

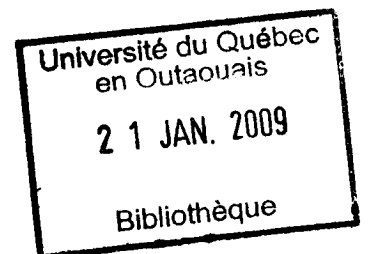
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

**LE SOUTIEN PROFESSIONNEL AU PROJET
ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ
COMME STRATÉGIE
DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS**

**ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL
PROFIL AVEC STAGE**

**PAR
DENISE DESJARDINS**

Décembre 2008



Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent aux organismes communautaires et publics du secteur Vieux-Aylmer de la ville de Gatineau. Ils m'ont permis de cheminer avec eux dans le développement de ce projet communautaire. J'aimerais remercier le personnel de ces organismes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et qui ont participé indirectement à la réalisation de mon projet.

Des remerciements particuliers à mon conjoint et mes enfants. Grand merci de savoir composer avec une retraitée étudiante et engagée. Je porte cette préoccupation du développement des communautés afin d'augmenter la qualité de vie de nos petits-enfants Ève, Camille, Julien, Ariane, Guillaume, Antoine, Océanne et Philippe. Je leur dédie affectueusement cet essai.

Je veux exprimer toute ma gratitude à Monsieur Denis Bourque, professeur titulaire au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. Sa rigueur intellectuelle, ses interventions valorisantes, sa grande disponibilité m'ont permis de réaliser toutes les étapes de mon cheminement universitaire.

SOMMAIRE

Cet essai propose une analyse exhaustive d'une pratique spécifique dans le domaine de l'intervention sociale: le projet *Écoles et milieux en santé*. Initié en 1997, dans la région de l'Outaouais, par l'Agence de santé et des services sociaux, ce projet s'est aussi implanté dans la région de Montréal depuis 2005. Le concept *Écoles et milieux en santé* s'inscrit dans un mouvement d'intervention sociale proposant des approches globales et intégrées afin d'augmenter la qualité de vie des jeunes. Répondant à une préoccupation similaire, en 2005, le Gouvernement publie l'École en santé, un guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires visant la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. En janvier 2006, les ministres concernés annoncent que l'approche École en santé fait partie de l'entente de complémentarité de services entre le réseau de la Santé et des Services Sociaux et le réseau de l'Éducation.

Cet essai décrit les interventions dans un milieu scolaire de l'Outaouais dans le cadre d'un stage de maîtrise en travail social sur le projet *Écoles et milieux en santé*. Il vise à démontrer comment ces interventions ont contribué au développement de la communauté et comment l'intervention professionnelle en organisation communautaire a été une condition facilitante. La comparaison est aussi faite avec le projet École en santé afin d'en démontrer les ressemblances et les différences.

L'essai comporte quatre parties. La première constitue le cadre théorique. La deuxième partie présente une description de l'intervention professionnelle en organisation communautaire dans le cadre d'un projet *Écoles et milieux en santé*. Le bilan de cette démarche est présenté dans la troisième partie. En quatrième partie, sont présentées des défis et des perspectives en travail social, en organisation communautaire au niveau de l'intervention, de la recherche, du perfectionnement et du transfert des connaissances.

En première partie, comme cadre théorique, les concepts de «développement des communautés» et de «l'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire» sont présentés et analysés.

Originant des États-Unis et de l'Europe à la fin du XIXe siècle, au Québec, c'est au cœur de l'organisation communautaire que se sont développées ces interventions ayant comme objectif des changements sociaux dans des communautés locales qui visent à réduire l'écart grandissant entre les riches et les pauvres, à développer des partenariats favorables à la prise en compte des différents besoins de la communauté et à améliorer la qualité de vie du milieu afin de développer et de maintenir la santé. Bourque et Favreau (2003a), Lachapelle (2004) adoptent dans leurs écrits la définition suivante donnée par l'Institut national de la santé publique (2002a) et reprise par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services Sociaux, en 2008, dans la mise à jour du Programme national de santé publique

Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction des 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. (p. 61).

Cette préoccupation de la santé, partagée par ceux qui interviennent surtout auprès des populations fragilisées, s'appuie sur la recherche actuelle qui démontre l'importance prépondérante des déterminants sociaux (revenu, scolarité, logement, environnement familial et social, emploi et milieu de travail, transport, cohésion et soutien social) afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Cette approche est officialisée dans le Programme national de santé publique 2003-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux de 2003 et sa mise à jour de 2008. Cette définition conduit à préciser deux autres concepts : développement et communauté.

Dans ce contexte, le développement prend origine dans le milieu qui, par voie d'initiatives diversifiées, tente d'améliorer ou de maintenir la qualité de la vie collective et individuelle en fonction de valeurs jugées prioritaires par ce milieu. Ainsi la dimension économique est subordonnée à la dimension sociale qui se préoccupe de l'environnement, de l'emploi, de la construction d'institutions démocratiques, de la culture et du partage de la richesse. Le concept de communauté ajoute la dimension territoriale car, dans cette approche, la communauté est un espace précis dans lequel une population habite et où les réseaux de relations entre les personnes et les groupes constituent un ensemble social organisé autour d'une appartenance commune.

S'inscrire dans un projet de développement d'une communauté, c'est prendre en compte toutes les facettes de son organisation sociale, communautaire et économique. L'Institut national de santé publique du Québec, Bourque et Favreau (2003b) ainsi que Lachapelle (2004), identifient les éléments centraux de cette approche :

- l'implication et la participation des différents acteurs du milieu et de la population, l'appropriation des problématiques spécifiques, l'apprentissage du processus de résolution des problèmes estimés les plus importants et l'application des solutions jugées les mieux adaptées;
- l'empowerment : le processus par lequel un individu ou une communauté s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer de façon autonome (Ninacs, 2002 a, p.49);
- la concertation et le partenariat : la concertation regroupe des partenaires volontaires et favorise le partage d'information, la recherche d'analyses communes, l'élaboration d'objectifs communs dans un but spécifique et a généralement une durée limitée. Le partenariat pose des exigences plus rigoureuses aux acteurs du milieu dans une relation d'échange structurée entre des composantes du réseau public et des composantes territoriales et communautaires. Le processus de mise en interaction, parfois dans une coopération conflictuelle, de tous ces partenaires avec leur expertise diversifiée, a un effet plus structurant pour le développement des communautés dans une perspective à moyen et à long terme. Les résultats sont alors la dimension visible et tangible de l'efficacité de cette stratégie. Selon cette conception, le partenariat est une recherche d'équilibre entre deux logiques : d'une part, la logique descendante par laquelle des organismes gouvernementaux imposent ou suggèrent des orientations et des pistes d'action, d'autre part la logique ascendante où des communautés expriment leurs besoins et élaborent des solutions dans une recherche d'autonomie.

L'approche socio-institutionnelle se situe alors en complémentarité avec l'approche du développement des communautés. Développée aux États-Unis depuis les années 1930 dans une approche de planning social, ce type de stratégie d'organisation communautaire s'est implanté au Québec à partir des années 1970. Aujourd'hui, elle prend différents visages selon qu'elle est axée sur l'expertise professionnelle ou sur le processus participatif. Si l'accent est mis sur l'expertise professionnelle qui identifie des problématiques et des

stratégies, le processus est externe aux communautés qui deviennent alors des instruments. Un tel processus ne favorise pas le développement des communautés. Par ailleurs, si l'accent est mis sur le processus participatif en mobilisant les acteurs qui s'influencent et négocient afin de faire les choix stratégiques pertinents et adaptés au milieu, ce processus génère davantage un véritable développement de la communauté en développant l'empowerment et l'appropriation du projet.

Le cadre théorique présente aussi une analyse comparative des projets *École en santé* et des projets *Écoles et milieux en santé* afin d'en faire ressortir les ressemblances et les différences de ces deux stratégies d'intervention auprès de jeunes de l'école primaire. Ces deux types de projets s'appuient sur les mêmes assises théoriques et visent à travailler sur des facteurs clés du développement des jeunes dans une intervention globale et concertée de tous les partenaires du milieu. La différence se situe au niveau de la stratégie de mise en œuvre. Ces deux stratégies illustrent les deux formes de l'approche socio-institutionnelle. La démarche *École en santé* s'inscrit davantage dans la stratégie de l'expertise professionnelle, de l'approche descendante, car les deux ministères québécois responsables du développement des jeunes ont mandaté des experts afin d'élaborer un programme ciblé qui doit être mis en place dans chaque milieu par les responsables locaux des ministères. Pour sa part, la démarche *Écoles et milieux en santé* est un processus basé sur la participation des différents acteurs dès le début et tout au long de la réalisation du projet. La priorité est donc placée sur le processus participatif, l'approche ascendante.

Le rôle de l'école est aussi très différent. Dans le premier, l'école est l'initiatrice; elle assume un rôle d'autorité et de décision dans le cadre de son projet éducatif et de son plan de réussite. La présence de partenaires du milieu est possible et souhaitable mais non essentielle. Dans le deuxième, l'école est un partenaire parmi d'autres; elle n'a pas de rôle prépondérant et elle doit faire consensus avec les autres. La présence de partenaires de la communauté, extérieurs à l'école, est aussi essentielle. En ce sens, les projets *Écoles et milieux en santé* favorisent davantage le développement de la communauté car il grandit au cœur et au rythme de la communauté.

La deuxième partie de cet Essai présente d'abord le projet *Écoles et milieux en santé* à l'école du Village dans le secteur Aylmer de la Ville de Gatineau qui a un contexte socio-économique particulier avec des poches de pauvreté dans un milieu réputé de classe

moyenne ou supérieure. L'Essai décrit les étapes de l'évolution du projet depuis 2001. Après l'étape de la mobilisation des partenaires, dès 2004, les problématiques du milieu sont identifiées et placées en ordre de priorité. De là découle un plan global d'intervention qui s'est réalisé sur une période de trois ans.

Cette partie décrit aussi l'intervention professionnelle en organisation communautaire qui s'est faite à toutes les étapes du processus. Une personne responsable, avec expérience dans le milieu scolaire et étudiante à la Maîtrise en travail social, a initié le projet à l'intérieur de son stage et par la suite a assumé l'animation et la coordination du projet, du début jusqu'à ce jour. La première étape fût la mobilisation de neuf organismes du milieu et la création d'un comité où chacun délèguait une ou plusieurs personnes. Dès le départ, un processus démocratique de prise de décisions est établi et maintenu jusqu'à la fin. Une autre préoccupation était le respect de l'autonomie de chacun des organismes participants. La gestion financière du projet était aussi assumée par le comité avec rigueur et transparence. L'équilibre entre la réflexion et l'action était aussi un autre défi constant à relever.

Trois autres facettes de cette intervention professionnelle sont présentées. L'implication de la personne responsable dans des activités initiées par l'un ou l'autre des organismes partenaires du projet favorise le développement de réseaux dans la communauté. Elle permet aussi d'informer les membres de ces comités du projet *Écoles et milieux en santé*, d'identifier des pistes de concertation et de maintenir la préoccupation du projet dans la communauté. La préoccupation du développement de l'empowerment est présente dans toutes les interventions de la personne responsable. Enfin, elle apporte un soutien technique à l'ensemble de la démarche.

Le bilan de la démarche de ce projet *Écoles et milieux en santé* constitue la troisième partie de cet essai qui répond à deux interrogations fondamentales.

1- L'intervention professionnelle en organisation communautaire peut-elle favoriser l'utilisation de l'approche socio-institutionnelle participative dans l'implantation des programmes développés par des institutions publiques? Élaboré en Outaouais à partir des années 1995, le projet s'inscrit dans l'approche socio-institutionnelle : son origine est donc extérieure à la communauté car il est proposé par la Direction de la santé publique qui veut

par ce moyen *faire la promotion de la santé et du bien-être et soutenir le développement des communautés* en misant sur l'expertise de professionnels qui cernent la problématique et proposent des solutions. Tout en voulant travailler en concertation avec les partenaires du milieu, dans cette approche, les acteurs et les communautés sont confinés aux rôles de consommateurs, d'utilisateurs ou d'exécutants. Toutefois, ce sont les modalités du processus d'implantation qui feront la différence entre une approche socio-institutionnelle technocratique et une approche participative. C'est cette dernière approche qui a été actualisée dans le projet présenté et analysé dans cet essai.

Le bilan de cette expérience permet de confirmer cette affirmation et d'en identifier les conditions de succès : la mobilisation des acteurs concernés par le développement des jeunes, le processus démocratique et participatif dans la prise de décision, les choix stratégiques faits par le comité garantissant la pertinence sociale du projet, les rapports de pouvoir égalitaires entre les partenaires, la flexibilité et l'ouverture du promoteur qui, tout en fixant un cadre, laisse au milieu le choix de ses modalités de travail et l'appropriation créative du projet par les acteurs concernés qui intègrent les activités du projet dans leur plan d'action en lien avec leur mission respective et la continuité dans le soutien par la présence de la même personne ressource tout au long du processus.

2- Le projet répond-il aux caractéristiques d'une stratégie favorisant le développement d'une communauté? L'historique du projet présenté plus haut permet de voir que le projet est une réponse à des besoins et des attentes déjà exprimés par le milieu. Une des forces du projet est l'implication de la plupart des organismes du milieu qui continuent leur engagement même avec la fin du projet. On note aussi un début d'implication citoyenne, même s'il reste beaucoup de développement à faire pour susciter la participation des parents et l'engagement des personnes de l'environnement immédiat. Le partenariat s'est développé au cours de la démarche et se poursuit. Des efforts constants ont été faits afin de développer l'empowerment mais les résultats sont difficiles à mesurer.

Ainsi les caractéristiques d'une stratégie favorisant le développement d'une communauté sont présentes, à des degrés variables, dans le projet *Écoles et milieux en santé*.

