dans les projets de collaboration pertinents pour supporter le DC locales.
Agir en concertation et en partenariat	exemple	- Agir en concertation et en partenariat avec l'ensemble des acteurs du milieu susceptibles d'apporter une contribution au DC.
Intégrer le DC à la culture organisationnelle	exemples	- Développer dans l'établissement une approche populationnelle contribuant au DC en santé; - Développer dans l'établissement une culture organisationnelle qui vise la construction de communautés en santé et qui reconnaît l'impact des conditions de vie et de la communauté sur la santé;

		- Faire du DC une stratégie qui s'inscrit dans l'ensemble de l'offre de service et les pratiques de gestion du CSSS ; - Faire du DC une stratégie partagée par l'ensemble des employés du CSSS.
Renforcer le pouvoir d'agir des communautés	exemples	- Soutenir le renforcement des individus et des communautés; - Soutenir une prise en charge par les gens et leurs réseaux de leur propre état de santé; - Favoriser l'empowerment des individus, des groupes, des organisations et des communautés; - Favoriser la participation des individus et des communautés locales, notamment aux processus de décision et aux actions.
Améliorer les conditions de vie	exemple	- Favoriser l'amélioration des conditions de vie en priorisant des actions ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé notamment en s'engageant dans la lutte à la pauvreté et la réduction des inégalités.

N.B. Des objectifs spécifiques découlent des objectifs généraux. Toutefois, considérant la grande hétérogénéité des objectifs généraux, les objectifs spécifiques ne sont pas répertoriés.

■ Définition du développement des communautés

La définition du DC est habituellement placée dans la section *préambule* ou *définition* ou *conclusion* ou parfois même en annexe.

La définition suggérée est celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présentée dans le PNSP 2008 : « *Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. (Chavis, 2000 ; repris par MSSS, 2008)* ».

POURQUOI EST-IL PERTINENT DE SE DOTER D'UNE TELLE POLITIQUE ?

La mission du CIUSSS, le cadre juridique et le contexte favorable sont différents éléments retrouvés dans les politiques de DC justifiant la pertinence d'adopter de telles politiques. Dès lors, il est important de s'interroger sur le choix des assises à inclure dans la politique afin de consolider celle-ci.

- Le fait de se doter d'une politique de DC va-t-il de pair avec la mission du CIUSSS?
- la politique découle-t-elle d'un cadre juridique (p. ex. : la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)², la Loi sur la santé publique (LSP)³, la responsabilité populationnelle)?
- la politique s'inscrit-elle en lien avec des actions et des orientations du CIUSSS (p. ex. : autres politiques allant dans le même sens du DC, travail de longue date en ce sens, etc.)?

Certaines politiques peuvent être des occasions favorables à l'adoption d'une politique de DC. Par exemple, la stratégie gouvernementale du développement durable, la future Politique de développement social de la Ville de Montréal ou la stratégie gouvernementale en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Certaines politiques institutionnelles du CIUSSS peuvent également recouper certains objectifs de la politique en DC. L'arrimage de ces politiques a un effet de levier sur la nouvelle politique et son implantation.

Par ailleurs, la responsabilité populationnelle est une importante dimension qui donne du poids au DC. L'utilisation de ce terme pour justifier et solidifier la pertinence d'une politique de DC semble incontournable.

La mission, le cadre juridique ainsi que le contexte favorable au DC sont habituellement placés dans la section *préambule, contexte et/ou assises légales*.



² LSSSS : Prévoit des actions de promotion/prévention. Articles 1 et 100

³ LSP : Préconise le soutien des actions qui favorisent la création de milieux de vie favorables à la santé. Accent porté sur la nécessité de la concertation et la promotion de politiques sociales qui favorisent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Articles 53 à 56.

SUR QUELS PRINCIPES ET VALEURS CETTE POLITIQUE REPOSE-T-ELLE ?

Cette section évoque les valeurs et les principes directeurs sur lesquels se base la politique et qui orientent celle-ci.

- Huit politiques de DC sur dix mentionnent les principes directeurs d'une politique;
- Trois politiques de DC sur dix mentionnent les valeurs sur lesquelles repose une politique.

Principes directeurs

Les principes directeurs sont habituellement placés dans la section *principes directeurs*.

L'implication des individus est essentielle

exemples

- L'implication des individus et des groupes est essentielle à l'amélioration de la santé des individus;
- L'importance de reconnaître la capacité des citoyens à prendre en main les situations collectives qu'ils considèrent comme problématiques;
- L'importance de reconnaître la capacité des citoyens à prendre en main les situations collectives qu'ils considèrent problématiques;
- [L']appropriation du pouvoir d'agir des individus (empowerment);
- Les approches et les interventions favorisant le pouvoir d'agir (empowerment) des individus, des groupes et des communautés doivent se refléter dans nos actions tant à l'interne qu'à l'externe.

L'action sur les déterminants

exemples

- Agir sur les déterminants de la santé et de bien-être dont le développement sain de l'enfance, les conditions de vie, les habitudes de vie, les compétences d'adaptation des individus, les réseaux de soutien social, les environnements physiques, les conditions de travail et socioéconomiques;
- Maximiser sa contribution au développement socioéconomique de son milieu.

Les actions concertées

exemples

- La concertation et les partenariats intersectoriels sont au cœur des actions en DC;
 - Agir en concertation et en partenariat avec les acteurs publics et privés du domaine de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et avec tous les autres secteurs d'activités susceptibles d'apporter une contribution au DC.
-

Autres principes directeurs retrouvés dans une politique de DC :

- La promotion de la santé,
 - Les milieux ont un effet sur la santé,
 - L'engagement de l'ensemble du personnel dans cette politique,
 - La réduction des inégalités sociales de santé,
 - L'harmonisation et la promotion de politiques publiques, favorables à la santé.
-

Valeurs

Les valeurs sont habituellement placées dans la section *orientations* ou *valeurs*.

L'autonomie
La démocratie
La cohérence
L'excellence

La solidarité
La justice sociale
La collaboration
La transparence

Le respect
L'équité
L'innovation

COMMENT CETTE POLITIQUE SERA-T-ELLE MISE EN ŒUVRE ?

Afin de répondre à cette question :

Dix Politiques de DC sur dix comportent une section sur les moyens d'actualisation;

Dix Politiques sur dix incluent une section sur les rôles et responsabilités;

Six Politiques de DC sur dix comportent une section champs d'application.

Moyens d'actualisation

Les moyens d'actualisation sont habituellement placés dans la section *moyens d'actualisation* ou *mécanismes de coordination en réseau*.

Accompagnement des équipes aux changements de pratiques

exemples

- Valoriser, en intervention individuelle, lors de l'élaboration des plans d'intervention et au plan de services individualisés, des solutions d'aide et de support avec le réseau naturel et avec les ressources communautaires locales;
- Soutenir la mise en place de projets agissant sur des déterminants de la santé.

Élaboration d'un plan d'action

exemples

- L'élaboration d'un plan d'action où chacune des directions y indiquera les pistes d'actions qui seront mises de l'avant pour renforcer le soutien au DC;
- L'élaboration d'un plan d'action triennal;
- [L'adoption d']un plan d'action en DC et l'évaluer annuellement

Mise sur pied d'un comité de suivi**exemples**

- La mise sur pied d'un comité de suivi chargé de conseiller les directions de l'établissement sur la mise en œuvre du plan d'action;
- Faire le suivi de l'état d'avancement du plan d'action par le Comité d'actualisation de la responsabilité populationnelle;
- Créer un lieu d'échange, de coordination et de suivi sous la forme d'un comité de DC;
- Mise sur pied d'un comité de suivi composé, notamment, de la direction générale, des directions des programmes, de l'équipe d'action communautaire, des agentes en promotion de saines habitudes de vie et de l'agent d'information. Le comité siègera minimalement trois fois par année.

Identifier les projets favorisant le DC dans chaque programme - service**exemple**

- Mandater la Direction générale adjointe au déploiement et à la coordination de la politique de favoriser l'affectation de ressources par pôle de service, notamment en lien avec les Tables de DC.

Autres moyens d'actualisation :

- **Activités d'appropriation de la politique pour tout le personnel,**
- **Identifier un cadre responsable de cette politique.**

Le DC ne doit pas reposer uniquement sur les organisateurs communautaires mais devrait également impliquer l'ensemble des travailleurs d'un établissement. L'appropriation du DC passe avant tout par la compréhension conceptuelle et opérationnelle de celui-ci. Ainsi, il est important que chaque direction de service puisse s'engager dans le DC puisque le DC n'est pas un programme, mais plutôt une stratégie qui peut être appliquée dans différentes directions de services. La connaissance liée au DC ainsi qu'un plan d'action concret par les directions peut favoriser l'adhésion de l'engagement d'un établissement en ce sens.

Rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités sont habituellement placés dans la section *rôles et responsabilités* ou *mécanismes de coordination en réseau*.

On observe une grande variabilité de rôles et de responsabilité dans les différentes politiques de DC. C'est pourquoi il est essentiel de se demander qui a la responsabilité de :

- Adopter la politique (habituellement le conseil d'administration);
- S'assurer de l'application/implantation de la politique;
- S'assurer du suivi et/ou de mettre en œuvre les mécanismes de suivi;
- Intégrer le DC dans la planification stratégique et/ou dans les plans d'action des directions;
- Actualiser les orientations et/ou les plans d'action.

Dans une politique de DC, on retrouve généralement la description des rôles et responsabilités du conseil d'administration, du comité de direction, de la direction générale, du comité de suivi, des gestionnaires ainsi que de toutes les personnes qui travaillent au CIUSSS. L'annexe 2 présente plus de détail à ce sujet.



Champs d'application

Les champs d'application sont habituellement placés dans la section *champs d'application*.

La présente politique s'applique à l'ensemble des personnes qui œuvrent au sein de l'établissement incluant les membres du Conseil d'administration

exemples

Gestionnaires
Chefs de programmes
Employés
Médecins
Sages-femmes
Chercheurs
Bénévoles
Membres du conseil d'administration
Les stagiaires du CSSS
Tous les partenaires de la communauté



PROCESSUS D'ÉLABORATION



La section qui suit décrit les étapes habituelles d'un processus d'élaboration d'une politique en promotion de la santé. Conscients que le processus variera selon les CIUSSS, nous présentons les principaux jalons d'une démarche d'élaboration en prenant soin de préciser quels éléments se situent avant le début de la rédaction; pendant la rédaction et une fois la politique de DC adoptée.

Bien qu'il s'agisse d'une politique institutionnelle, l'élaboration de celle-ci demande l'apport et le soutien de partenaires externes tels que les villes, les arrondissements, les organismes communautaires, les commissions scolaires, les représentants d'instances de concertation, etc. Après tout, l'enjeu au cœur de cette politique concerne le développement des communautés qui partagent le même territoire que les CIUSSS. De plus, le partenariat et l'intersectorialité sont deux moyens pour arriver au DC (Tremblay, 2015). L'inclusion de ces partenaires à la démarche d'élaboration de la politique est donc primordiale.

AVANT LA RÉDACTION

■ **Étape 1 : La désignation d'une personne responsable**

La première étape consiste à désigner une personne responsable pour mener à terme l'élaboration de la politique en DC. Cette personne agira à titre de leader afin de faciliter les processus de décision et de résolution de problèmes au sein de l'équipe de travail (Meyers et coll., 2012). Une étude menée en Angleterre sur la capacité organisationnelle pour le DC indique les attentes envers ce leader. Considérant que les hauts dirigeants des établissements de santé ont parfois très peu de connaissances sur les principes et les processus de DC, il importe de souligner que le leader doit être capable de rallier les gens et de prôner la promotion de la santé ainsi que les approches en DC. De plus, il est proposé que ce leader ait une fonction hiérarchique dans l'organisation et idéalement, à un niveau stratégique (Germann et Wilson, 2004). Sur cette base, il serait opportun que ce leader soit un cadre supérieur du CIUSSS qui, en plus d'agir comme porteur de dossier favoriserait les approches de DC auprès des autres cadres supérieurs du CIUSSS.

■ **Étape 2 : La mise sur pied d'un comité d'élaboration, formé de leaders issus de divers domaines d'intervention**

Si la rédaction de la politique en DC est importante, son appropriation est essentielle, car elle déterminera les retombées sur le milieu. De fait, l'élaboration ainsi que l'adoption de ladite politique constituent des occasions déterminantes d'appropriation (Lagarde, 2009). Cette appropriation repose principalement sur une démarche participative auprès de nombreux acteurs, d'où l'importance de former un comité d'élaboration composé de leaders provenant de domaines d'intervention différents. Il est important de se rappeler que le DC constitue une stratégie et non un programme. Conséquemment, il peut être appliqué par l'ensemble des directions des programmes. Leur participation à l'élaboration de la politique de DC est une condition gagnante. Afin de les mobiliser, ces acteurs doivent adhérer à cette stratégie et comprendre les effets positifs qu'elle peut engendrer.

Considérant que la politique de DC concerne l'ensemble des directions, un inventaire de politiques ou de mesures déjà établies en lien avec le DC permettrait de « rallier certains leaders d'opinion » (Lagarde, 2009). Les régions du Québec dont la haute direction était porteuse d'une politique en DC ont vu les processus d'élaboration et de mise en œuvre facilités. Ces acteurs sont des joueurs clés pour l'implantation de la politique. Le soutien des gestionnaires et de la haute direction sont des facteurs favorables au DC et à son implantation. D'ailleurs, l'engagement d'une institution de santé au DC relève, selon une étude, de trois facteurs : les croyances et les valeurs de l'institution sont cohérentes avec le DC; le leadership; une compréhension partagée du DC ou, autrement dit, comment celui-ci contribue à la santé et comment il s'inscrit dans l'ensemble des services offerts par l'organisation (Germann et

Wilson, 2004). Le processus consultatif et transversal dans l'élaboration de la politique de DC est essentiel et déterminant pour l'implantation du DC au sein de l'institution. Cependant, ce processus doit inclure non seulement des acteurs qui proviennent du CIUSSS, mais il est recommandé d'y inclure aussi des représentants d'instances de concertation, d'organismes communautaires, du milieu scolaire ainsi que des acteurs provenant du secteur municipal et autres.

PENDANT LA RÉDACTION

■ **Étape 3 : La diffusion d'informations**

Toujours dans l'optique que cette politique soit adoptée par tous peu importe la direction de services, il importe d'informer les gens sur l'élaboration de cette politique. Des activités régulières de communication sont bénéfiques. Ces dernières peuvent prendre plusieurs formes. Considérant que les connaissances au niveau du DC ne sont pas toujours connues et/ou partagées de tous, le fait de clarifier la compréhension du DC et de mettre de l'avant des activités s'inscrivant dans cette stratégie peut être un bon point de départ.