La quatrième partie de l'Essai esquisse les défis et les perspectives qui se dégagent de cette expérience. Considérant les difficultés rencontrées, il apparaît d'abord que la

caractéristique de la participation citoyenne dans le développement des communautés devrait être davantage cernée : quels en sont les niveaux? quelles sont les modalités pour la stimuler davantage? Un autre défi est de diffuser les résultats de cette expérience afin de susciter un partage d'idées et une réflexion chez les intervenants communautaires et chez les acteurs des autres projets *Écoles et milieux en santé*. Cet Essai ouvre aussi une perspective de recherche sur le rôle d'un directeur d'établissement scolaire dans la participation à des projets favorisant le développement des communautés quant au style de gestion et aux compétences les plus appropriées afin de favoriser l'ouverture de l'école sur la communauté et l'implication des organismes du milieu dans l'école. Enfin une autre perspective de recherche concerne l'impact sur le développement des communautés des programmes qui appliquent l'approche socio-institutionnelle de type participative en organisation communautaire. Considérant qu'il y a plusieurs programmes qui utilisent l'approche descendante, il serait intéressant de regarder les possibilités d'ouverture à une approche participative. L'utilisation de l'approche socio-institutionnelle de type participative dans l'implantation de programmes ciblés permettrait de mesurer l'impact de ces programmes sur le développement des communautés.

Table des matières

Sommaire	ii
Introduction	1
Première partie : Cadre théorique	4
1.1 Développement des communautés	4
1.1.1 Origine et pertinence	4
1.1.2 Définition et notions de base	6
1.1.3 Les caractéristiques de cette intervention	8
1.2 Approche socio-institutionnelle	17
1.3 Démarche École en santé et Projet Écoles et milieux en santé	20
Deuxième partie : Soutien professionnel et projet Écoles et milieux en santé	26
2.1 Projet Écoles et milieux en santé	26
2.1.1 Origine du projet	26
2.1.2 Problématique	28
2.1.3 Mobilisation des partenaires	29
2.1.4 Plan global d'intervention	31
2.1.5 Processus et résultats	38
2.1.6 Expertises	42
2.2 L'intervention professionnelle en organisation communautaire	43
2.2.1 Mobilisation des partenaires	44
2.2.2 Implication dans la communauté	47
2.2.3 Développement de l'empowerment	48
2.2.4 Soutien technique qu projet	49
Troisième partie : Bilan de la démarche	51
3.1 L'intervention professionnelle en organisation communautaire	51
3.1.1 Les caractéristiques	52
3.1.2 Les conditions de succès	54
3.1.3 Les facteurs de réussite	55
3.1.4 Autres facteurs qui favorisent la réussite	60
3.2 Le projet Écoles et milieux en santé et le développement des communautés	61
3.2.1 La participation citoyenne	61
3.2.2 La participation et l'implication des organismes	62
3.2.3 La concertation	63
3.2.4 Le partenariat	64
3.2.5 L'empowerment	64
3.3 Liens avec le projet de stage	65
3.4 Les apprentissages réalisés	67
Quatrième partie : Défis et perspectives	68
Conclusion	71
Références	72
Appendice A	75

Introduction

Cet Essai propose une analyse exhaustive d'une pratique spécifique qui se veut innovatrice dans le domaine social : le projet Écoles et milieux en santé. Depuis 1997, plusieurs milieux de l'Outaouais ont investi dans un tel projet. Chaque année, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, dans le cadre de son Fonds de développement social et milieux en santé subventionne quatre à cinq milieux qui sont à des étapes différentes de leur développement. Certains projets débutent alors que d'autres sont à la dernière année de la subvention. Le concept Écoles et milieux en santé s'inscrit dans un mouvement d'intervention sociale proposant des approches globales et intégrées afin d'augmenter la qualité de vie des jeunes. Ce type de projet est présent presque exclusivement dans la région de l'Outaouais. Depuis 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le propose sur son territoire. Elle le présente ainsi : « Cette démarche de concertation vise à rechercher une cohérence et une convergence des mesures offertes aux écoles dans l'esprit de l'approche Écoles en santé ». (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008, page 1).

Au même moment, préoccupé des liens entre la santé et la réussite scolaire, le Gouvernement du Québec forme un Comité National d'Orientation École en santé. En 2005, ce comité publie l'École en santé, un guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires visant la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. En janvier 2006, les ministres concernés annoncent que l'approche École en santé fait partie de l'entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. L'approche École en santé

est coordonnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du loisir et du sport, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. Ainsi, dans chacune des régions du Québec, un répondant par direction de santé publique et un répondant par direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport ont été nommés responsables de la mise en

œuvre de l'approche *École en santé*. (Fournier, Couillard et de la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la réadaptation, Delisle, lettre conjointe des ministres, 2006.)

Dans ce travail d'analyse se trouvent deux volets. Le premier volet, décrit une expérience terrain d'un projet Écoles et milieux en santé. De plus, cette partie présente une brève description d'un tel projet en le comparant avec une démarche École en santé. Ainsi il sera possible d'en dégager les ressemblances et les différences. Ces deux stratégies visent, comme but ultime, le développement des communautés. Ce travail doit identifier les éléments essentiels, les conditions et les facteurs qui permettent d'être reconnus comme des pratiques contributives au développement des communautés. L'analyse de l'expérience permettra d'établir des liens entre cette expérience et la recherche actuelle dans ce domaine.

Un deuxième volet, très relié au premier, vient compléter ce travail de réflexion : l'impact d'une intervention professionnelle d'organisation communautaire. D'une façon plus spécifique, cette réflexion mettra en évidence que l'approche socio-institutionnelle de type participatif peut permettre l'implantation de programmes de santé publique en favorisant le développement des communautés. Depuis le début du projet, soit 2003, une même personne assume la coordination de la mise en place et du développement du projet Écoles et milieux en santé. Une analyse plus approfondie permet de dégager les retombées positives de cette implication qui se situe dans le domaine des pratiques de l'organisation communautaire. Cet essai comporte quatre parties.

La première partie de l'essai présente le cadre théorique, c'est-à-dire le résultat de recherches sur des concepts, des approches, des stratégies et des démarches. Ainsi, sous forme de synthèse, il sera question du domaine du développement des communautés, de l'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire, du projet Écoles et milieux en santé et de la démarche École en santé.

La suite de l'Essai, dans sa deuxième partie, présente une description de l'intervention professionnelle en organisation communautaire dans le projet Écoles et milieux en santé du quartier numéro 1 de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village. Cette partie du travail présente aussi une description du projet réalisé dans le cadre d'un stage effectué à l'hiver 2007.

En troisième partie, ce travail de réflexion propose un bilan de cette démarche. Cette partie utilise les différents éléments de l'approche socio-institutionnelle afin de dégager les différentes facettes de l'intervention professionnelle en organisation communautaire. Aussi, à l'aide des différents concepts de la stratégie de développement des communautés, le projet Écoles et milieux en santé sera analysé. À la fin de cette partie des liens sont établis avec le projet de stage et les apprentissages réalisés sont présentés.

Une quatrième partie présente des perspectives en travail social en organisation communautaire au niveau de l'intervention, de la recherche, du perfectionnement et du transfert des connaissances.

Première partie : Cadre théorique

1.1 Le développement des communautés

Cette partie de l'Essai présente une synthèse des textes et ouvrages qui traitent des différents concepts associés au développement des communautés.

1.1.1 Origine et pertinence de l'approche

Depuis la fin du XXe siècle, l'approche de développement des communautés s'implante rapidement comme stratégie de développement social. Bourque et Favreau (2003) situent son origine aux États-Unis comme « stratégie économique de lutte contre la pauvreté, en particulier par la revitalisation des centres urbains des cités nord-américaines » (p. 297). En Europe, la Communauté Européenne prend l'initiative de projets visant le développement des communautés, cela donne une dimension politico-administrative au développement communautaire (Bourque et Favreau 2003b).

Dans la société québécoise, c'est au cœur de l'organisation communautaire que se sont développées ces interventions ayant comme objectif des changements sociaux dans des communautés locales. Pour les auteurs Bourque et Favreau le développement local de type communautaire

est une approche d'intervention qui, brièvement, se caractérise par la transformation des problèmes collectifs en projets collectifs par la mobilisation des communautés locales en partenariat avec les principaux acteurs des différents secteurs (santé et services sociaux, éducation, emploi, insertion socio-professionnelle, économie, municipalités, etc. (Bourque et Favreau, 2003b, p. 2)

Les motivations qui incitent les communautés locales à investir dans leur développement relèvent de plusieurs facteurs. Lachapelle (2004) en relève trois. D'abord, l'écart entre les riches et les pauvres ne cesse de s'agrandir, il faut donc travailler à modifier les choix sociaux effectués en période de croissance. Conscients que le développement est

davantage relié au processus économique plutôt qu'à l'injection monétaire pure et simple, les acteurs du milieu s'activent à développer des partenariats favorables à la prise en compte des différents besoins de la communauté. En dernier lieu, l'importance de la qualité de vie du milieu influence le développement et le maintien de la santé. La recherche actuelle démontre l'importance des interventions sur les déterminants sociaux afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. D'ailleurs la Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec dans leur Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Riches de tous nos enfants* (2007) affirment que « les multiples déterminants de la santé agissent en synergie et de façon cumulative au cours de la vie pour générer un ensemble complexe d'effets sur l'état de santé. » (p. 34). Cette position récente est en lien avec l'orientation donnée au cours de l'année 2000 par des chercheurs de l'Association pour la santé publique du Québec. Pour eux

les facteurs sociaux jouent donc un rôle fondamental dans le développement des personnes et des collectivités, tant en regard de l'amélioration du niveau de santé de l'ensemble de la population que d'un développement économique et un développement social durables. C'est donc en améliorant les conditions sociales (en agissant sur les facteurs sociaux) qu'on peut à la fois améliorer le niveau de santé, la qualité de vie et accélérer le développement économique. (Bélanger, Sullivan et Sévigny, 2000, p.13)

Cette position est reprise par l'Institut national de la santé publique du Québec et s'inscrit graduellement dans les préoccupations des organismes responsables de la santé publique au Québec. Au niveau local, « les CLSC sont tenus par la loi (Québec 2001) de mettre en œuvre, d'évaluer et de mettre à jour régulièrement, de concert avec les organismes communautaires, un plan d'action local de santé publique et dont le développement des communautés constitue l'une des stratégies de base ». (Bourque et Favreau, 2003a, p. 296). Sur le plan national le développement des communautés est officiellement une stratégie d'intervention présente dans le Programme national de santé publique 2003-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux de 2003. Dans les régions, les Agences régionales de services sociaux et de santé ont la possibilité d'identifier le développement des communautés comme un domaine d'intervention spécifique ou une « cible d'action transversale » (Lachapelle, 2004, p. 8). Une chose est certaine, cette préoccupation du développement des communautés est portée par une large part des acteurs qui ont la responsabilité d'intervenir auprès des populations fragilisées. Afin que cette stratégie

donne les résultats escomptés, certaines exigences sont essentielles à la mise en place d'un projet dont l'objectif est le développement d'une communauté.

1.1.2 Définition et notions de base.

L'utilisation du concept de développement dans la stratégie de développement des communautés en ce début du XXI^e siècle a besoin d'être précisé. Lachapelle (2004) présente brièvement différents projets associés au développement depuis l'après-guerre. L'échec de plusieurs de ces projets et la perception du développement comme idéologie oblige à préciser le sens donné à la stratégie de développement des communautés, à la réalité qu'elle rejoint et à définir l'approche qu'elle préconise. S'entendre sur une définition décrivant avec justesse et précision une réalité semble souvent un défi dans le monde de la recherche sociale. Pour le développement des communautés, la définition donnée par l'Institut national de la santé publique semble rallier la majorité des auteurs et acteurs qui se préoccupent d'intervention sociale. Bourque et Favreau (2003a), Lachapelle (2004) adoptent dans leurs écrits la définition suivante donnée par l'Institut national de la santé publique (2002a) et reprise par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services Sociaux, en 2008, dans la mise à jour du Programme national de santé publique :

Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction des 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. (p. 61).

Cette définition s'inspire d'une présentation de l'auteur David M. Chavis à l'Université du Québec à Montréal en avril 2000. C'est donc une définition nouvelle mais qui rallie rapidement les intervenants sociaux autant les praticiens que les chercheurs.

Cette définition comporte deux éléments essentiels : d'abord la notion de développement, ensuite le concept de communauté. La notion de développement qui semble faire l'unanimité est celle du Conseil de la santé et du bien-être de 2001 dans son rapport sur *L'appropriation par les communautés de leur développement*. Les auteurs Bourque et Favreau (2003a) et Lachapelle (2004) la citent et s'y réfèrent. Pour cet organisme québécois dont la mission est de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être par un travail d'analyse, de réflexion et de sélection d'interventions efficaces, «le

développement est un processus, une démarche par laquelle une communauté, par voie d'initiatives, tente de maintenir ou d'améliorer, selon les valeurs qu'elle juge prioritaires, les conditions de vie collectives et/ou individuelles » (cité dans Bourque et Favreau, 2003a, p. 297). Le développement doit nécessairement prendre son origine dans le milieu, ce qui lui donne un caractère endogène. Afin de bien cerner la recherche actuelle sur la dimension de développement, il est intéressant de prendre en compte les variables de Bartoli (1999) citées par Bourque et Favreau (2003b) et présentées dans le texte de Favreau et Fréchette (2002)

1) le social doit être au commande; 2) l'économie doit être considérée pour ce qu'elle est, un instrument de développement et non une fin; 3) l'environnement doit constituer une conditionnalité nouvelle dans les choix économiques qui s'opèrent; 4) la poursuite simultanée de quelques grandes priorités s'impose, notamment l'emploi, la construction d'institutions démocratiques et le partage de la richesse (p. 32)

Ces variables qui caractérisent le développement doivent se réaliser dans un milieu donné. C'est la dimension « territoire », deuxième volet du concept de développement des communautés. La communauté c'est un espace précis dans lequel une population habite, une ville, un village, un quartier, un arrondissement. En plus d'identifier un espace géographique, le territoire est un « espace habité où les réseaux de relations entre les personnes et les groupes constituent un ensemble social organisé autour d'une appartenance commune » (Lachapelle, 2004, p.5). Ces personnes, ces réseaux peuvent former une dynamique positive, favorable à la mise en place d'un projet innovateur de développement de cette communauté. Utiliser l'approche territoire favorise l'émergence d'activités qui interviendront de façon globale et intégrée en se préoccupant de tous les domaines d'activités : le social, l'économique, l'environnemental et le culturel. En analysant les enjeux des territoires, Carole Dane (2005) présente le travail dans un territoire comme « avoir un rendez-vous avec le passé enfoui et le futur lointain. C'est parler de sa destinée individuelle et de celle de l'humanité...Le territoire, ce n'est pas qu'un outil de la compétitivité économique; ce ne sont pas des schémas et des cartes. C'est la vie » (P. Calame, 1994, cité dans Dane, 2005, p. 9). S'inscrire dans un projet de développement d'une communauté c'est prendre en compte toutes les facettes de son organisation sociale, communautaire et économique. Travailler dans le développement des communautés exige donc un scénario d'intervention qui rejoint le milieu d'une façon particulière.