■ **Étape 4 : Les activités de consultation permettant au plus grand nombre de personnes de s'exprimer à quelques reprises**

Ces activités s'adressent à l'ensemble du personnel et des directions de programmes. Que ce soit le personnel de bureau ou les intervenants, tous peuvent jouer un rôle dans le DC. Cette appropriation doit se faire « par l'ensemble des intervenants afin que cette préoccupation soit véritablement intégrée dans les pratiques et ne se limite pas à l'action des organisateurs communautaires » (INSPQ, 2008 : 28). Des activités auprès des partenaires externes sont également une étape importante du processus.

APRÈS L'ADOPTION

■ **Étape 5 : L'accompagnement pour la mise en œuvre**

Si, pour certains professionnels de la santé il existe un flou autour de la conceptualisation du DC, ce flou existe aussi au niveau de l'opérationnalisation du DC. Des objectifs imprécis et l'absence d'orientations explicites en DC constituent des facteurs défavorables à la mise en œuvre du DC (INSPQ, 2008). À l'opposé, un plan d'action est un outil très utile et important afin de concrétiser le DC. Un plan porteur de cette approche semble être essentiel puisque la pratique du DC s'éloigne du modèle clinique et reste floue pour certains gestionnaires (INSPQ, 2008).

De plus, dans les plans d'action, certaines régions ont favorisé des modalités qui impliquent chacune des directions. Par exemple, le fait d'inclure des axes d'intervention dans la politique permet que chacun des départements et des directions de programmes soit interpellé par au moins un axe. Par ailleurs, une région a établi dans sa politique que chaque direction devrait élaborer un plan triennal par rapport à la politique de DC. Dans tous les cas, l'accompagnement des gestionnaires est à prévoir afin qu'ils puissent bien saisir leur rôle dans le DC et organiser leurs services en ce sens lorsque possible. Cet accompagnement est bénéfique, notamment pour modifier certaines pratiques afin d'y intégrer la notion de DC. L'accompagnement peut se faire par les membres du comité d'élaboration.

■ Étape 6 : La reddition de comptes et le suivi

Deux éléments sont à prendre en compte dans la reddition de comptes du DC. D'abord, le dynamisme local étant différent dans chaque communauté, il est ardu de faire des comparaisons entre les CIUSSS. Comme il est difficile aussi de cerner la contribution spécifique du CIUSSS parmi celles des autres acteurs puisque le DC est tributaire des multiples contributions de plusieurs acteurs de la communauté, dont le CIUSSS. Pour ces raisons, on se concentrera davantage sur « l'effet de levier » généré par l'intervention du CIUSSS, ou autrement dit, la capacité d'un CIUSSS à mobiliser et soutenir les acteurs de la communauté. Il importe donc que chaque CIUSSS se dote de mesures selon les objectifs découlant de sa politique de DC. Plus encore, la mise en place d'un comité de suivi issu du comité d'élaboration ou s'inspirant de la composition de celui-ci, permettra de favoriser l'implantation de la politique de DC. Dans un CIUSSS, il y a plusieurs dynamismes locaux ce qui engendre une complexité d'intervention dans le développement des communautés et dans la création d'une politique. Le comité de suivi est essentiel compte tenu de l'ampleur du travail dans les communautés. Celui-ci aurait comme tâche d'assurer l'implantation de la politique, raffiner la vision du CIUSSS en matière de DC et de proposer de nouvelles pistes d'action (CSSS Memphrémagog, 2011). Ce comité pourra informer périodiquement le comité de direction et le conseil d'administration quant à l'implantation de la politique de DC.



CONCLUSION

En bref, plusieurs éléments sont importants dans le processus d'élaboration d'une politique de DC. Soulignons d'abord l'importance de garder en tête quelques questions clés lors de sa rédaction. *Que vise-t-on par cette politique? Pourquoi est-il pertinent de se doter d'une telle politique? Sur quels principes et valeurs cette politique repose-t-elle? Comment cette politique sera-t-elle mise en œuvre?* Évidemment, les réponses à ces questions seront teintées de la couleur de chaque territoire. Puis, retenons que les six étapes décrites dans ce document représentent les principaux jalons du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'appropriation d'une politique de DC.

Si l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de DC comportent des défis, les retombées d'une telle politique sur la santé des populations ne doivent pas être sous-estimées. De fait, les CIUSSS qui s'engagent dans une telle démarche contribuent non seulement à l'amélioration du pouvoir d'agir des communautés locales, mais aussi, à leur propre capacité d'avoir un impact significatif sur les déterminants de la santé de la population qu'ils desservent. La démarche d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique de DC est donc une opportunité réelle pour les CIUSSS d'agir en cohérence avec leur mission tout en se positionnant comme acteur-clé de leur communauté.



RÉFÉRENCES

Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. In D. V. Mc Queen et coll. (dir.). Health and modernity. The role of theory in health promotion. New York : Springer. 43-73.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2012). *Définition des concepts et des principes d'intervention en développement des communautés*. Repéré à <http://www.extranet.santemonteregie.qc.ca/santepublique>.

Beauchemin, M., Bélanger-Bonneau, H., Cauchon, N., Fortier, M.-M., Gagnon, D., Lafrance, L., Tremblay, J. (2015). *Rapport préliminaire portant sur les indicateurs de gestion sur les interventions de soutien au développement des communautés*. Montréal : INSPQ : Document inédit.

Bélanger, J.-P., Sullivan, R., Sévigny, B. (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, Édition ASPQ, 223 p.

Boisvert, R. (2013). Réduction des inégalités sociales de santé : Dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés. *Nouvelle pratique sociale*, 26(1), 1-17.

Bourque, D. (2012). Intervention communautaire et développement des communautés. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(1), 40-60.

Bourque, D., Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*, 50(1), 295-308.

Bourque, D., Mercier, C. (2007). *Le développement des communautés au cœur de la mission des CSSS*. Université de Sherbrooke.

Centre de Santé du Granit. (2004). *Politique de développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins : Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis. (2014). *Politique de développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2014). *Politique en matière de soutien au développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2012). *Politique en développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog. (2011). *Politique concernant le rôle du CSSSM en développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2012). *Politique en développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme. (2015). *Politique de soutien au développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (2014). *Politique de développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux de Val-Saint-François. (2009). *Politique de développement des communautés*.

Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie. (2010). *Politique de développement des communautés*.

Chavis, D. M. (2000). *Mobilizing for Community Capacity Building*, présentation au Larehs, Université du Québec à Montréal, 28 avril ; cité dans Collectif d'auteurs (2002), op. cit., p. 16.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : Direction régionale de santé publique. (2017). *Prévenir aujourd'hui, mieux vivre demain : Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal 2016-2021*. Consulté à <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/pari.html>.

Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 50, 135-146.