1.1.3 Les caractéristiques de cette intervention

Se préoccuper de développement des communautés suppose une approche stratégique ayant comme cible d'intervention la communauté. Les auteurs Bourque et Favreau (2003b) regroupent en quatre éléments les balises de cette orientation. D'abord, cette stratégie intervient au niveau local dans une démarche partant d'une volonté de changement de membres de la communauté. Ces membres et organismes de la communauté identifient les besoins et les ressources, mobilisent d'autres organismes privés, publics et communautaires afin de se concerter et de développer des partenariats. À l'intérieur de cette organisation, la participation citoyenne doit être à la base d'une démocratisation permanente qui favorise le changement social. Ce dernier se manifestera par le développement de nouveaux outils collectifs.

Ces résultats sont une co-production (citoyens, organismes communautaires, institutions, pouvoirs publics, etc.) qui cherchent à dépasser l'unique traitement des problèmes pour agir sur la promotion et de développement des milieux en misant sur les forces, le dynamisme, les compétences et la solidarité des communautés. (Bourque et Favreau, 2003b, p.7).

Ce style d'intervention comporte des caractéristiques qualifiées d'incontournables par Bourque et Favreau (2003b), Lachapelle (2004) et de centraux par l'Institut national de santé publique du Québec. D'abord l'implication et la participation des différents acteurs du milieu et de la population sont essentielles afin de provoquer une appropriation des problématiques spécifiques. Ainsi, la communauté apprend « à pouvoir régler les problèmes qu'elle estime les plus importants en appliquant les solutions qu'elle juge les mieux adaptées » (Bourque et Favreau, 2003a, p. 299). Les personnes responsables de l'intervention doivent développer un scénario qui favorise l'implication et la participation. Un premier volet est l'information. La mise en place d'une intervention dans un milieu doit manifester une certaine transparence afin que les acteurs du milieu, les citoyens et les citoyennes se sentent rejoints par le cheminement qui se met en place. Ce souci de transparence et d'information doit être présent durant toutes les étapes du projet. À cette première exigence s'ajoute la consultation. Cette deuxième facette est essentielle afin de d'atteindre et d'impliquer activement les membres de la communauté. Les responsables de l'intervention doivent bien préparer le plan de consultation afin qu'il rejoigne réellement les personnes concernées. Ainsi, des membres informés ayant participé à la consultation se sentiront concernés et outillés afin de s'impliquer dans les décisions qui les concernent.

À cette première caractéristique s'ajoute une deuxième caractéristique l'empowerment, ce sentiment de pouvoir, cette capacité d'agir est au cœur du développement des communautés. Vu l'importance de ce concept situons les aspects les plus importants trouvés dans la littérature. D'abord, regardons les éléments qui définissent le concept d'empowerment que certains auteurs nomment « pouvoir d'agir ». C'est le cas de Le Bossé et Dufort (2001), Deslauriers (2007). Cependant le terme empowerment sera utilisé dans ce travail « puisque son utilisation semble malgré tout toujours accepté par les milieux de recherche, d'enseignement et d'intervention sociale » (Richard, 2007, p.25). William A. Ninacs produit depuis plusieurs années des documents qui sont le fruit de sa recherche dans le domaine. Ses productions nous aident à définir le concept d'empowerment. Pour cet auteur québécois, «le terme «empowerment» identifie le processus par lequel un individu ou une communauté s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer de façon autonome» (Ninacs, 2002a, p.49). Cette définition comporte deux notions essentielles : notion de processus, notion de pouvoir. Regardons brièvement chacune de ces notions.

D'abord la notion de pouvoir, élément essentiel dans la réflexion sur l'empowerment. Ninacs (2002, 2003) dans ses écrits sur le concept, définit la notion de pouvoir en cette capacité qu'ont des personnes, des groupes ou des communautés à choisir sans contraintes entre au moins deux vrais choix, de transformer ce choix en décision et de travailler, d'agir en fonction de cette décision quelqu'en soient les conséquences. La recherche actuelle apporte des éléments nouveaux sur des caractéristiques de ce pouvoir. Deslauriers (2007) en collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir, associe le pouvoir du concept d'empowerment à ceux et celles qui choisissent «d'agir ensemble pour ébranler la structure qui les opprime. Cette autre conception a parfois été qualifiée de conscientisation (Freire, 1974)» cité dans (Deslauriers, 2007, p. 4). D'ailleurs, d'après Ninacs (2002a) la majorité des écrits sur l'empowerment cite des écrits de Paolo Freire, grand pédagogue brésilien préoccupé des personnes exclues et marginales. Cette conception du pouvoir est en opposition avec la conception dominante qui produit des rapports inégalitaires très présents dans nos sociétés modernes. Ce comité de travail ajoute deux éléments à cette notion de pouvoir. D'abord, que le pouvoir « peut se déplacer et se créer» (Deslauriers, 2007, p.4) et ce nouveau pouvoir d'agir se «rattache à la nouvelle attitude des citoyen-ne-s vis-à-vis la politique...défricher de nouveaux terrains d'action» (Deslauriers, 2007, p. 4). Cette conception du pouvoir se réalise par des interactions entre les personnes, les groupes,

les communautés. Cette interaction est une ressource essentielle au développement de l'empowerment.

En deuxième lieu, cette conception du pouvoir s'inscrit dans un processus dans lequel se développe la capacité de choisir et d'agir, les deux premiers éléments de la notion de pouvoir. Ninacs sépare le processus des résultats. Pour lui, la capacité d'agir est la dernière étape du processus. Élément capital pour la réalisation de toutes les étapes du processus : le temps. Pour Ninacs «on ne peut ni hâter ni forcer l'empowerment, on ne peut que le favoriser» (2002a, p. 62).

Ninacs (2002, 2003) décrit trois formes d'empowerment : l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. L'empowerment individuel est le processus par lequel une personne ou un groupe s'approprie le pouvoir. Des interventions doivent être faites sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. «Les composantes du processus s'entrelacent à l'image de quatre cordes, où chacune se renforce mutuellement» (Ninacs, 2002a, p.54). Au niveau de l'intervention, le texte de Ninacs (2002) précise des conditions qu'il juge essentielles dans une pratique sociale qui vise le développement de l'empowerment. D'abord, le but de la démarche doit viser la justice sociale, dans une orientation d'entraide entre les personnes par un processus de conscientisation. Les intervenants et intervenantes doivent croire dans l'autodétermination des personnes, utiliser la persuasion et avoir de l'empathie et de la compassion dans leurs rapports avec les personnes avec qui ils travaillent. De plus, il est essentiel de partager toute l'information et, ainsi outillées, les personnes impliquées peuvent participer pleinement aux décisions qui les concernent. Ninacs (2002a) en page 64 conclut en citant un autre chercheur qui affirme qu'

il faut dépasser la simple complicité entre le client ou la cliente et l'intervenant ou l'intervenante pour permettre à l'individu d'exercer un véritable pouvoir non pas seulement en fonction des objectifs visés par l'intervention sociale, mais aussi sur l'intervention en elle-même (Moreau, 1989, p.82).

La deuxième forme est l'empowerment communautaire. Dans un premier temps, précisons quel sens Ninacs donne au terme communauté. Dans son analyse «le mot «communauté» renvoie à un ensemble de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis qui ont une interaction sociale ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent » (Ninacs, 2003, p.29). Le processus doit permettre à une communauté

et ses membres de cheminer à travers quatre dimensions importantes dont les indicateurs sont donnés par Ninacs dans sa thèse de 2002a en page 66 :

- a) la participation de tous les membres de la communauté, surtout les plus démunis, ainsi que tous ceux et celles qui participent à l'organisation de la communauté et à ses différents systèmes. S'assurer d'une équité dans la redistribution du pouvoir;
- b) l'imputabilité c'est-à-dire l'obligation des systèmes à rendre des comptes. Ainsi, lorsque les membres de la communauté participent à l'évaluation des programmes, des plans d'action ou d'objectifs élaborés avec eux, cet exercice favorise le développement de compétences et d'un sentiment d'efficacité chez les membres et au niveau de la communauté.
- c) la communication permettant des interactions positives et l'expression de points divergents dans la confiance, la circulation large, libre et efficace de l'information générale, l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques, la transparence des processus décisionnels;
- d) la gestion du changement et des traditions dans une communauté favorise le développement d'un sentiment d'appartenance à la communauté et un sentiment d'agir sur des questions qui touchent la société dans son ensemble.

Pour Ninacs (2002a) les intervenants et les intervenantes qui veulent travailler sur l'empowerment communautaire adoptent les pratiques de l'organisation communautaire. L'empowerment organisationnel, troisième type d'empowerment, est un concept développé depuis des écrits subséquents. Ninacs (2003) identifie deux dimensions à l'empowerment organisationnel. D'abord, l'organisation permet aux personnes membres et aux autres personnes qui participent aux activités de développer leur empowerment. L'organisation est donc le lieu d'empowerment pour la communauté. En deuxième lieu, c'est «le cheminement propre aux organisations ...opère, lui aussi sur quatre plans : la participation....les compétences...la reconnaissance...la conscience critique» (Ninacs, 2003, p.31-32).

Avant de terminer cette brève synthèse sur le concept d'empowerment, il est essentiel de relever quelques éléments de la production du *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif*, (Deslauriers, 2007). En collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir d'agir, cet auteur vient soutenir les intervenants et les intervenantes du milieu communautaire. L'intérêt de ce document est de poser un regard neuf sur certains aspects du concept d'empowerment ou du pouvoir d'agir, de préciser de

nouveaux liens et de développer un cadre de référence pour l'intervention. Ainsi, le comité fait le lien entre empowerment et participation, cette dernière est présentée comme «la sœur siamoise de l'empowerment» (Deslauriers, 2007, p.2). Une nouvelle vision du processus du pouvoir d'agir est développée : un mouvement ascendant et un mouvement descendant (Deslauriers, 2007, p.6). Deux parties du document semblent novateurs : les étapes de l'action et les niveaux du pouvoir d'agir. Le document remet en question la vision progressive et linéaire, partagée par plusieurs auteurs dont Ninacs, du processus d'empowerment : individuel, communautaire, organisationnel. L'appropriation du pouvoir d'agir peut se développer dans une activité de groupe, une activité communautaire, une activité collective. Du moment qu'une personne s'implique dans une activité, elle peut développer des habiletés qui favorisent l'augmentation de son sentiment de compétence et graduellement son empowerment. Pour ce groupe de recherche il est clair que

l'individu n'est pas condamné à demeurer seul, que l'intervention communautaire comporte un aspect personnel, que le travail de groupe peut faire le pont entre le changement personnel et collectif. (Deslauriers, 2007, p. 11).

En proposant un cadre de référence en regard de l'empowerment ou du pouvoir d'agir, aux intervenants et aux intervenantes qui interviennent dans l'organisation communautaire, les membres du Comité sur l'appropriation sur le pouvoir d'agir offrent un outil qui fera avancer la réflexion sur les éléments essentiels au développement du processus.

À ces deux premières caractéristiques de l'intervention dans le développement des communautés, l'implication et la participation ainsi que l'empowerment, s'ajoutent la concertation et le partenariat. Ces deux termes sont souvent considérés comme des synonymes. En regardant de près les expériences de concertation et de partenariat, ces deux modalités de regroupement des partenaires d'un milieu ont des exigences différentes. En général, la concertation favorise des projets ponctuels regroupant quelques partenaires d'un milieu. Ces acteurs du milieu s'engagent dans un processus volontaire par lequel ils cernent un problème, mettent en commun des ressources et développent un plan d'action. La concertation « passe par le partage de l'information, la recherche d'analyses communes, l'élaboration d'objectifs communs, chaque secteur demeurant libre de ses gestes. Elle s'arrête au moment où l'on choisit de se retirer. » (Lachapelle, 2004, p.11). L'origine de ces concertations est souvent une subvention spécifique. L'exemple du Fonds Jeunesse du gouvernement du Québec au début des années 2000 a favorisé des concertations

intéressantes avec plusieurs acteurs du milieu dont le monde scolaire était le pivot central. Il y avait un début et une fin et ces concertations étaient peu structurantes pour les communautés. Cependant, certains projets ont permis des rapprochements entre certains organismes communautaires du milieu et les organismes publics responsables de gérer cette subvention.

Le partenariat pose des exigences plus rigoureuses aux acteurs du milieu. Bourque dans sa thèse de doctorat en 2002 propose une définition du partenariat dans le domaine de la santé qu'il cite dans son texte de 2007. Pour lui « il s'agit d'une relation d'échange structurée entre, d'une part, une ou des composantes du réseau public (agence régionale, établissement) engagés dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services. » (p. 298). En plus de prendre différentes dimensions, les pratiques de partenariat visent des objectifs différents selon qu'elles interviennent au niveau d'une problématique, d'une clientèle particulière, d'un territoire, etc. D'après Bourque (2007) « Le partenariat territorial est particulièrement intéressant du point de vue du développement des communautés, car il favorise une approche globale du milieu (dans ses dimensions sociales et économiques) et permet une action aussi globale du milieu et donc moins sectorisée. » (p. 299). Ce type de partenariat exige la participation de tous les acteurs du milieu et favorise l'implication des partenaires des autres secteurs que la santé et l'éducation qui sont souvent la porte d'entrée des nouveaux projets favorisant l'ouverture à la dimension communautaire.

Dans leur texte Bourque et Favreau (2003a) présentent une synthèse intéressante du développement des communautés. Pour eux

toutes formes d'action communautaire structurée dans un territoire local qui, par la mobilisation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, ciblent des problèmes collectifs et dont les résultats auront un impact positif sur les conditions et la qualité de vie (p. 300)

Cette définition met en évidence deux dimensions du développement des communautés : le processus et les résultats. Le processus, c'est l'action par laquelle les acteurs et les citoyens se mettent graduellement en mouvement, apprennent à exercer du pouvoir sur leur devenir. « En développement des communautés, on intervient surtout sur le processus pour le stimuler au début, le supporter par la suite, et l'enrichir de contenus et d'expertises en cours de route. » (Bourque, Favreau, 2003b, p. 14). Le processus est la dimension la

plus importante dans l'intervention qui vise le développement des communautés car elle nécessite l'implication citoyenne. Sans cette implication il y a de fortes chances que les résultats ne répondent pas aux besoins des membres de la communauté. Les résultats sont la dimension visible et tangible de l'efficacité de cette stratégie. Elle représente le plan d'action, les moyens, les actions que se donne un milieu afin d'assurer son développement. Cependant, comme l'emphase est mise sur le processus et nécessite du temps pour se développer, il est difficile prévoir à long terme des objectifs précis et mesurables.

S'en tenir aux éléments qui précèdent comme synthèse de l'intervention en développement des communautés présenterait un portrait incomplet de cette pratique sociale qui met en relations les différents acteurs d'un milieu donné. Que ceux-ci travaillent en concertation ou en partenariat, la démarche n'est pas neutre, c'est « un mode de gestion des rapports de pouvoir » (Lachapelle, 2004, p. 11). Il serait utopique de croire qu'il est possible de regrouper différents acteurs d'un même milieu et que le processus mis en place se vive sans conflits ou désaccords. Bourque (2007) parle de coopération conflictuelle qu'il définit

comme un mode de relation basé sur la collaboration critique (Fournier *et al.*, 2001) et comme une stratégie souple qui implique la création d'alliance lorsque cela est possible, et le recours au conflit lorsque nécessaire pour augmenter le pouvoir d'influence. La coopération conflictuelle suppose donc la reconnaissance des tensions et conflits existants entre les partenaires. (p. 299).

Selon les auteurs Bourque et Favreau certaines « conditions opérationnelles » sont essentielles dans l'intervention en développement des communautés afin que les démarches se vivent d'une façon harmonieuse, efficace et favorise le développement de la communauté. La première est l'addition des expertises (Bourque, Favreau, 2003a, 2003b). L'expertise des CLSC en développement des communautés s'est développée depuis plus de trente ans au Québec. Déjà en 1993, Favreau et Hurtubise dans une recherche sur la contribution de l'organisation communautaire des CLSC à la vie des communautés concluaient en ces termes :

On n'y échappe pas, par l'intermédiaire de l'organisation communautaire principalement, le CLSC demeure un des leviers importants du « communautaire » dans des communautés locales qui cherchent à s'organiser. Mieux, la conclusion d'une recherche précédente à l'effet qu'il est un

levier permanent de nombreux groupes populaires et communautaires (Favreau, 1989 : 51-97) s'est trouvée confirmée par la présente étude. (Favreau et Hurtubise, 1993, p. 170)

La majorité des auteurs s'entendent sur le rôle important de l'organisation communautaire des CLSC dans le développement d'une grande partie du mouvement communautaire au Québec. Ainsi, les organisateurs et organisatrices communautaires ont développé une expertise au niveau du processus en développement des communautés. En 2001, cette expertise est reconnue par le Conseil de la Santé et du bien-être (CSBE) en précisant le rôle des CLSC dans le développement des communautés.

La deuxième expertise est reconnue pour son apport au niveau du contenu et des connaissances, ce sont par exemple les Directions régionales de la santé publique et leur équipe de professionnelles et professionnels. Leur contribution concerne les connaissances qu'ils ont de l'état de la santé de la population sous toutes ses facettes, l'identification des pistes de travail afin d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population et des programmes à développer afin de rejoindre les objectifs fixés. Offrant son expertise aux milieux dont elle a la responsabilité, la Direction de la santé publique doit soutenir « l'évaluation des projets de développement des communautés sur le plan du processus et des résultats, » (Bourque, Favreau, 2003a, p. 301) et s'impliquer dans « le soutien technique et financier aux nouveaux projets de développement et à ceux existants, etc. » (Bourque, Favreau, 2003a, p.301).

La troisième expertise est présente dans la communauté, c'est l'expertise des citoyens et citoyennes du milieu. Cette expertise se développe par l'implication des personnes dans la définition des besoins, des moyens pour améliorer la situation problématique et dans l'élaboration du plan d'action. « La reconnaissance de l'expertise citoyenne devient une condition de l'appropriation par les communautés de leur développement. Mais cette appropriation peut se renforcer de la contribution adéquate des expertises de processus et de contenu » (Bourque, Favreau, 2003a, p.301). Il est certain que l'addition de ces trois expertises favorise grandement le développement des communautés, on pourrait même affirmer que cette addition des expertises est essentielle.

Le regroupement de ces trois expertises nécessite un apprivoisement et le développement d'une complicité dans l'intervention car les acteurs du milieu possèdent une analyse pointue de la communauté et de ses besoins. Dans la littérature les auteurs nomment ce type de rapport « dynamique paradoxale des rapports public-communautaire » (Bourque, 2007, p. 300). Les auteurs Bourque (2007) Bourque et Favreau (2003) s'inspirent du travail de Duperré (1992) pour présenter le premier niveau de paradoxe. Ce dernier

estime que le partenariat est le résultat d'une logique descendante (politique de recours aux communautés en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences régionales, des directions de la santé publique) et d'une logique ascendante (demande d'autonomie et de pouvoir des acteurs sociaux dont les organismes communautaires. (Bourque, 2007, p. 300)

Ces deux logiques se rencontrent à la verticale. En poursuivant leurs recherches, les auteurs raffinent l'analyse de ces deux logiques dans lesquelles se développe le partenariat. D'après Lamoureux (1994) cité dans Bourque (2007), la logique descendante est confrontée à deux logiques qui s'opposent à l'horizontale: l'État qui impose, par ses experts, des programmes à implanter dans les communautés afin de travailler sur des objectifs pré-déterminés est en opposition à une orientation qui vise à ce que les communautés se prennent en main afin d'identifier leurs besoins et les interventions à mettre en œuvre afin de répondre aux besoins. Une même opposition se trouve dans la logique ascendante entre ce désir des communautés d'être autonome dans son développement et son grand besoin d'établir des partenariats avec les institutions publiques de la logique descendante qui sont la source de subventions permettant la survie des organismes communautaires. « Ainsi, le partenariat ne peut être posé en termes dichotomiques ou tout est blanc ou noir. En effet, il est porteur de plusieurs sens souvent paradoxaux et même contradictoire puisqu'il s'inscrit simultanément dans des logiques différentes » (Bourque, 2007, p.300). Le développement des communautés, l'organisation communautaire des CLSC se trouvent donc à l'interface des deux logiques descendante et ascendante. Un processus de compromis doit donc se développer entre les demandes des acteurs du milieu et les objectifs des institutions. L'approche socio-institutionnelle présentée dans la partie suivante offre un « modèle de pratique professionnelle » (Bourque, Lachapelle, 2007, p.101) permettant le développement des forces des communautés dans l'utilisation des programmes issus des institutions.

1.2 Approche socio-institutionnelle

La publication en 2007, d'un texte de Bourque et Lachapelle « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire » propose une réflexion intéressante et des indicateurs du processus d'organisation communautaire qui doit composer avec des programmes institutionnels et les besoins d'une communauté. Dans la majorité des cas, les projets ou les programmes ciblés proposés par les institutions nécessitent la collaboration avec les organismes communautaires du milieu. Cette collaboration est rendue nécessaire car graduellement le développement des communautés est identifié comme mesure de promotion de la santé et du bien-être. D'après les auteurs, l'approche socio-institutionnelle existe aux Etats-Unis depuis 1930, au Québec depuis les années 1970 en lien avec la mise en place du réseau public de santé et de services sociaux. Il associe cette approche au planning social de la typologie de Rothman (1970). En 2003, Favreau et Fréchette nomment cette nouvelle approche. Ils en précisent l'origine :

Au Québec, historiquement, c'est d'abord avec les Conseils de développement social dans les années 60, puis avec les services sociaux et de santé publics de proximité soit les CLSC dans les années 70, que commence véritablement la pratique à grande échelle de ce type de stratégie d'organisation communautaire.

(Favreau et Fréchette, 2003, page 15)

À première vue, il est possible de catégoriser les démarches selon le point départ, c'est-à-dire de l'institution ou du milieu. Le texte de Bourque et Lachapelle permet d'avoir un regard plus ouvert à la pertinence de l'une ou l'autre des démarches et du jumelage des deux. L'intérêt de l'approche socio-institutionnelle est de reconnaître l'implication des individus et des organismes comme essentielle au succès des projets développés dans le milieu.

Ainsi, l'approche socio-institutionnelle prend différents visages selon qu'elle est axée sur l'expertise professionnelle ou sur le processus participatif. En fait, il existe sur le terrain une tension entre les tendances technocratique et participative qui sont présentes et cohabitent au quotidien. Le recours à la notion d'approche socio-institutionnelle permet de dépasser la polarisation entre les initiatives qui « viennent d'en haut » (*top down*) et celles issues des milieux (*bottom up*), en offrant des indicateurs pour assurer qu'il s'agisse bien du processus d'organisation communautaire. (Bourque et Lachapelle, 2007, page 102-103).

Dans la première partie du texte, les auteurs présentent les grandes lignes de l'approche socio-institutionnelle technocratique. Pour eux, les utilisateurs de cette approche sont des professionnels qui ciblent une problématique, identifient l'intervention à réaliser dans le milieu afin de répondre aux besoins des personnes.

Le planning social se définit donc par le recours aux experts qui possèdent des compétences scientifiques pour identifier les problèmes et recommander l'action la plus appropriée pour résoudre des problèmes ciblés. Il met l'accent sur un processus technique de résolution de problèmes collectifs. (Bourque et Lachapelle, 2007, page 104)

Cette intervention s'initie à l'extérieur du milieu, est définie par des experts et relègue les utilisateurs et utilisatrices dans un rôle de consommateurs ou consommatrices. Conséquemment, la critique la plus importante c'est de ne pas favoriser la transformation sociale et de ne pas développer l'empowerment des communautés.

Les auteurs font une critique du courant des meilleures pratiques à partir duquel sont choisis et élaborés les objectifs de plusieurs programmes de santé publique. Les principales critiques de ces programmes sont les suivantes :1) ils s'appuient uniquement sur des recherches publiées; 2) ils ne tiennent pas compte du milieu, en général les recherches publiées sont américaines et anglaises; 3) ils font peu ou pas de place aux intervenants du milieu, donc uniformisation et standardisation des pratiques 4) ils sont basés sur des recherches dont la validité interne est assurée mais dont la généralisation n'a pas été validée.

Ils terminent cette première partie, en présentant des éléments qui pourraient expliquer l'échec de plusieurs programmes : l'imposition normative au niveau scientifique et le peu de connaissance expérientielle dans le domaine d'intervention de la part des experts, les particularités et la méconnaissance du lieu d'intervention; la complexité des problèmes collectifs et l'interrelation entre les problèmes multiples des personnes et des communautés ce qui augmentent la difficulté de travailler par cible. De plus, l'incertitude des résultats ne favorise pas la réussite de ces programmes.

Dans la deuxième partie du texte, les auteurs présentent une synthèse de la recherche actuelle sur l'approche socio-institutionnelle participative. Ils énumèrent les conditions de succès de cette approche d'après Bilodeau, Chamberland et White (2002). Les quatre

premières qui se dégagent cette recherche sont : « la mobilisation des acteurs....sur des choix stratégiques...en position d'influence et de négociation...dans un processus participatif » (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 108). À ces premières conditions, les auteurs en ajoutent quatre autres:

5. la pertinence sociale du projet ou du programme;
6. la flexibilité et l'ouverture du promoteur;
7. l'appropriation créative du projet ou du programme par les acteurs concernés;
8. la constance du soutien organisationnel et professionnel manifestée par l'instigateur du programme. (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 108-109).

Dans ce processus, les auteurs identifient trois types de contribution : l'expertise scientifique, la compétence des intervenants quant au processus d'action communautaire et la légitimité citoyenne. Les défis que pose cette approche sont la participation citoyenne et une plus grande place à la démocratie.

En troisième partie, les auteurs associent la concertation et l'intersectorialité à l'approche socio-institutionnelle. Pour eux, ces deux façons de regrouper les acteurs d'un milieu permettent de travailler plus efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être. Ces tables de concertation intersectorielle favorisent le dépassement des cadres institutionnels et permettent de s'insérer dans les communautés. Les auteurs citent

Jetté et Mathieu (1999, p.54) qui estiment que ces pratiques « se révèlent (...) plus qu'une simple mode circonstancielle liée à des contraintes financières, mais aussi, un engagement stratégique indispensable au renouvellement des solidarités à partir duquel on veut dynamiser le développement des communautés sur le plan local, régional et national. (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 112)

Les tables intersectorielles s'établissent à divers niveaux d'organisation : l'international, le national, le régional et le local. À chacun de ces niveaux les objectifs de travail seront différents. Ainsi, une table intersectorielle, à un niveau donné pourra réunir plusieurs missions de l'État (santé, éducation, emploi, etc.), plusieurs problématiques (pauvreté, décrochage scolaire, etc.) et une diversité d'acteurs concernés (public, privé, communautaire, etc.). Le programme national de santé publique met en évidence l'importance de développer des tables intersectorielles. Cependant, « leur efficacité tient à leur capacité de concentrer les ressources pour répondre à des besoins criants et de recréer

une certaine globalité de l'approche en favorisant la continuité entre divers acteurs sectoriels » (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 112-113).

La définition de la concertation retenue par les auteurs est celle donnée en 1999 par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Elle est définie comme

un processus formel de gestion et de coordination auquel adhèrent sur une base volontaire un ensemble d'agents autonomes en vue de préciser des objectifs communs et d'en favoriser l'atteinte par l'harmonisation de leurs orientations, de leurs stratégies d'intervention et de leurs actions.
(Bourque et Lachapelle, 2007, p. 113).