Comment : Income, Inequality, and Social Cohesion. (1997). *American Journal of Public Health*, 87(9),1504-1506.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- Durlak, J. A. (2015). *Studying Program Implementation Is Not Easy but It Is Essential*. Society for Prevention Research, 1123-1127.
- Germann, K., Wilson, D. (2004). Organizational capacity for community development in regional health authorities : a conceptual model. *Health Promotion International*, 19(3), 289-298.
- Gouvernement du Québec. (2015). *Programme national de santé publique : 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>.
- Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? In L. Potvin, Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 35-51.
- Hancock, T., Labonte R. et Edwards, R. (1999). Indicators that count! Measuring population health at the community level. *Canadian Journal of public health*. 90 suppl. 1 :S22-S26.
- Initiative montréalaise de soutien au développement social local. (2015). *Cadre de référence Initiative montréalaise de soutien au développement social local : Des quartiers où il fait bon vivre!*, 29 p.
- INSPQ. (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec, Institut national de santé publique, 46 p.
- INSPQ. (2008). *Le soutien au développement des communautés par les CSSS : État des lieux. Synthèse générale des données recueillies auprès d'intervenants et de gestionnaires*. Montréal : Institut national de santé publique, 52 p.
- Lachapelle, R., Bourque, D., Foisy, D. (2010). Les apports de l'organisation communautaire en CSSS aux infrastructures communautaires de développement des communautés. *Service social*, 56(1), 1-14.
- Lagarde, F. (2009). *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 25 p.
- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., Wright, A. (2012). Practical Implementation Science : Developing and Piloting the Quality Implementation Tool. *Society for Community Research and Action*, 481-496.
- 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.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 39 (3), 423-441.
- Organisation mondiale de la santé. (1986), Charte d'Ottawa. Repéré à <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review Sociology*, 1-24.
- Parent, A.-A. (2016). Pratique réflexive et organisation communautaire : le point de vue de professionnels sur la stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique, *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 39-67.
- Parent, A.-A., O'Neill, M., Roy, B., Simard, P. (2012). Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 67-90.
- Potvin, L. (2007). Managing uncertainty through participation. In D. Mc Queen et I. Kickbush (dir.). *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 6-11.

- Rochon, J. (1975). La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux. Annuaire du Québec 1975-1976.
- Raphael, D. (2010) Health promotion and quality of life in Canada : Essential readings. Toronto : Canadian Scholar's Press.
- Secrétariat du Conseil du trésor (2013). *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation*. Gouvernement du Québec.
- Tremblay, J. (2015). *Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 12 p.
- Wilkinson, R. G. et Pickett, K. (2010). The spirit level : why grater equality makes societies stronger. New York : Bloomsbury Press.

ANNEXE 1

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

QUELQUES DÉFINITIONS

L'expression « développement des communautés » est de plus en plus répandue, mais ne fait tout de même pas office de dénomination universelle. Des appellations telles que développement social local, développement territorial, revitalisation urbaine, etc. sont liées au DC puisqu'elles sous-tendent souvent les mêmes principes et objectifs. En cohérence avec le MSSS, le terme DC a été privilégié. Ce dernier le définit 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 social, culturel, économique et environnemental (Chavis, 2000; repris par MSSS, 2008). Il existe, cependant, d'autres définitions qui méritent d'être soulignées afin de mieux saisir le DC. Par exemple, celle de Bourque et Favreau (2003) qui définissent le développement des communautés (DC) comme étant une stratégie qui consiste à « mettre les ressources du réseau de la santé au service du développement démocratique des communautés » (Bourque et Favreau, 2003 : 295). Ainsi, une organisation qui se positionne en ce sens vise à mobiliser ses ressources pour soutenir les actions et initiatives des communautés (Tremblay, 2015). Enfin, soulignons que l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local, regroupant différents acteurs tels que la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, la DRSP ainsi que la Coalition montréalaise des tables de quartier, a effectué un important travail de concertation qui a permis, notamment, de définir le développement social local.

Celui-ci réfère à « un processus coopératif construit et porté ensemble par les acteurs et par les citoyens d'un territoire local qui vise l'amélioration des potentiels individuels et collectifs et des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. Ce processus s'appuie sur une vision globale et adopte une approche intégrée qui reconnaît l'interrelation des dimensions du développement et qui vise la complémentarité des interventions » (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015 : 9).

BREF HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Au départ, le DC a pris racine dans les domaines de l'action sociale, du mouvement associatif et coopératif et de l'organisation communautaire (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012). Interpellés par les mêmes préoccupations, la santé publique et l'organisation communautaire défendent souvent des positions communes. La santé, au-delà de son aspect biomédical et comportemental, est influencée par les facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux. En fait, l'importance de ces déterminants sociaux fait de plus en plus consensus dans la littérature. Les inégalités sociales de santé sont devenues une priorité pour la santé publique. De plus, certains considèrent que la pierre angulaire aux inégalités sociales de santé est la participation citoyenne (Navarro, 2009 ; Potvin, 2007). Dès 1975, le Dr Jean Rochon écrit :

« La mobilisation des ressources communautaires implique donc une participation active de la population à la définition des problèmes de santé et au choix des moyens d'améliorer le niveau de santé (...). La santé devient une responsabilité d'individus et de collectivités de plus en plus conscients de leurs responsabilités et autonomes. Les professionnels et les organismes du système de santé doivent progressivement assumer un rôle de support et de conseiller ... » (Rochon, 1975).

Onze ans plus tard, en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé va dans le même sens et affirme que « la 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 ». Ainsi, en DC, les acteurs du milieu sont appelés à déterminer ce qui, selon eux, constitue un problème et les solutions qui peuvent y être apportées (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012).

L'IMPORTANCE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS SUR LA SANTÉ

L'action découlant du DC permet le développement des milieux de vie et l'amélioration des conditions de vie des individus, des groupes et des communautés, ce qui a un impact sur la santé des individus (INSPQ, 2008). Certains vont jusqu'à dire que le DC a le potentiel de réduire la demande ultérieure sur les établissements de santé (INSPQ, 2008). Plus concrètement, voici un exemple réel qui démontre toute l'importance du DC. À la suite de la fermeture du principal employeur d'une ville, la communauté a décidé d'ouvrir une clinique communautaire de santé qui visait à prévenir les problèmes de santé liés au chômage tels que le stress, les maladies cardiaques et les dépressions. Des chercheurs ont évalué ce projet et ont constaté que la mobilisation communautaire autour de ce projet de clinique avait eu un impact positif plus significatif sur la santé de la population que les services fournis à la clinique (Bélanger et coll., 2000 : 37). Ainsi, la capacité d'agir des communautés possède le potentiel de « surdéterminer les grands facteurs structurants de développement que sont les réalités socio-économiques » (Boisvert, 2013 : 11). Cette capacité dépend toutefois de plusieurs facteurs tels que le sentiment d'appartenance des résidents, leur fierté, les relations de voisinage, les sentiments de sécurité, la présence du sens de l'initiative, etc. (Boisvert, 2013). En fait, la mobilisation de la communauté peut être vue en soi comme un indicateur de santé.

QUELQUES DÉFIS

Une politique en DC met de l'avant l'action communautaire, cependant, elle se distingue du cadre de référence en organisation communautaire. Bien que le développement des communautés soit une stratégie largement reconnue en organisation communautaire, une politique de DC doit interpellier l'ensemble des travailleurs et des directions de programmes. Cette politique doit sensibiliser l'ensemble des travailleurs et chacun doit savoir comment il peut y contribuer. Ayant comme principes directeurs le partenariat et l'intersectorialité, une politique de DC devrait également se faire en consultation avec différents acteurs externes provenant de plusieurs milieux tels que les organismes communautaires, les municipalités, les arrondissements, les acteurs économiques, etc.