Ainsi, une table de concertation s'organise par une démarche de réflexion dans laquelle s'engagent les différents partenaires. Au début, les activités doivent permettre de se donner une vision commune des besoins et des ressources du milieu. Tout au long de la démarche chaque acteur doit pouvoir prendre des décisions au nom de son organisme et demeurer libre de son implication en lien avec la mission de son organisme. En cours de cheminement, les activités doivent favoriser la confiance entre les acteurs et la transparence dans l'implication. Ainsi, les consensus seront plus faciles à établir et les partenariats plus réels.

Tout au long du texte les auteurs portent la préoccupation de la place et le rôle de la communauté et des membres de cette communauté dans son développement social. Ils terminent en identifiant l'enjeu actuel pour l'organisation communautaire : « un débat éthique et politique sur la place et le rôle des citoyens et des communautés » (Bourque et Lachapelle, 2007, p.117).

1.3 Démarche École en santé et Projet Écoles et milieux en santé

La lecture des différents documents produits par les organismes initiateurs des projets *École en santé* et *Écoles et milieux en santé* permet de cerner les ressemblances et les différences de ces deux stratégies d'intervention auprès des jeunes de l'école primaire.

Au niveau des assises théoriques et des expériences réalisées dans d'autres milieux, on retrouve les mêmes sources : Organisation Mondiale de la Santé, Comprehensive School Health, Approche globale de la santé en milieu scolaire, etc. Les éléments de référence étant les mêmes, les deux stratégies s'inscrivent dans l'axe d'intervention qui préconise des

actions touchant la promotion de la santé et du bien-être et la prévention. Les deux projettent de travailler sur des facteurs clés du développement des jeunes dans une intervention globale et concertée de tous les partenaires du milieu. La concertation est donc essentielle à la mise en place des deux stratégies.

Bien qu'à première vue, les deux stratégies semblent viser le même but, certains aspects mettent en évidence des différences importantes entre une démarche qui s'inscrit dans le courant québécois d'*École en santé* et un autre projet qui est connu sous l'appellation *Écoles et milieux en santé* vécu plus particulièrement en Outaouais.

La première différence se situe au niveau du point de départ ou d'ancrage du projet. La démarche d'*École en santé* s'inscrit dans une entente de complémentarité de services, signée en 2003, par les ministres québécois de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Cette entente vise le développement des jeunes par trois axes d'intervention dont celui de promotion de la santé et du bien-être et de la prévention. Cette intervention est nommée « *approche École en santé* ». De plus, ce type d'intervention se trouve dans le Programme national de santé publique du Québec 2003-2012.

Quant au projet *École et milieux en santé*, il se développe dans un milieu lorsque des partenaires décident de travailler ensemble à un projet « de promotion de la santé et de développement social, qui touchent les thèmes de la jeunesse...l'action intersectorielle est privilégiée car elle s'appuie sur la participation, « l'empowerment » et le partenariat » (Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, 2005, p.5). Ainsi, un tel projet manifeste une volonté de travailler dans un milieu donné, d'avoir une action collective sur les déterminants de la santé des jeunes. Cette première distinction est fondamentale puisqu'elle identifie l'implication des différents partenaires du milieu dans la réalisation de l'un ou l'autre des projets mais de manière différente et avec des perspectives différentes. Ainsi, dans un projet *Écoles et milieux en santé*, l'école est centrée sur les apprentissages et le soutien des activités présentes dans le milieu. Les organismes du milieu, eux, favorisent la mise en place de structures et d'activités favorisant le prolongement des apprentissages réalisés dans le milieu scolaire.

Une deuxième différence concerne le rôle attribué à l'école. Dans une démarche *École en santé* il est clairement énoncé que l'école « assume un rôle central et peut compter sur la collaboration de CSSS » (Gouvernement du Québec, 2005a, p.12). L'école est donc responsable de mettre en place le processus. Cette concertation aura la dimension qu'elle veut bien y donner et les partenaires du milieu pourront participer selon les orientations pré-établies par ces organismes qui acceptent de participer à la démarche *École en santé*. Le secteur de la santé et des services sociaux offrira des ressources mises en place par les orientations dans le projet clinique du CSSS. Les autres secteurs, communautaire, municipal, socio-économique, pourront collaborer si les demandes de l'école sont en lien avec leur programmation et les activités déjà planifiées.

Alors que dans une démarche *École en santé*, l'école est identifiée comme porte d'entrée pour travailler à la promotion de la santé et du bien-être et de la prévention chez les jeunes, dans un projet *Écoles et milieux en santé*, l'école est un des partenaires. Un tel projet exige la mobilisation des différents partenaires du milieu. L'intersectorialité est essentielle à l'acceptation et au développement du projet. En adhérant aux orientations générales du projet, chacun des partenaires s'engage à travailler dans le milieu selon cette orientation en ajoutant des objectifs qui découlent de cette orientation. Il est certain que chaque organisme doit respecter sa mission dans le milieu et tenir compte de ses ressources humaines et financières. Donc, l'école exerce un pouvoir différent selon qu'elle s'implique dans une démarche ou dans un projet. Dans la démarche *École en santé* la personne à la direction de l'école avec son personnel possède le pouvoir de choisir les dimensions du plan d'action afin de répondre aux besoins des jeunes qui fréquentent l'école. Dans le projet *Écoles et milieux en santé* l'école est l'un des partenaires et n'a pas de droit de veto.

L'implication des différents partenaires influence la démarche opérationnelle par laquelle sera réalisé le projet. Ainsi la démarche ou le processus proposé par le guide *École en santé* et celui *Écoles et milieux en santé* diffèrent sous quelques aspects, c'est une troisième différence. D'abord, *Écoles et milieux en santé* pose l'exigence d'une collaboration intersectorielle ce qui nécessite une analyse des dimensions économique, culturelle, politique et organisationnelle du milieu. Par la suite, il s'agit d'identifier et de mobiliser les principaux acteurs afin d'établir un consensus sur les valeurs, les orientations, les buts poursuivis et les responsabilités de chacun des acteurs. Ces étapes du processus

permettront l'élaboration d'un plan global intégré d'intervention comprenant les objectifs, les actions, l'apport de chacun des partenaires, l'échéancier et des pistes d'évaluation. Ainsi, le Comité *Écoles et milieux en santé* exerce un réel pouvoir sur toutes les étapes de son processus y compris les cibles d'intervention. Une démarche *École en santé* s'inscrit dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école et dans le Projet clinique du CSSS qui comprend le plan d'action local de santé publique. Ainsi, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le Ministère de la Santé et des Services sociaux établissent un cadre pour le choix des cibles d'intervention à privilégier à l'école. Selon cette orientation, les principes qui sous-tendent la démarche sont l'accompagnement des intervenants, la collégialité dans un rapport de réciprocité entre les différents partenaires, la différenciation et l'adaptation dans les interventions. Toutes ces étapes de la mise en place d'une démarche, les cibles à privilégier et les modalités de réalisation sont définies par le guide préparé à l'intention de l'école et de ses partenaires. Dans les deux cas l'école possède une marge de manœuvre. Dans le projet *Écoles et milieux en santé*, elle est partie prenante des décisions. La place et les responsabilités qu'elle assume lui appartiennent. Pour ce qui est de la démarche *École en santé*, l'école n'est pas tenue à s'inscrire dans une telle démarche, elle y est conviée. Toutefois, elle peut y donner la dimension jugée adéquate pour répondre aux besoins des jeunes qui fréquentent l'école. Elle a donc aussi une marge de manœuvre.

L'imputabilité de la démarche *École en santé* appartient au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier devra faire une reddition de comptes en regard de cette mesure retenue dans le Programme national de santé publique de 2003-2012. Alors que l'école est responsable d'amorcer le processus, le CSSS doit répondre de la mise en place de la démarche. Cette responsabilité de l'école est inscrite dans la mission de l'école : *Instruire, Socialiser et Qualifier*. Les responsables des établissements d'enseignement doivent découvrir dans leur volumineuse documentation le rôle de l'école dans la promotion de la santé et du bien-être et de la prévention. Actuellement, il y a peu d'indices que le monde scolaire intègre d'une façon explicite et volontaire ce rôle qui se dégage de sa mission.

École en santé et *Écoles et milieux en santé* s'inscrivent dans l'approche socio-institutionnelle du développement des communautés. Ces deux stratégies illustrent d'une façon intéressante les deux formes prises par cette approche dans le développement d'un

projet selon qu'elles utilisent d'une manière prioritaire l'expertise professionnelle ou le processus participatif. Les auteurs Bourque et Lachapelle (2007) décrivent les caractéristiques de chacune de ces approches. Pour eux, l'approche socio-institutionnelle technocratique se caractérise par « une démarche socio-institutionnelle où des professionnels oeuvrant à l'intérieur des organisations publiques déterminent les éléments de la problématique en jeu ainsi que les actions prioritaires à poser » (Bourque et Lachapelle, 2007, p.103). La démarche *École en santé* est un exemple concret de cette définition puisque les leaders des deux ministères québécois responsable du développement des jeunes ont mandaté des experts afin d'élaborer un programme ciblé qui doit être mis en place dans chaque milieu par les responsables locaux des ministères. Dans le cas de la démarche *École en santé*, la commission scolaire et le CSSS doivent travailler en concertation afin d'appliquer cette mesure ministérielle. Dans l'application, ces deux organismes possèdent une marge de manœuvre permettant d'intégrer cette démarche dans le milieu en tenant compte de réalités particulières. Les parents sont reconnus comme partenaires et sont invités à participer. Cependant, il n'est pas question de participation citoyenne; les partenaires du milieu sont invités à collaborer mais leur participation n'est pas essentielle à la réalisation de la démarche.

Afin de réaliser les étapes d'un projet *Écoles et milieux en santé*, un processus basé sur la participation des différents acteurs doit être mis en place dès le début et être présent tout au long de la réalisation du projet.

La conception et l'opérationnalisation d'un programme d'intervention communautaire constituent un processus dynamique où s'affrontent des valeurs et des intérêts qui mènent (dans le meilleur des cas) à un processus de négociation et de compromis, dont l'aboutissement ne peut être pré-déterminé dans le cadre d'une planification préalable. (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 109)

Cette façon d'intervenir, qui rejoint le projet *Écoles et milieux en santé*, permet de situer cette stratégie dans une approche socio-institutionnelle participative. Les différentes étapes énoncées dans le cadre d'élaboration d'un projet *Écoles et milieux en santé* permettent de respecter les conditions spécifiques de succès des approches participatives dont Bourque et Lachapelle (2007) font état dans leur texte.

Une autre lecture de ces deux stratégies permet de poser un regard sur la logique de mise en place d'un projet. Le point d'ancrage de ces deux stratégies met en évidence deux

dimensions de la logique descendante développée par Duperré (1992) et présentée dans un texte de Bourque et Favreau (2003b) sur le développement des communautés :

la logique descendante qui correspond aux politiques et programmes gouvernementaux de recours aux communautés, et qui se subdivise en deux logiques soit celle d'expertise prescriptive qui s'appuie sur le pouvoir des experts de déterminer le contenu des programmes pour répondre aux besoins des communautés, et la logique d'empowerment qui renvoie à la mobilisation active des communautés pour agir sur les déterminants de la santé. (Bourque et Favreau, 2003b, p. 12-13).

Ainsi la mise en œuvre d'une démarche *École en santé* relève plus spécifiquement d'une logique d'expertise prescriptive car des experts déterminent les besoins des communautés et les moyens d'intervention. La stratégie *Écoles et milieux en santé*, quant à elle, illustre la logique d'empowerment car nous retrouvons, dans ce projet, une prise en charge par le milieu afin d'établir les besoins du milieu, de choisir des priorités et de développer un plan d'action favorisant un impact positif sur les déterminants de la santé.

Cette brève analyse de ces deux projets permet de croire que le projet *Écoles et milieux en santé* peut favoriser davantage le développement des communautés quoique la démarche *École en santé* a des mérites qui lui sont propres et qui peuvent grandement aider un milieu. Une telle démarche vécue dans un cadre institutionnel, est centrée sur l'école, diminuant ainsi les possibilités d'impact sur la communauté. Par contre, le projet *Écoles et milieux en santé* grandit au cœur et au rythme de la communauté. Sa mise en place favorise le travail intersectoriel et le développement de partenariats dans le milieu. Il est certain qu'une trajectoire de développement est définie par chacune des deux stratégies. Cependant, ce qui fait surtout la différence en regard du développement des communautés c'est l'approche utilisée par les responsables de la mise en place du projet ou de la démarche dans le milieu. Le jeu des acteurs, le soutien professionnel, la réceptivité dans le milieu sont autant de facteurs qui peuvent modifier ces deux stratégies. Cette tension entre appropriation et instrumentation sera développée dans la troisième partie de cet Essai. Un tableau des éléments essentiels ayant servi à l'élaboration de ce texte est présenté à l'Appendice A.

Deuxième partie : **Projet Écoles et milieux en santé et soutien professionnel**

Après avoir décrit et analysé dans la partie précédente le cadre théorique, c'est-à-dire les éléments conceptuels du développement des communautés, de l'approche socio-institutionnelle et des stratégies d'intervention École en santé et Écoles et milieux en santé, cette section présente l'intervention professionnelle en organisation communautaire qui a permis la réalisation du projet Écoles et milieux en santé dans le quartier 1 de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village. Elle vise à décrire de manière concrète, le déroulement de ce projet et l'impact de l'intervention professionnelle.

2.1 Projet Écoles et milieux en santé

2.1.1 Origine du projet

Depuis plusieurs années, les responsables de l'école du Village sont préoccupés par le développement des jeunes fréquentant cette école. Plusieurs éléments identifiés touchent les déterminants de la santé et du bien-être des jeunes et de leur milieu : une alimentation saine et suffisante, des habiletés sociales qui favorisent la gestion pacifique des conflits, le goût des activités sportives, culturelles et artistiques, des changements dans les conditions de vie, la connaissance et l'utilisation des services du milieu. Dès 2001, dans le cadre des subventions accordées par l'organisme « Fonds Jeunesse Québec », un projet conjoint est présenté par l'école Du Village et le CLSC-CHSLD Grande-Rivière. Le comité nommé « La Passerelle » favorisera la concertation avec certains organismes communautaires et publics du milieu. L'objectif est de « mettre sur pied un projet innovateur et complémentaire au projet éducatif qui permettra d'associer et d'accompagner les parents d'enfants rencontrant des difficultés particulières dans le cheminement scolaire et social de

leurs enfants » (Document de présentation du projet à l'organisme Fonds Jeunesse Québec, 2001, p.3). Le comité de La Passerelle a fonctionné jusqu'au printemps 2002 et permis la réalisation de plusieurs activités surtout dans le cadre scolaire. La subvention prend fin en juin 2002.

En septembre 2003, la direction de l'école propose aux partenaires d'amorcer le processus afin que le milieu reçoive la subvention de démarrage du programme Soutien au développement social et milieux en santé de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'année 2004. Les organismes déjà actifs au niveau de La Passerelle acceptent de s'impliquer activement dans la démarche. Au départ, le projet Écoles et milieux en santé est issu d'une institution publique, le Département de santé publique et soutenu par le CLSC-CHSLD du milieu. Il s'inscrit dans l'approche socio-institutionnelle tel que défini par Bourque et Lachapelle (2007a). Par son origine, ce projet s'inscrit dans une logique descendante. La prise en mains par les partenaires du milieu, la mise en place d'un processus participatif, l'appropriation par la communauté le transforment en projet travaillant au développement de la communauté. Car il s'inscrit dans le processus d'organisation communautaire qui se donne comme objectif le développement des communautés. Les partenaires identifient la problématique du milieu, utilisent la démarche Écoles et milieux en santé afin d'établir un comité intersectorielle et se donner un plan intégré d'intervention. « Le recours à la notion d'approche socio-institutionnelle permet de dépasser la polarisation entre les initiatives qui « viennent d'en haut » (*top down*) et celles issues des milieux (*bottom up*), en offrant des indicateurs pour assurer qu'il s'agisse bien d'un processus d'organisation communautaire ». (Bourque, Lachapelle, 2007, p. 103).

Au cours de l'année 2004, le Comité Écoles et milieux en santé se forme en regroupant les organismes intéressés : La Maison communautaire Bruyère, l'école du Village, le Centre Communautaire Entre-Nous, le Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire et la Sécurité publique de la ville de Gatineau, le Projet d'intervention de quartier, le Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais, le Centre Alimentaire Aylmer, le CLSC-CHSLD Grande-Rivière. Cette démarche amène tous les partenaires à s'inscrire dans une approche écologique d'intervention. Cette approche inspirée du modèle de Bronfenbrenner (1979) est ouverte et polyvalente puisqu'elle s'intéresse à tous les systèmes qui touchent la personne directement et indirectement. Conséquemment, le

comité souscrit à une intervention sociale qui se caractérise par les éléments suivants : « le recours à une conception écologique pour analyser les problèmes sociosanitaires ; la reconnaissance du potentiel des individus ; la notion de responsabilité partagée ; une pratique professionnelle proactive ; l'insistance sur la prévention » (Mayer, 2002, p.433).

2.1.2 Problématique

Au cours de l'année 2004, plusieurs activités ont permis de faire le point sur le milieu : les problèmes, les préoccupations locales, les influences négatives, les besoins, les ressources ainsi que les contraintes du milieu. Aux activités de cueillette de données réalisées dans le cadre du projet Écoles et milieux en santé s'ajoutent d'autres analyses préparées par des organismes du milieu partenaires du projet. Le CLSC Grande-Rivière possédait un premier document présentant les données de sa clientèle et un deuxième document traçant le profil démographique, social et économique suite au recensement de 2001. Le projet d'intervention de quartier possédait le profil de la pauvreté dans le quartier 1 du secteur Aylmer de la nouvelle ville de Gatineau et les résultats d'un sondage auprès de la clientèle « Bâtir une vie de quartier dynamique ». Le Centre Alimentaire Aylmer avait préparé la carte communautaire de la faim dans le secteur Aylmer. Le document synthèse présenté à l'Agence de Santé et de Services sociaux de l'Outaouais dans le cadre de la demande de subvention « Soutien au développement social et milieux en santé » reconnaît l'existence de zones de pauvreté importantes dans le quartier 1 de la ville de Gatineau.

Le portrait de santé présenté par la Régie régionale en février 2003 présente un bilan intéressant de la santé de la population d'Aylmer. La moyenne de revenu des ménages est la plus élevée au Québec après le secteur de Westmount. Le niveau de scolarité est le plus élevé après Montréal, Laval et Québec, 20% de la population détient un diplôme universitaire.

Cependant, le territoire du CLSC-CHSLD Grande-Rivière se caractérise par des écarts importants entre ses secteurs. Des zones de pauvreté importantes sont identifiées dans trois secteurs. Deux de ces secteurs, McLoed et Les Cèdres, appartiennent au quartier 1 de la ville de Gatineau et les jeunes francophones fréquentent l'école du Village. Des indicateurs sociaux et économiques de pauvreté sont identifiés. Dans ces secteurs les ménages :

- consacrent une part importante des revenus au logement, pour plusieurs cela dépasse 50%;

- ont des revenus les situant au-dessous du seuil de pauvreté, McLoed 25% à 29%, Les Cèdres 20% à 24 % selon les secteurs de dénombrement;
- ont un taux de chômage élevé;
- sont des familles monoparentales (Les Cèdres 22,8%, McLoed 24,1%) dont 30% à 34% vivent sous le seuil de faible revenu.
- affichent le taux le plus élevé de personnes de 17 ans et plus n'ayant pas de diplômes d'études secondaires, certains secteurs de dénombrement atteignent 36%.

Nous retrouvons un grand nombre de familles appauvries. Malgré l'existence de plusieurs organismes communautaires impliqués activement dans le milieu, les services sont peu utilisés et les gens qui vivent des problématiques particulières sont difficiles à rejoindre. Les partenaires du milieu reconnaissent les effets pervers de cette situation au niveau des jeunes, des familles et de la communauté. Le bilan de ces analyses sert à l'élaboration du Plan global d'intervention 2005-2007. C'est dans ce contexte que se met en place le processus de structuration du Comité Écoles et milieux en santé, quartier 1 de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village.

2.1.3 Mobilisation des partenaires

Depuis le milieu des années 1990 les partenaires du quartier 1, sous l'animation de l'organisation communautaire du CLSC Grande-Rivière, développent une complicité progressive au niveau des interventions dans la communauté. Le regroupement de plusieurs organismes communautaires et publics dans La Maison Communautaire Bruyère en 1997 favorise la mobilisation des partenaires.

La mise en place du projet Écoles et milieux en santé trouve donc un terreau favorable à l'implication des organismes du milieu. Durant l'année 2004, les neuf organismes nommés précédemment collaborent afin de réaliser l'analyse du milieu, étape essentielle à la demande de subvention. Plusieurs documents avaient déjà été préparés par ces organismes. D'autres cueillettes de données se sont ajoutées et ont permis de dégager un portrait global du milieu. En plus de cerner la problématique, il a été possible d'identifier les préoccupations locales, les influences négatives et positives, les ressources, les projets en cours, les réseaux sociaux, les opportunités et les contraintes et les besoins du milieu. Cette première année d'activités met en évidence l'implication et la participation des partenaires dans le développement de la communauté. Il est important de souligner la participation active de deux parents de l'école du Village au comité. L'implication des

parents dans les différentes activités demeure la préoccupation constante du Comité Écoles et milieux en santé. Le projet Écoles et milieux en santé devient donc une stratégie qui rassemble les différents partenaires impliqués dans le développement de la communauté du quartier 1 (anciennement Aylmer) de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village. Au cours des années 2005 et 2006, le milieu a connu une grande stabilité au niveau des partenaires, peu de mobilité dans les personnes membres du Comité Écoles et milieux en santé. En janvier 2007, plusieurs changements viennent fragiliser le comité. Le premier changement touche l'organisme communautaire dont la mission est d'offrir un lieu de rencontre et de support aux familles du milieu. Le personnel du Centre Communautaire Entre-nous démissionne et la directrice est congédiée. Le conseil d'administration décide de centraliser les décisions et embauche une coordonnatrice qui voit à leurs réalisations dans le quotidien. À plusieurs reprises, la nouvelle personne est rencontrée afin de lui faire connaître le projet Écoles et milieux en santé, de voir avec elle les possibilités d'implication de son organisme et d'identifier la marge de manœuvre qu'elle possède. Graduellement, son implication devient plus concrète et elle est appréciée des autres partenaires. Un deuxième changement est occasionné par le départ à la retraite de la responsable du dossier au service des loisirs, des sports et de la vie communautaire de la ville de Gatineau, secteur Aylmer. Le service se réorganise et convertit le rôle de la nouvelle personne en agent de développement communautaire. Nouvelle personne, nouveau rôle, implication différente dans le Comité Écoles et milieux en santé. Quelques rencontres avec cette personne favorisent son intégration dans le comité. Un troisième changement vient perturber les organismes communautaires de tout le secteur Aylmer. La Maison Communautaire Bruyère loge des organismes communautaires et des services du CLSC depuis près de dix ans. Cette maison est vendue et aura une nouvelle mission. Les conseils d'administration des organismes concernés doivent trouver de nouveaux locaux. Cette préoccupation et les coûts qui y sont associés deviennent la priorité de ces personnes. Cette insécurité est portée par les membres du comité Écoles et milieux en santé.

À l'automne 2007, deux nouveaux organismes s'ajoutent au Comité : La Corporation de l'âge d'or d'Aylmer et CAP Santé Outaouais. Avec quelques modifications mineures au plan global d'intervention, les membres du Comité Écoles et milieux en santé décident de poursuivre les activités dans la communauté au-delà de décembre 2007 qui marque la fin de la subvention triennale de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Le plan d'action se poursuit jusqu'en juin 2008, de nouvelles subventions sont obtenues et un nouveau nom regroupera les dix organismes : Les Partenaires du Village.

2.1.4 Plan global d'intervention

Au départ, une volonté de concertation s'établit entre les différents partenaires du milieu. Un consensus se dégage afin de développer un plan global d'intervention dans le milieu. À l'automne 2003, les buts sont choisis pour les trois prochaines années avec une grille d'activités revue à la fin de chacune des années subséquentes lors de l'évaluation. Une brève description de chacune de ces cibles permet de mesurer la dimension du travail de concertation qui se développe dans le milieu. Pour chacune de ces cibles, des objectifs sont définis pour les jeunes, l'école, les familles et la communauté. Les cibles sont travaillées de façon simultanée, le plan d'action de chacune des années comporte des objectifs visant chacune des cibles décrites dans la suite de cette présentation. Les organismes membres du projet Écoles et milieux en santé s'engagent en concertation ou partenariat à travailler à la réalisation des objectifs en lien avec la mission de leur organisme.

La première cible touche l'apprentissage de la gestion pacifique des conflits par l'implantation du Projet Pacifique à l'école. Depuis plusieurs décennies, l'école du Village (Limoges et Saint-Paul avant la fusion des deux immeubles) possédait la réputation d'intervenir auprès d'une clientèle difficile, dans un milieu économiquement appauvri.

Lors des cueillettes de données réalisées dans le cadre du projet Écoles et milieux en santé, plusieurs interventions font référence à l'importance d'améliorer les compétences sociales des jeunes. Des partenaires ont dénoncé des situations d'inconduite et d'actes de vandalisme qui se produisent lorsque les jeunes circulent ou utilisent des services dans le quartier. Plusieurs parents ont reconnu que les jeunes ont de la difficulté à gérer leurs conflits alors que certains élèves n'ont pas appris la notion de respect, de partage et la tolérance envers les différences de tous ordres. Face à l'apprentissage des compétences sociales, le personnel de l'école porte un jugement beaucoup plus large sur le besoin des élèves. Pour eux, le développement de la dimension affective chez plusieurs jeunes semble compromis. On retrouve chez ces élèves une certaine dépendance affective et beaucoup de difficulté dans les rapports avec les autres jeunes et souvent avec les adultes.

Ces constatations ont amené les membres du Comité Écoles et milieux en santé à choisir, en 2004, le domaine de la compétence sociale comme l'un des buts du Plan global d'intervention.

Une deuxième démarche, débutée en 2004 au niveau de l'école, a permis d'arriver au même constat : l'urgence d'inscrire dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la résolution pacifique des conflits. Un comité formé par des membres du personnel, du Conseil d'établissement accompagné d'une équipe de consultantes a réalisé des sondages auprès de l'ensemble du personnel, des parents et des jeunes de l'école. De cette cueillette auprès des différents acteurs de l'école, l'ensemble des constatations permet de dégager l'importance de travailler le développement de la compétence sociale des jeunes. Voici ce que nous retrouvons au projet éducatif 2005-2010 et au plan de réussite 2005-2010 de l'école du Village :

2^e orientation : De plus, pour accomplir le deuxième axe : *socialiser*, elle souhaite **inciter l'élève à respecter son environnement humain et physique.**

Objectifs : Amener l'élève à :

2.3 régler pacifiquement ses conflits.

(École du Village, 2005, pages 2-3)

Choisir le développement de la compétence sociale comme l'une des priorités du projet éducatif de l'école et dans le plan global d'intervention du projet Écoles et milieux en santé relevait du pouvoir donné aux acteurs concernés, après avoir analysé le milieu, et dégager des priorités d'intervention. De plus, le Programme de formation de l'école québécoise, version approuvée de 2001, vient donner un caractère prescriptif au développement de la compétence sociale. Le chapitre neuf du programme présente les apprentissages communs visés par les programmes d'enseignement moral, d'enseignement moral et religieux catholique ou protestant et l'éducation physique et à la santé :

- Accroître son estime de soi.
 - Se responsabiliser face au développement de toutes les dimensions de son être.
 - Se sensibiliser à un ensemble de valeurs de l'ordre du vivre-ensemble.
 - Développer des compétences qui aident à agir et à interagir de manière positive, saine et efficace.
- (Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 2001, p.253)

De plus, cet apprentissage s'inscrit dans les objectifs du volet éducation à la citoyenneté. Le personnel de l'école est donc responsable de proposer aux élèves des scénarios d'apprentissage qui visent leur développement personnel et de s'assurer de viser les apprentissages cités dans le Programme de formation de l'école québécoise. Le choix du « comment » appartient à chaque établissement scolaire. Ainsi plusieurs outils s'offrent aux pédagogues. À l'école du Village, après analyse de quelques démarches et de la pertinence d'utiliser un outil, la direction de l'école a proposé d'établir un partenariat avec CAPSanté Outaouais, un organisme communautaire du milieu, afin de profiter de leur expertise et de leur soutien dans l'implantation du guide *Au cœur des conflits, faire la différence!*, (Côté et al., 2003). Suite à l'acceptation par les différents acteurs concernés, l'implantation de cet outil s'est inscrite dans le Plan de réussite de l'école et dans le Plan global d'intervention du projet Écoles et milieux en santé. Le comité Écoles et milieux en santé accepte d'établir un partenariat avec l'organisme CAPSanté et que le coût de cette entente soit assumé par la subvention de l'Agence. Cinq membres du comité Écoles et milieux en santé s'impliquent dans le comité de coordination à l'école. Le rôle de ce comité est de coordonner toutes les facettes de la mise en place du Projet Pacifique à l'école. La responsabilité de ce comité appartient à la direction de l'école. Un deuxième comité est mis en place afin de développer un suivi du Projet Pacifique au niveau des parents et de la communauté. Ce sous-comité relève du comité Écoles et milieux en santé.