Finalement, il existe certes un autre défi à conjuguer une approche dite « *top-down* » qui découle d'une volonté des institutions publiques à améliorer le pouvoir d'agir des communautés locales et une approche « *bottom-up* » qui provient du milieu lui-même comme l'exige le DC. Pourtant, s'il s'agit d'un défi, il ne s'agit pas d'une incompatibilité. Le DC devrait être reconnu comme étant un « processus " négogène " », c'est-à-dire en partie exogène, parce qu'il est influencé par les programmes, par l'expertise de contenu et par le soutien technique et financier en provenance des appareils de planification, et en partie endogène, parce qu'il repose sur la mobilisation et sur l'appropriation des communautés » (Bourque et Favreau, 2003 : 303). S'il est essentiel de soutenir les initiatives locales, c'est que les solutions provenant du milieu lui-même sont plus enclines à réussir (Bélanger et al, 2000). Ceci dit, les initiatives locales seraient fragilisées en étant privées de leviers, de ressources et d'expertises provenant des différents secteurs tels que la santé et les services sociaux, l'éducation, les municipalités, etc. (Bourque et Mercier, 2007). En fait, « l'addition et même la synergie des forces émanant de l'État et de la société civile semblent incontournables pour améliorer les conditions de vie, revitaliser des territoires ou tisser des liens sociaux » (Tremblay, 2015 : 2). Il s'agit donc d'additionner les expertises provenant de tous les milieux.

ANNEXE 2

CONTENU DE DIX POLITIQUES QUÉBÉCOISES DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

QUE VISE-T-ON PAR CETTE POLITIQUE ?

	CSSS Vieille-Capitale	CSSS Memphrémagog	CSSS St-Jérôme	CSSS Alphonse-Desjardins	CSSS Etchemins
Finalité	Une politique en DC devra nous amener à améliorer notre connaissance de ces réalités, soutenir l'exercice de notre responsabilité populationnelle et s'étendre à l'ensemble des intervenants de l'établissement en tant qu'acteur du DC dans l'objectif final de contribuer à réduire ces inégalités, ou, du moins, à en réduire les conséquences.	En effet, nous croyons que c'est en soutenant et développement diverses actions portant sur l'amélioration des conditions de vie que nous contribuerons au développement de notre milieu. Il s'agit donc d'une finalité plutôt que d'un moyen ou d'une stratégie.			Ce plan fera la démonstration que le DC est possible grâce à une responsabilité partagée permettant ainsi d'agir ensemble sur les déterminants de la santé, de prévenir les problèmes, de réduire les inégalités de santé et de bien-être dans Les Etchemins et de travailler auprès et avec les communautés pour en faire des communautés en santé.
Buts	Vise à faire du DC une vision partagée par tous les employés, toutes les instances de l'établissement ainsi qu'un grand nombre de ses partenaires, en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé		Le CSSS de Saint-Jérôme, par la présente politique, vise à faire du DC une vision partagée par tous les gestionnaires, les médecins les sages-femmes, le personnel et les bénévoles de toutes les instances de l'établissement, et ce, en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.	La politique vise à faire du DC une vision soutenue par l'ensemble de l'établissement et un cadre de partenariat efficace contribuant à améliorer la santé et le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales.	Soutenir et développer des communautés en santé dans la MRC des Etchemins, dans une perspective de développement durable afin de réduire les inégalités sociales
Objectifs	1) Développer dans l'établissement une culture organisationnelle qui vise la construction de communautés en santé et qui reconnaît l'impact des conditions de vie et de la communauté sur la santé 2) Contribuer au développement des communautés en tant qu'acteur institutionnel et partenaire des autres acteurs sociaux 3) Faire du DC une stratégie qui s'inscrit dans l'ensemble de l'offre de service et les pratiques de gestion du CSSS	Définir la responsabilité et le rôle du CSSSM comme institution ainsi que de préciser la contribution des différents secteurs et intervenants au développement des communautés composant son territoire		1) Développer dans l'établissement une approche populationnelle contribuant au DC en santé 2) Contribuer au développement de communautés en santé en tant qu'acteur institutionnel et partenaire 3) faire de l'approche populationnelle et du développement des communautés une stratégie qui s'inscrit dans les pratiques de gestion de l'établissement.	Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, le CSSSE veut : 1) se positionner en DC de la MRC des Etchemins 2) Initier une démarche territoriale dans une perspective de partage de la responsabilité du développement du territoire avec ses partenaires, et ce, en agissant sur les déterminants de la santé
Définition	Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental.	Le DC est un processus dynamique d'action où l'on cherche à mettre en place des réponses collectives aux priorités d'un milieu sous forme de ressources, services, initiatives, etc.			C'est lorsque les personnes créent des affiliations, développent des relations et s'unissent avec les institutions de leur milieu de vie (CSSS, écoles, entreprises, etc.) pour travailler ensemble à améliorer une situation donnée.
Notions d'actions concertées	Le DC sous-tend donc une volonté partagée par tous les partenaires de travailler conjointement de façon décloisonnée. Il faut donc partager les expertises, les rôles et les ressources en s'assurant, tout au cours des démarches, d'accorder une place significative aux populations concernées.	Nous considérons que le DC ne doit pas être simplement un service (ou un programme) à ajouter à notre «panier de services» dans une perspective de santé publique. Il s'agit pour nous, avant tout, d'un objectif explicite auquel l'ensemble de l'établissement contribue.	La littérature scientifique met en évidence que des actions concertées, portant sur les déterminants sociaux de la santé, influencent positivement la santé et le bien-être des personnes ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé. Par conséquent, la demande exercée auprès du système de santé s'en trouve diminuée.		

QUE VISE-T-ON PAR CETTE POLITIQUE ? (suite)

	CSSS Montmagny-l'Îslet	CSSS Thetford	CSSS Val-Saint-François	CSSS La Pommeraie	Centre de santé du Granit
Finalité					
Buts	Positionner et maintenir le DC au cœur des actions de l'établissement en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les inégalités sociales.	La présente politique vise à placer le soutien au DC au cœur des orientations de l'établissement et en faire une cible partagée par tous, en concordance avec l'ensemble des politiques (priorités organisationnelles, plan stratégique, plan local en santé publique) déjà adoptées ou en voie d'être adoptées par le CSSS.	La politique vise à placer le développement des communautés comme toile de fond des orientations de l'établissement. Elle veut aussi développer le sentiment au sein des équipes d'intervenants que le développement des communautés est l'affaire de toutes et de tous.	La politique vise à placer le développement des communautés au cœur des orientations de l'établissement et en faire une cible partagée par tous, en concordance avec l'ensemble des politiques de services au citoyen actuellement en vigueur et celles à venir.	La politique vise à placer le développement des communautés au cœur des orientations de l'établissement et en faire une cible partagée par tous, en concordance avec l'ensemble des politiques de services au citoyen actuellement en vigueur et celles à venir.
Objectifs	1) Promouvoir la notion de communauté en santé et favoriser les pratiques qui soutiennent le DC tant à l'interne qu'à l'externe 2) faire du DC une stratégie partagée par l'ensemble des employés du CSSSML 3) Assumer la responsabilité de l'établissement comme partenaire dans le DC, tant à travers son rôle institutionnel que corporatif	1) Promouvoir la notion de communauté en santé et favoriser les pratiques qui soutiennent le développement des communautés, tant à l'interne qu'à l'externe 2) Assumer la responsabilité du CSSS comme partenaire dans le DC, tant à travers son rôle institutionnel que corporatif 3) Soutenir le renforcement des individus et des communautés		1) Favoriser la participation des individus et des communautés locales, notamment au processus de décision et aux actions 2) Favoriser l'empowerment des individus, des groupes, des organisations et des communautés 3) Favoriser l'amélioration des conditions de vie en priorisant des actions ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé notamment en s'engageant dans la lutte à la pauvreté et la réduction des inégalités 4) Agir en concertation et en partenariat avec l'ensemble d'acteurs du milieu susceptibles d'apporter une contribution au DC 5) S'impliquer avec les acteurs de la communauté dans les projets de collaboration pertinents pour supporter le DC local 6) Promouvoir le concept et la visée de « communauté en santé » et d'environnements sociaux et solidaires dans nos interventions auprès des citoyens, du personnel et avec les communautés locales 7) Favoriser une évaluation participative de processus qui permet de mettre en évidence la logique de l'action.	
Définition	Processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans physiques, sociaux et économiques.	Le DC est défini 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 physiques, sociaux et économiques.	Le DC est défini 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. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental.		
Notions d'actions concertées	1) Convaincu que des actions concertées portant sur les déterminants sociaux de la santé contribuent grandement à l'amélioration de la santé des personnes et des communautés, l'établissement se dote ainsi d'une stratégie d'action qui lui permettra d'agir dans ce sens. 2) Cette stratégie permet d'agir de façon concertée avec une variété d'acteurs pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population desservie par le CCCML.			Ce choix stratégique d'établissement repose sur une volonté d'agir en amont des problèmes, auprès et avec les communautés et à intervenir de façon concertée sur les déterminants sociaux de la santé.	