Dès la rentrée du personnel enseignant, en août 2006, l'ensemble du personnel est rencontré afin d'être informé sur le Projet Pacifique à l'école. Cette première rencontre permet de présenter les valeurs, les objectifs et la structure de l'outil *Au cœur des conflits, faire la différence!*. Le personnel est aussi sensibilisé sur le service de médiation et les impacts du programme dans la vie scolaire. La conseillère en promotion des conduites pacifiques et formatrice de CAPSanté de l'Outaouais, accompagnera le personnel de l'école durant les deux prochaines années. Dans un deuxième temps tout le personnel est rencontré par cycle. Cette rencontre permet au personnel enseignant de connaître l'organisation des activités et d'avoir un premier contact avec le contenu des ateliers de sensibilisation. Les enseignantes du préscolaire sont rencontrées en février 2007, puisque leur implication est quelque peu différente. Le guide pédagogique et le matériel didactique sont remis au personnel. Cette première appropriation de l'outil favorise l'implication du personnel dans le Projet Pacifique. Comme prévu, en janvier 2007 débutent les ateliers en salle de classe. Le processus du choix des médiateurs et

médiatrices est vécu de mars 2007 à octobre 2007. L'équipe de médiation débute ses activités en novembre 2007.

L'implication du personnel s'est manifestée par l'intérêt d'un grand nombre de personnes de l'école à devenir membre du comité de coordination. Habituellement quatre personnes forment ce comité. À l'école du Village, douze personnes s'impliquent dans le Comité d'implantation du Projet Pacifique. Ce grand nombre s'explique d'abord par l'intérêt que suscite ce projet. Les différents services désirent être impliqués. Ainsi nous retrouvons la responsable du service de garde, le technicien en éducation spécialisé et la travailleuse sociale du CSSSG. Comme l'établissement est présent dans deux immeubles éloignés d'environ un demi kilomètre, le personnel enseignant demande que chaque immeuble soit représenté par deux personnes afin de partager les différentes tâches. À ces personnes s'ajoutent un parent, les deux membres de la direction de l'école, la conseillère en promotion des conduites pacifiques et formatrice de l'organisme CAP Santé ainsi que la coordonnatrice du Projet Écoles et milieux en santé. En 2007, l'animatrice de la vie spirituelle et de l'engagement communautaire s'ajoute au comité.

Tout au long de la démarche, la préoccupation des parents est présente. Autant par le personnel de l'école que du Comité Écoles et milieux en santé. En janvier 2008, près de cinquante parents ont participé à une soirée dont la première partie mettait en scène des jeunes médiateurs et médiatrices. Ces derniers présentaient des situations vécues de résolution de conflits, les étapes d'une médiation et les grandes lignes du Projet Pacifique. Dans la deuxième partie, les parents ont pu exprimer leurs attentes de soutien afin de prolonger l'apprentissage des jeunes dans la vie familiale.

Cette cible est pilotée par le Comité Écoles et milieux en santé. Un sous-comité est formé afin de développer le projet avec les parents et à long terme avoir des retombées dans la communauté. D'une façon concertée, le CLSC, le Centre Communautaire Entre-Nous, l'école du Village et CAP Santé Outaouais sont impliquées d'une façon plus spécifique dans le développement du volet parents. Ce travail de partenariat s'est développé dans le cadre du projet Écoles et milieux en santé. La réalisation de l'implantation du Projet Pacifique à l'école du Village est le résultat d'un partenariat entre l'école et l'organisme communautaire CAP Santé Outaouais responsable du Projet Pacifique. Le comité de

coordination, dont il est question plus haut assure l'implantation au niveau de l'école. Plusieurs membres du Comité Écoles et milieux en santé sont impliqués dans ce comité.

La deuxième cible vise le développement chez les jeunes de leurs talents et de l'intérêt pour les activités sportives, culturelles et artistiques. Le premier lieu d'intervention est l'école. Cette orientation du Comité Écoles et milieux en santé est aussi inscrite au projet éducatif et dans le plan de réussite de l'école. Dès le début du projet, en 2004, l'école ajoute des ressources humaines et investit dans l'achat de matériel. Ainsi, la planification des activités sportives est revue afin de diminuer le coût de certaines activités et d'augmenter les activités gratuites aux récréations et le midi. La présence d'adultes responsable de l'animation des jeux à ces deux moments favorise grandement l'intégration des activités sportives à la vie scolaire et l'apprentissage des bienfaits de l'activité physique.

Lors des rencontres du comité, la mise en commun des informations sur les possibilités de subventions pour les jeunes des familles appauvries favorise l'utilisation de ces différentes fondations et des organismes du milieu. Ainsi en cours d'année ou durant les vacances estivales des jeunes participent au camp de la fondation Tim Hortons, au camp de la Fondation Canadian Tire, aux activités de la ville de Gatineau, du club de voile de l'Outaouais, etc. Le personnel de l'école devient le principal collaborateur dans la diffusion, l'inscription et le soutien de la motivation des jeunes et leurs familles à participer à ces activités gratuites. Cette concertation entre les partenaires du milieu favorise l'utilisation par les jeunes des différentes ressources du milieu. À titre d'exemple, le gymnase du Centre Jeunesse, propriété de la ville de Gatineau et utilisé en soirée par les jeunes du secteur avec de l'animation organisée par le service des loisirs de la ville, devient disponible le jour. En contrepartie, l'école n'a pas de véritable gymnase. Les jeunes de deux immeubles participent aux activités physiques dans des salles de petites dimensions et avec des plafonds bas. Cette situation limite les possibilités et n'est pas très motivante. Ainsi depuis cette année, certaines activités sportives se vivent dans le gymnase du Centre Jeunesse, ce dernier est situé à distance de marche de l'école. De plus, ce gymnase fait partie d'un complexe sportif comprenant deux arénas, une salle de quilles, un immense terrain avec des équipements sportifs. Cette entente avec la ville permet d'élargir la grille des activités de l'école.

Dans cette cible, l'importance de l'implication des parents est essentielle. Afin de favoriser la participation des parents avec leurs enfants à des activités sportives, le Comité Écoles et milieux en santé a fait une demande de subvention à la ville de Gatineau. En plus de favoriser la participation des parents aux activités sportives, ce projet favorise la découverte et l'utilisation des équipements sportifs du milieu. Un échange informel avec les jeunes de l'école a permis de constater qu'un pourcentage important de jeunes n'utilise pas les équipements sportifs et culturels, pour la plupart situés à distance de marche de leur domicile. Au cours de cette année, des sorties gratuites, avec transport, sont offertes à toutes les familles de l'école : piscine municipale, piscine à vagues, repas à l'Érablière, quilles, journée sportive et pique-nique, etc. Ces activités se tiennent en fin de semaine afin d'assurer la participation des parents. Le personnel de l'école est responsable de l'organisation. Les autres partenaires, la ville de Gatineau, le Centre Communautaire Entre-Nous collaborent au niveau de l'organisation, des ressources humaines, des équipements sportifs, etc.

La dimension artistique de cette cible est associée à la volonté manifestée par le milieu scolaire de donner une dimension importante à l'apprentissage des arts. Cet objectif est inscrit spécifiquement au projet éducatif et au plan de réussite de l'école. Dès le début des activités, le Comité Écoles et milieux en santé a soutenu financièrement la présence auprès des élèves et du personnel d'une spécialiste du domaine des arts. Pendant deux ans, cette personne accompagnait les titulaires en salle de classe afin de les soutenir dans leur enseignement. De plus, elle soutenait l'équipe-école dans l'intégration d'activités artistiques à la vie culturelle de l'école.

Une alimentation saine et suffisante est la troisième cible du plan global d'intervention. L'objectif est de favoriser l'acquisition de saines habitudes alimentaires et de rendre les jeunes conscients de leurs besoins alimentaires. Le personnel de l'école joue un rôle de soutien dans cet apprentissage par des actions qui visent à faire connaître le guide alimentaire, à sensibiliser à l'importance de collations saines, à préparer des mets qui peuvent être faits à la maison, etc. Les familles sont rejointes par la diététicienne du CLSC qui s'implique dans ce dossier en offrant des outils d'information et du soutien personnalisé lors des visites des parents à l'école.

Au même moment, le Centre Alimentaire Aylmer propose aux familles des ateliers de cuisines collectives durant toute l'année et un projet de jardins collectifs durant l'été. Ce projet de jardins collectifs s'adresse à toutes les familles du secteur et implique les jeunes de l'école. Depuis deux ans, au début de février, les groupes choisissent le légume dont ils auront la responsabilité à la période des semis. La coordonnatrice du projet au Centre Alimentaire Aylmer, agronome de formation, visite chaque classe afin de présenter le légume, ses particularités, son utilisation et les soins requis durant la germination et lors de sa mise en terre. Comme les jardins collectifs sont situés près de l'école, les jeunes accompagnés de leur titulaire peuvent suivre la progression des plantations. Lors de son Gala Hommage 2007, la commission Gatineau, Ville en santé remet au Projet Semis le prix Coup de cœur. Elle reconnaît dans ce projet une activité permettant aux jeunes de se familiariser avec la culture de légumes, en plus de les sensibiliser à la pauvreté et à l'importance d'une bonne alimentation. Toujours dans une perspective d'intervention éducative intensive, le Centre Communautaire Entre-Nous, en concertation avec l'école du Village, offre les ateliers de « Jeunes cuistots » tous les soirs après l'école, du lundi au vendredi. Cette activité était offerte une fois par semaine depuis plusieurs années. En septembre 2007 une subvention d'un groupe syndical, la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ) a permis d'augmenter le nombre d'activités et ainsi de favoriser la participation d'un plus grand nombre de jeunes. Ces derniers préparent des mets qu'ils mangent sur place ou qu'ils apportent à la maison. Ces ateliers se donnent dans les locaux du Centre situés près de l'école.

Le service de déjeuner à l'école se met en place graduellement depuis trois ans. L'école n'est pas éligible au Club des petits déjeuners car son indice de défavorisation est inférieur à huit. Depuis 2006, l'école du Village établit un partenariat avec le Centre Alimentaire Aylmer afin de servir le déjeuner à près de 60 jeunes un matin par semaine. Le Centre Alimentaire Aylmer prépare la nourriture, des bénévoles du milieu servent les jeunes à l'école. Depuis mars 2008, un deuxième matin s'ajoute avec l'implication de La Corporation de l'âge d'or d'Aylmer. L'arrivée de cet organisme au Comité Écoles et milieux en santé permet le développement du projet des déjeuners à l'école car près de quinze bénévoles s'ajoutent aux huit bénévoles déjà impliquées. Toujours dans le but d'assurer une alimentation suffisante, le Centre Alimentaire d'Aylmer fournit à l'école du Village une banque de nourriture non périssable afin de dépanner des jeunes qui n'ont pas

de collation. En plus, plusieurs jeunes se rendent prendre le repas du midi au Centre Alimentaire à la Cafétéria « Les bons voisins » dont les locaux sont situés près de l'école. Deux autres cibles sont intégrées aux trois premières. La première touche les parents. Dans toutes les interventions, les membres du Comité Écoles et milieux en santé sont préoccupés de faciliter et d'augmenter l'implication des parents dans les différentes sphères de la vie de leurs enfants. D'une façon plus spécifique de développer chez les parents une perception positive de l'école et des organismes du milieu. La deuxième concerne la concertation entre les organismes du milieu. Il serait juste de représenter la façon de travailler des organismes du secteur du Village par une table ronde avec les besoins du milieu au centre de la table. Les partenaires présents autour de la table établissent de la concertation, des partenariats afin d'intervenir d'une façon intensive et soutenue. Chacun y contribue selon la mission de son organisme. Quelques fois, une action amène un organisme à dépasser son mandat dans le milieu et à développer une piste neuve d'intervention.

2.1.5 Processus et résultats

Dès le départ les partenaires impliqués acceptent de travailler dans une perspective d'approche globale de la santé des jeunes. Cette exigence de processus est posée par le Fond de Soutien au développement social et milieux en santé de l'Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

L'approche globale s'appuie sur les acquis et expériences passées dans le milieu et se développe selon vos préoccupations et vos priorités.

1. Passez en revue ce que vous faites déjà afin de promouvoir la santé des jeunes,
 2. Faites les liens avec ce qui se passe déjà dans votre collectivité ou dans votre pratique professionnelle,
 3. Identifiez les besoins qui ne sont pas comblés et les secteurs d'action potentiels,
 4. Identifiez vos priorités immédiates en fonction des besoins et des opportunités,
 5. Envisagez les objectifs à long terme de l'approche globale.
- (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais et Université du Québec à Hull, 1999, p 122)

Cette orientation influence le choix d'activités qui s'inscrivent dans les trois étapes d'une progression logique de la mise en œuvre d'un processus d'intervention communautaire. La première étape est la préparation. L'année 2004 y sera consacrée. Le travail consiste, dans

un premier temps, à faire une synthèse des recherches déjà réalisées depuis 2002 par des organismes du milieu : Le Projet D'intervention de Quartier (2002) (2004), le CLSC-CHSLD Grande-Rivière (2003) (2004), le Comité La Passerelle (2003), le Centre d'Entraide Alimentaire secteur Aylmer (2004), le Centre Communautaire Entre-Nous (2004).