POURQUOI EST-IL PERTINENT DE SE Doter D'UNE TELLE POLITIQUE ?

	CSSS Vieille-Capitale	CSSS Memphrémagog	CSSS St-Jérôme	CSSS Alphonse-Desjardins	CSSS Etchemins
Mission des CSSS	Parce que sa mission l'amène à jouer un rôle déterminant dans le développement de communautés en santé, le CSSS de la Vieille-Capitale veut se doter d'une stratégie qui lui permettra de promouvoir le développement des communautés dans l'ensemble des services et activités de l'établissement, tout en consolidant ses liens de partenariats dans ses interventions avec le milieu.	Cette conception du DC interpelle le CSSSM qui peut ainsi faire un lien entre sa raison d'être et son rôle social et intégrer, en y donnant un sens, plusieurs actions découlant de sa mission et de ses expertises.	Considérant que sa mission l'amène à jouer un rôle déterminant dans le DC en santé, le CSSS de Saint-Jérôme se dote d'une politique qui lui permettra de soutenir le DC via l'ensemble des services et activités de l'établissement, tout en consolidant ses liens de partenariat dans ses interventions.		
Littérature	1) Une communauté dynamique, où la création de liens sociaux est favorisée, constitue un facteur de protection de la santé de ses résidents(e)s 2) La littérature scientifique met en évidence que des actions concertées, portant sur les déterminants sociaux de la santé, influencent positivement la santé et le bien-être des personnes		La littérature scientifique met en évidence que des actions concertées, portant sur les déterminants sociaux de la santé, influencent positivement la santé et le bien-être des personnes ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé. Par conséquent, la demande auprès du système de santé s'en trouve diminuée.		
Cadre juridique	LSSP, LSP, responsabilité populationnelle	Responsabilité populationnelle	Responsabilité populationnelle	LSSSS, LSP, responsabilité populationnelle	LSSSS, responsabilité populationnelle
Fondements				OMS	
Contexte favorable au DC	1) Le CSSS de la Vieille-Capitale a aussi adopté en 2010 un politique sur le développement durable qui vise à contribuer au développement d'une société plus saine 2) On peut considérer que le CSSS, et plus particulièrement ses sept CLSC, portent depuis plus de 40 ans des actions qui s'en approchent dans les objectifs, valeurs et les façons de faire 3) Dès sa création, il (CSSS) se voulait proche de sa population et cherchait à soutenir, par des actions dans la communauté, les initiatives qui visaient à transformer les problèmes de santé et bien-être présents sur le territoire en solution collective 4) Le CSSS travaille de longue date avec la population, les organismes communautaires et les partenaires de divers milieux dans des lieux de concertations, où il anime ou participe à des tables de concertation, entretient des partenariats avec des organismes du milieu et contribue à mettre sur pied des ressources, et ce, depuis de nombreuses années	Le CSSSM est partie prenante de son milieu, agissant déjà comme moteur de développement social et économique par l'importance de sa présence comme institution / entreprise dans l'infrastructure de la MRC de même que par l'impact des interventions et des actions posées par ses différents secteurs sur l'amélioration des conditions sociosanitaires de la population de son territoire.	S'inscrit en lien avec le développement durable; le PAL et la Planification stratégique 2011-2016	1) Le CSSSAD est partie prenante de son milieu, agissant déjà comme moteur de développement socioéconomique compte tenu de l'importance de ses ressources financières, par le nombre et la qualité de ses ressources humaines, par ses stratégies d'occupation du territoire, de même que par l'impact des interventions posées par ses différents réseaux sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population 2) Découle du PNSP et s'inscrit en lien avec la Planification stratégique 2013-2016	1) En lien avec la politique de développement durable 2) L'adoption d'une politique de DC au CSSSE s'inscrit dans une continuité d'actions et d'interventions que ce dernier réalise dans sa communauté, depuis plusieurs années déjà, comme acteur de son développement

POURQUOI EST-IL PERTINENT DE SE Doter D'UNE TELLE POLITIQUE ? (suite)

	CSSS Montmagny-l'Îslet	CSSS Thetford	CSSS Val-Saint-François	CSSS La Pommeraie	Centre de santé du Granit
Mission des CSSS		Par cette politique, le CSSS entend faire un lien entre sa raison d'être et son rôle, tant au niveau social qu'au niveau de ses actions avec les communautés, en actualisant plusieurs actions découlant de sa mission et de ses expertises.			Par ses trois missions, notre établissement a pour obligation de donner accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux (SSSS) aux individus, aux groupes et aux communautés qui en réclament. Ces services, tantôt de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, revêtent un caractère indispensable au maintien et au renforcement de l'état de santé de la population de notre territoire.
Littérature			De plus en plus d'experts, au Québec et sur la scène internationale, reconnaissent que la santé est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et comportementaux.		
Cadre juridique	LSSSS, LSP, responsabilité populationnelle	LSSSS, LSP, responsabilité populationnelle	Responsabilité populationnelle		LSP, Loi 25 (sur la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux)
Fondements		OMS (charte d'Ottawa, de Jakarta, Bangkok, déclaration de Rio de Janeiro), Politique québécoise de santé et de bien-être 1992			
Contexte favorable au DC		1) PNSP 2003-2012 2) Le CSSS est engagé dans plusieurs actions contribuant au DC (ex.: démarche de projet clinique, mise en place de six tables de concertation liées aux programmes services, travaux de la table de concertation Équipe jeunesse famille, participation à la démarche de caractérisation des communautés locales, participation à diverses tables de concertation intersectorielle) 3) Au-delà de sa mission, le CSSS est partie prenante de son milieu, agissant déjà comme moteur de développement social et économique par l'importance de sa présence comme institution / entreprise dans l'infrastructure de la MRC		L'adoption d'une Politique de DC au CSSS La Pommeraie constitue une étape déterminante de la réaffirmation de son rôle « d'acteur dans le développement de la communauté de son territoire ». En effet, l'adoption d'une telle politique réfère à toute une tradition depuis plus de trente ans pour chacun des établissements maintenant fusionnés qui forment le CSSS de La Pommeraie (Citations de 8 exemples d'intervention).	L'adoption d'une Politique de DC au CSSS du Granit (CSG) constitue une étape déterminante de la réaffirmation « d'acteur du développement de leurs communautés. »

SUR QUELS PRINCIPES ET VALEURS CETTE POLITIQUE REPOSE-T-ELLE ?

	CSSS Vieille-Capitale	CSSS Memphrémagog	CSSS St-Jérôme	CSSS Alphonse-Desjardins	CSSS Etchemins
Principes					
Principes directeurs	Promotion de la santé; les milieux de vie ont un effet déterminant sur la santé; participation des individus; favorise une démarche inclusive; réduire les inégalités sociales de santé; appropriation du pouvoir d'agir des individus; acteur-clé dans la production de connaissances sur le DC; perspective de développement durable; portée à long terme; continuité des actions; s'engage à appliquer les principes inhérents à la présente politique.	Maximiser sa contribution au développement socioéconomique de son milieu; favoriser l'empowerment, responsabilité populationnelle; inclure une participation intersectorielle et citoyenne; participation au développement des communautés concerne l'ensemble des secteurs; volets et membres du personnel; responsabilité est à l'égard de la santé globale; en amont et en aval de la maladie ou de la situation problème	Participation, autonomisation (empowerment), concertation, réduction des inégalités sociales de santé, harmonisation et promotion de politiques publiques favorables à la santé	1) le milieu de vie a un effet déterminant sur la santé des populations 2) CSSSAD est acteur et partenaire du DC 3) la participation au DC concerne l'ensemble du personnel, gestionnaires, conseil administration, etc. 4) concertation et partenariat intersectoriels sont au cœur des actions en DC 5) le développement de politiques publiques favorables à la santé est appuyé par le CSSSAD 6) le CSSSAD contribue à réduire les inégalités sociales de santé 7) La participation des individus et groupes est essentielle à l'amélioration de la santé des individus 8) les approches empowerment sont préconisées 9) par sa mission universitaire, le CSSSAD contribue à la production et la diffusion de connaissances sur le DC	1) favoriser la participation des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent 2) reconnaître la capacité des citoyens à prendre en main les situations collectives qu'ils considèrent problématiques 3) agir sur les déterminants de la santé et de bien-être dont le développement sain de l'enfance, les conditions de vie, les habitudes de vies, les compétences d'adaptation des individus, les réseaux de soutien social, les environnements physiques, les conditions de travail et socioéconomiques 4) agir en concertation et en partenariat avec les acteurs publics et privés du domaine de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et avec tous les autres secteurs d'activités susceptibles d'apporter une contribution au DC 5) promouvoir le concept de « communauté en santé » dans nos interventions auprès des usagers, du personnel et avec les communautés locales
Valeurs	Certaines valeurs dominent plus particulièrement l'intervention en DC. Le CSSS retient plus particulièrement l'autonomie, la solidarité, le respect, la démocratie, la justice sociale et l'équité.		L'application de la présente politique se réalisera en conformité avec les valeurs identifiées dans le Code d'éthique et de civilité de l'établissement, soit le respect, la cohérence, la collaboration, l'équité, l'innovation et l'excellence.	Le CSSSAD endosse quatre valeurs qui traduisent le sens qu'il veut donner à ses actions; la solidarité, le courage, la transparence, et l'excellence. Ces valeurs sont applicables dans la politique de développement des communautés, notamment dans la volonté de l'établissement d'être proactif, de prendre des décisions et de poser des actions qui respectent les orientations et l'intérêt collectif.	

SUR QUELS PRINCIPES ET VALEURS CETTE POLITIQUE REPOSE-T-ELLE ? (suite)

	CSSS Montmagny-l'Îslet	CSSS Thetford	CSSS Val-Saint-François	CSSS La Pommeraie	Centre de santé du Granit
Principes	Cinq principes d'actions sont associés au DC: la participation citoyenne, l'empowerment, l'action intersectorielle, la réduction des inégalités ainsi que l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé	Réduction des inégalités sociales et de santé, participation citoyenne, empowerment des personnes, des groupes et des communautés, partenariat et concertation intersectorielle			
Principes directeurs	1) la responsabilité du CSSSML, en regard de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, amène l'établissement à agir sur les déterminants sociaux de la santé, et ce, en concertation avec les acteurs du RLS et de l'intersectoriel œuvrant en DC 2) la participation et le soutien du CSSSML au DC doivent être portés par l'ensemble des employés, gestionnaires, membres du conseil d'administration, médecins et bénévoles 3) la participation et l'engagement des individus et des communautés sont garants de l'amélioration de la santé individuelle et collective 4) le CSSSML est un acteur majeur sur le territoire et contribue activement à soutenir le DC 5) les approches et interventions favorisant le pouvoir d'agir (empowerment) des individus, des groupes et des communautés doivent se refléter de nos actions tant à l'interne qu'à l'externe		La participation, l'empowerment, l'action en réseau des partenaires locaux et régionaux, la concertation et le partenariat		1) Favoriser la participation des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent 2) Croire au potentiel des communautés locales dans ses décisions et ses actions pour l'amélioration de ses conditions de vie (empowerment) 3) Agir en concertation et en partenariat avec les acteurs publics et privés du domaine de la santé et des services sociaux et avec tous les autres secteurs d'activité du milieu susceptibles d'apporter une contribution au DC 4) Chercher avec les acteurs de la communauté les sujets de collaboration pertinents pour supporter le DC local 5) Promouvoir le concept de « Communauté en santé » dans nos interventions auprès des usagers, du personnel et avec les communautés locales.
Valeurs					

COMMENT CETTE POLITIQUE SERA-T-ELLE MISE EN ŒUVRE ?

	CSSS Vieille-Capitale	CSSS Memphrémagog	CSSS St-Jérôme	CSSS Alphonse-Desjardins	CSSS Etchemins
Champs d'application	La présente politique s'applique à l'ensemble des personnes qui œuvre au sein de l'établissement : gestionnaires, employés, médecins, sages-femmes, chercheurs, bénévoles, membres du conseil d'administration, etc. Elle vise également à faire connaître les orientations de l'établissement à ses partenaires et aux citoyens, leur permettant de s'associer au développement de l'ensemble des communautés du territoire.		Les gestionnaires, les médecins, les sages-femmes, tout le personnel et les bénévoles	La politique s'applique aux membres du conseil d'administration, à l'ensemble des gestionnaires, médecins, employés et bénévoles œuvrant au sein de l'établissement. Elle concerne également les acteurs dans les communautés, en tant que cadre du partenariat.	
Moyens d'actualisation	Le CSSS de la Vieille-Capitale s'engage à contribuer au DC de son territoire par : des activités d'appropriation de la politique pour tout le personnel du CSSS; l'élaboration d'un plan d'action; la mise sur pied d'une instance locale chargée de conseiller le conseil d'administration et la direction de l'établissement sur la mise en œuvre du plan d'action; le développement de partenariats en cette matière		Le CSSS de Saint-Jérôme s'engage à contribuer au DC de son territoire par : la réalisation d'activités d'appropriation de la politique pour tout le personnel du CSSS; l'élaboration et l'adoption d'un plan d'action où chacune des directions y indiquera les pistes d'actions qui seront mises de l'avant pour renforcer le soutien au DC; la mise sur pied d'un comité de suivi chargé de conseiller les directions de l'établissement sur la mise en œuvre du plan d'action	1) l'élaboration d'un plan d'action triennal 2) Le suivi de l'état d'avancement du plan d'action par le Comité d'actualisation de la responsabilité populationnelle 3) Des activités d'appropriation de la politique pour tout le personnel du CSSSAD 4) Une stratégie de communication interne et externe 5) le maintien et le développement de partenariats efficaces	1) faire du DC une priorité du CSSSE dans sa planification stratégique 2) créer un lieu d'échange, de coordination et de suivi sous la forme d'un comité de DC 3) élaborer un plan d'action 4) soutenir la mise en place de projets agissant sur des déterminants de la santé
Rôles et responsabilités	Détail des rôles et responsabilités du conseil d'administration, de la direction générale, des gestionnaires, des conseils professionnels et de toutes les personnes qui travaillent au CSSS de la Vieille-Capitale	La politique concernant le rôle du CSSSM en DC est adoptée et soutenue par le conseil d'administration et interpelle l'ensemble des secteurs et instances de l'établissement. La coordination des trois axes de développement incombe au comité de direction qui en fait le suivi périodiquement. Un comité de pilotage se rapportant au comité de direction du CSSSM sera formé. Le comité sera composé des personnes suivantes: DG, directrice PALV-DP, directrice de santé physique, la représentante de la Direction des ressources humaines, un organisateur communautaire	Détail des rôles et responsabilités du conseil d'administration, comité de direction, direction générale, comité de suivi, gestionnaires et toutes les personnes qui travaillent au CSSS de Saint-Jérôme	Détail pour rôles et responsabilités du CA, direction générale, directeurs et gestionnaires, direction générale adjointe aux communications et au développement des communautés, conseil professionnel, personnel, médecins et bénévoles	Détail des responsabilités du conseil d'administration, Direction générale, comité de DC, le personnel
Axes d'intervention		3 axes; responsabilité sociale d'entreprise (axe structurel), rôle de partenaire d'un développement global et local (axe intersectoriel), soutenir une prise en charge par les gens et leurs réseaux de leur propre état de santé (axe renforcement)			

COMMENT CETTE POLITIQUE SERA-T-ELLE MISE EN ŒUVRE ? (suite)

	CSSS Montmagny-l'Îslet	CSSS Thetford	CSSS Val-Saint-François	CSSS La Pommeraie	Centre de santé du Granit
Champs d'application		Les publics visés par la présente sont le conseil d'administration, les gestionnaires, les employés, les médecins et stagiaires du CSSS de la région de Thetford. Les partenaires du RLS sont également visés	Tous les cadres, tous les intervenants incluant les médecins et les bénévoles, tous les partenaires de la communauté		Les chefs de programmes, tous les employés, les médecins et les bénévoles
Moyens d'actualisation	1) Mise sur pied d'un comité de suivi composé, notamment, de la direction générale, des directions des programmes, de l'équipe d'action communautaire, des agentes en promotion de saines habitudes de vie et de l'agente d'information. Le comité siègera minimalement trois fois par année 2) Élaboration d'un plan triennal 3) Stratégie de communication du positionnement de l'établissement en matière de DC tant à l'interne qu'à l'externe	1) S'assurer que le comité vigie réseau se préoccupe du DC par l'adoption d'un plan local de soutien au DC incluant les partenaires du RLS 2) Mandater la Direction générale adjointe au déploiement et à la coordination de la politique de DC à l'intérieur de chaque direction réseau et collaborer avec le directeur concerné à identifier des projets pour chaque programme service favorisant le développement des communautés s'il y a lieu 3) Favoriser l'affectation de ressources du CSSS par secteur géographique 4) Soutenir et collaborer à des projets de DC provenant des partenaires 5) Susciter la réflexion auprès des partenaires du RLS au sujet d'une approche territoriale	1) Identifier un cadre responsable de cette politique 2) Inclure le DC dans les programmations et les planifications stratégiques de l'établissement 3) Recenser annuellement les projets en cours en DC auxquels s'associe le CSSS et les faire connaître à nos équipes 4) Incorporer le thème du DC dans les rencontres des équipes 5) Identifier avec nos équipes et nos partenaires des projets porteurs en DC 6) Échanger et se concerter avec les partenaires communautaires et intersectoriels 7) En intervention individuelle, incorporer aux plans d'interventions des solutions d'aide et de support avec le réseau naturel et avec la communauté 8) Soutenir l'équipe d'organisation communautaire, consolider son champ de pratique et mettre en lien avec les autres pratiques professionnelles 9) Participer aux plans d'intervention des organismes qui sollicitent notre contribution 10) Collaborer à la mise en place conjointe d'instances de concertation 11) Assurer une représentation auprès des principales instances de concertation intersectorielles de la MRC	1) Créer un lieu d'échanges, de coordination et de suivi sous la forme d'un comité de DC 2) Adopter un plan d'action en DC et l'évaluer annuellement 3) Inclure le DC comme élément de programmation de chaque équipe de travail concernée et identifier des projets d'équipe favorisant ce développement 4) Favoriser l'affectation de ressources par pôle de service, notamment en lien avec les Tables de DC 5) Incorporer le thème du DC dans les rencontres des équipes 6) Échanger et collaborer avec le partenaire communautaire sur une base formelle et régulière 7) Valoriser, en intervention individuelle, lors de l'élaboration des plans d'interventions et aux plans de services individualisés des solutions d'aide et de support avec le réseau naturel et avec les ressources communautaires locales 8) Participer aux plans d'action des organismes qui sollicitent notre contribution, des tables de DC et du Comité réseau 9) Soutenir les organismes locaux dans la mise en place de projets agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé	1) Créer un lieu d'échanges, de coordination et de suivi sous la forme d'un comité de DC 2) Adopter un plan d'action en DC et l'évaluer annuellement 3) Inclure le DC comme élément de programmation de chaque équipe de travail concernée et identifier des projets d'équipe favorisant ce développement 4) Identifier des projets de secteur favorisant le DC 5) Incorporer le thème du DC dans les rencontres des équipes 6) Incorporer le thème du DC dans les rencontres des équipes 7) Échanger et collaborer avec le partenaire communautaire sur une base formelle et régulière 8) En intervention individuelle, valoriser lors de l'élaboration des plans d'intervention et aux plans de services individualisés des solutions d'aide et de support avec le réseau naturel et avec les ressources communautaires locales 9) Participer aux plans d'action des organismes qui sollicitent notre contribution, des tables de DC et du Comité réseau 10) Participer aux plans d'action des organismes qui sollicitent notre contribution 11) Soutenir les organismes locaux dans la mise en place de projets agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé
Rôles et responsabilités	Détail des rôles et responsabilités du conseil d'administration, la direction générale, la direction des services dans la communauté, le comité de suivi et l'ensemble du personnel	Détail des rôles et responsabilités du conseil d'administration, de la Direction générale et de la Direction générale adjointe	Détail des responsabilités du conseil d'administration, de la direction générale, de la direction des services-conseils aux programmes, du personnel-cadre, des organisateurs communautaires et des intervenants.	Détail des responsabilités du conseil d'administration, de la direction générale, du comité local de DC, du personnel-cadre et du personnel.	Détail des responsabilités du conseil d'administration, de la direction générale, du comité local sur le DC, du personnel-cadre et du personnel
Axes d'intervention		Axe d'appropriation: une meilleure compréhension de l'état de santé et de bien-être de la population et de la structure socioéconomique ; Axe de participation aux instances de développement local ; Axe de renforcement des individus et des communautés			



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 