Dans un deuxième temps, il s'agit de recueillir des données auprès des parents, des jeunes et du personnel de l'école du Village. Les parents sont rencontrés dans trois groupes cibles. Deux groupes sont en lien direct avec l'école : d'abord les membres du Conseil d'établissement, membres élus lors de l'assemblée générale annuelle et l'organisme de participation des parents, membres impliqués dans les activités de l'école. Un troisième groupe de parents est rejoint dans le cadre du Magasin partage pour l'achat des effets scolaires en août de chaque année, des activités du Centre Communautaire Entre-Nous et du Centre Alimentaire Aylmer. Des bénévoles, à l'aide d'une grille, recueillent les besoins des familles participantes. La rencontre des jeunes est effectuée par cycle. Les titulaires des classes discutaient avec l'ensemble des élèves de la classe du projet. Par la suite deux jeunes étaient délégués à la rencontre du cycle. Le personnel de l'école est rencontré par petits groupes.

L'analyse des documents et des données recueillies permet de dégager un portrait global du milieu et de sa population, en identifiant les problèmes, les influences négatives et les préoccupations locales portées par les responsables des différents organismes du milieu. Parallèlement, ce travail permet d'identifier les ressources du milieu, les influences positives et les réseaux sociaux qui interagissent dans la communauté. De plus, apparaissent d'une façon évidente les opportunités présentes dans le milieu et certaines contraintes dont le projet devra tenir compte. À la fin de cette démarche les besoins des jeunes, des parents, de l'école et de la communauté sont assez faciles à cerner. À la suite de cette analyse de situation les partenaires impliqués décident de développer dans le milieu un projet rassembleur dont l'orientation sera de créer un sentiment d'appartenance à l'école et à la communauté. Un plan d'action triennal est élaboré (présenté précédemment) et une demande de subvention est présentée aux responsables du Fond de Soutien au développement social et milieux en santé.

La deuxième étape et troisième étape du processus d'intervention communautaire se déroulent annuellement de janvier 2005 à décembre 2007. À la fin de chacune des années une évaluation des activités est réalisée, les résultats de cette évaluation viennent modifier le plan d'action de l'année suivante. Cette démarche est essentielle afin de recevoir la subvention à chaque année.

Le début de l'année 2008 permet de mesurer l'enracinement du projet Écoles et milieux en santé dans la communauté. Tous les partenaires désirent poursuivre les activités dans la communauté. Regrouper sous un nouveau nom « Les Partenaires du Village » travaillent à obtenir de nouvelles subventions afin de maintenir des actions qui visent le développement de la communauté. Les membres du Comité s'entendent sur le but poursuivi par le projet de 2008. D'abord, les enfants à l'école, aussi des interventions auprès des familles en étant préoccupé de plusieurs facettes de l'organisation communautaire. Le territoire visé correspond aux lieux de résidence des familles résidant dans le quartier 1, dont les jeunes fréquentent l'école du Village. Donc, depuis le début des années 2000 la communauté entourant l'école du Village est en processus de développement. Dans le cadre d'un projet de mémoire de Maîtrise de l'École Nationale Administration Publique (ENAP) un étudiant réalise au cours des semestres d'été et d'automne 2008 « Une analyse des processus d'implantation d'un projet financé par le Fond de Soutien au développement social et milieux en santé dans une dynamique partenariale et intersectorielle pouvant aboutir à l'empowerment ». Le projet Écoles et milieux en santé du quartier 1 de la ville de Gatineau, secteur du Village a été suggéré par la responsable du dossier de l'Agence de la santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Selon sa planification cet étudiant devrait réaliser sa cueillette de données en mai-juin 2008 et rédiger son mémoire à l'automne 2008. Les résultats de cette recherche devraient être disponibles au début de l'année 2009. Cibler une communauté à l'aide d'une approche stratégique d'intervention par le développement d'un processus de prise en charge de cette communauté est une des deux dimensions essentielles pour qu'un projet soit reconnu dans le domaine de développement des communautés.

La deuxième dimension dont il faut se préoccuper dans le développement d'une communauté concerne les résultats et les retombées dans le milieu. Une analyse exhaustive des résultats de l'intervention dans le milieu sera réalisée en juin 2008 puisque le Projet Écoles et milieux en santé prendra fin et qu'une évaluation doit être présentée à l'Agence

de santé et de Services sociaux de l'Outaouais. Il est déjà possible de reconnaître l'apport d'un tel projet dans la communauté. D'abord, les retombées économiques sont facilement quantifiables. De 2004 à décembre 2007, le projet Écoles et milieux en santé a reçu plus de 135 000\$ dont 76 000\$ provenait du Fond de Soutien au développement social et milieux en santé de l'Agence de la santé et des Services sociaux de l'Outaouais. Les organismes du milieu ont investi près de 59 000\$ en ressources humaines et matérielles. Le bilan final permettra de ventiler d'une façon plus précise ces chiffres afin d'identifier les bénéficiaires de ce projet.

L'évaluation prévue en fin de projet permettra de mesurer les retombées dans la communauté du projet Écoles et milieux en santé. Cependant, certains éléments sont déjà des acquis. Le travail intersectoriel est profondément ancré chez les organismes du milieu. La concertation développée entre les différents partenaires favorise le développement d'une responsabilité collective en regard de certaines problématiques vécues dans la communauté. L'école est sans doute l'organisme qui s'est taillée une nouvelle place dans les différents réseaux présents dans la communauté. Par le passé, l'école recevait des services de plusieurs organismes. Maintenant, elle est partie prenante de concertations, de partenariats. L'école continue de recevoir des services des organismes, mais ce qui est nouveau c'est qu'elle collabore avec ces mêmes organismes afin qu'ils puissent jouer plus efficacement leur rôle dans la communauté. Les familles, les personnes âgées ont graduellement pris une place plus grande dans le développement du projet.

La grande part des retombées touche les jeunes. Grâce au projet Écoles et milieux en santé, tous les organismes participants, en lien avec leur mission, mettent au cœur de leur préoccupation une meilleure qualité de vie des jeunes. Cette solidarité dans le milieu a permis d'enrichir le volet sportif à l'école en augmentant le nombre d'activités, en diminuant les coûts demandés aux familles et en soutenant cet apprentissage chez les jeunes. Les arts occupent une place importante dans la vie de l'école. Plusieurs activités valorisent le travail des jeunes et soutiennent le développement des compétences artistiques. La présence d'une ressource dans le domaine favorise l'intégration du volet artistique dans plusieurs scénarios d'apprentissage. La promotion des conduites pacifiques et l'apprentissage d'habiletés afin de gérer pacifiquement les conflits sont intégrés à la vie scolaire. Les ateliers en salle de classe, la présence de jeunes médiateurs, le comité d'implantation favorisent la préoccupation constante d'un climat pacifique durant les

différents moments de la vie scolaire. Une alimentation saine et suffisante préoccupe plusieurs organismes du secteur. Plusieurs activités, dont des petits déjeuners à l'école favorisent une meilleure alimentation chez les jeunes. À ces activités dans le cadre scolaire, s'ajoutent les jeunes cuistots, les cuisines collectives, les jardins collectifs qui se vivent dans la communauté.

Tous ces objectifs sont inscrits dans le projet éducatif de l'école du Village, ce qui en assure la continuité jusqu'en 2010. De plus ils interviennent d'une façon spécifique sur des déterminants de la santé : l'alimentation, les réseaux sociaux et la pauvreté.

2.1.6 Expertises

Le projet Écoles et milieux en santé s'est développé grâce à l'addition des différentes expertises présentes dans le milieu ou dans la région. Dans le quartier 1 de la ville de Gatineau, précédemment de la ville d'Aylmer, le CLSC Grande-Rivière joue un rôle majeur dans le développement de cette communauté. Depuis le début des années quatre-vingt, il soutient par ses orientations et son personnel des initiatives citoyennes favorisant la mise en place de projets et d'organismes au cœur de la communauté. C'est ainsi que le Centre Alimentaire Aylmer a débuté ses activités en 1988 et le Centre Communautaire « Entre-Nous » en 1998.

Dans la majorité de ses interventions les responsables du CLSC Grande-Rivière favorisent le travail intersectoriel afin d'identifier des pistes de travail complémentaire en regard d'une problématique. Cette façon d'intervenir était ponctuelle et sur une base volontaire pour les organismes du milieu. L'initiative venait presque toujours d'un membre du personnel du CLSC. Les personnes dirigeantes du CLSC participent aux grandes orientations et assurent l'implication de l'organisatrice communautaire dans le développement des projets. C'est dans ce contexte que le projet Écoles et milieux en santé s'est développé. Le personnel du CLSC avait déjà initié deux projets sur son territoire. Ainsi le CLSC Grande-Rivière a joué et continue de jouer un rôle essentiel dans le développement du projet Écoles et milieux en santé. Par ses compétences et son expérience, le personnel du CLSC est une expertise essentielle au développement de la communauté. Tout au long de la démarche, une professionnelle représentait le CLSC au Comité Écoles et milieux en santé et plusieurs de ses collègues sont intervenues de façon ponctuelle selon les compétences nécessaires aux interventions.

En invitant la responsable du programme de Soutien au développement social et milieux en santé de La Direction Santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (En 2003, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais), les organismes impliqués dans « La Passerelle » faisait appel à une deuxième expertise. Cette dernière a présenté la démarche, les exigences demandées et le soutien disponible auprès de La Direction de la santé publique pour les milieux qui désirent dans un projet d'Écoles et milieux en santé. Dans la partie 1.3 de ce document ces éléments sont développés.

Le quartier 1 de la ville de Gatineau (en 2003, ville d'Aylmer) secteur de l'école du Village s'inscrit depuis plusieurs années comme une communauté en développement. L'action communautaire autonome y est développée et favorise l'émergence de projets reflétant des prises de conscience des besoins des membres de la communauté. Pendant dix ans, tous les organismes communautaires et les services de la petite enfance du CLSC étaient regroupés à la Maison Communautaire Bruyère d'Aylmer (MCBA). Vivre sous un même toit amène les intervenants et les intervenantes à développer des complicités, à se centrer sur des objectifs communs, à travailler en intersectoriel, etc. Malheureusement, la vente de l'édifice oblige les organismes et le CLSC à se reloger dans la communauté. Cependant, les acquis ne sont pas perdus. C'est là une expertise essentielle à la poursuite du développement de cette communauté. La mise en place d'un projet Écoles et milieux en santé profite d'une expérience citoyenne qui fait ses preuves depuis près de vingt ans. Cependant, il faut reconnaître les limites de l'implication directe des parents et des résidents du milieu.

2.2 L'intervention professionnelle en organisation communautaire

Cette partie de l'Essai présente l'intervention réalisée dans le cadre d'un stage à l'hiver 2007. Il répondait aux exigences de la maîtrise en travail social. Dans un premier temps situons le contexte de mon implication. Au printemps 2003, alors stagiaire au CLSC Grande-Rivière dans le cadre d'une année de propédeutique, la responsable du module enfance-jeunesse me mandate auprès de la direction de l'école afin de l'informer sur l'existence du Fonds de Soutien au développement social et milieux en santé de La Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (en 2003, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais)

qui permet d'obtenir une subvention au développement d'un projet Écoles et milieux en santé. Ce nouveau projet pourrait élargir le travail amorcé par le « Comité La Passerelle » décrit au début de cette deuxième partie. Cette démarche était facilitée par mes expériences de directrice d'établissement scolaire jusqu'en 2001. La directrice de l'école, une ancienne collègue, était consciente de mon expérience dans la mise en place d'un projet Écoles et milieux en santé. En 1996-1997, alors directrice à Quyon, j'ai travaillé à la mise en place d'un premier projet Écoles et milieux en santé. Par la suite en 1999-2001, à la direction de l'école Rapides-Deschênes, j'ai été impliquée dans un deuxième projet. L'accueil est favorable. Elle est d'accord à regarder cette hypothèse avec les partenaires déjà impliqués. Une nouvelle personne est nommée à la direction de l'école en août 2003. La nouvelle directrice de l'école accepte de poursuivre la démarche et de faire une demande de subvention de démarrage au Fonds de Soutien au développement social et milieux en santé. À l'automne 2003, j'accepte de coordonner le projet s'il est accepté. Au départ je devais consacrer quinze heures par semaine pour la durée du projet. Ce travail dans le milieu répondait à mon désir d'implication dans le milieu et n'avait aucun lien direct avec mes études. Mon objet d'étude touchait la scolarisation des garçons et je m'orientais vers une recherche suivie d'un mémoire. Certains cours m'ont permis de mieux comprendre le développement des communautés et d'investir mes apprentissages dans le projet Écoles et milieux en santé. Les liens se faisaient de plus en plus entre mes études et le projet. L'ouverture d'une Maîtrise en travail social, profil avec stage, le soutien d'un professeur du département de travail social, l'acceptation du projet comme lieu de stage favorise une grande implication dans mes études et dans le milieu. Mon projet de stage et mes interventions dans le projet s'alimentent mutuellement. Conséquemment le temps consacré au projet est devenu presque du plein temps. Une part importante du temps est assumée en tant que bénévole puisqu'elle répond à mes objectifs d'études universitaires.

2.2.1 Mobilisation des partenaires

Regardons de plus près ma contribution au projet Écoles et milieux en santé. Mon premier domaine d'intervention tout au long du projet est la mobilisation des partenaires du milieu. Au départ neuf organismes s'impliquent : La Maison communautaire Bruyère, l'école du Village, le Centre Communautaire Entre-Nous, le Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire et la Sécurité publique de la ville de Gatineau, le Projet d'intervention de

quartier, le Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais, le Centre Alimentaire Aylmer, le CLSC-CHSLD Grande-Rivière.

J'y vois quatre défis importants dont il faut se préoccuper durant la démarche afin de maintenir et si possible d'augmenter la mobilisation. Le premier défi consistait à mettre en place un processus démocratique dans les prises de décision. Dès la première rencontre, le comité formé des personnes représentant les organismes intéressés se sont entendus sur la modalité de prise de décision : le consensus et le partage des responsabilités selon les compétences et les disponibilités de chaque partenaire. Cette orientation prise lors de la première rencontre du comité intersectorielle s'est maintenue tout au long de la démarche. D'une façon particulière, j'étais soucieuse de la place prise par les personnes représentant l'école. Elles étaient nombreuses et le directeur de l'école, en place depuis septembre 2004, avait accepté d'être répondant du projet au niveau de l'Agence. À plusieurs reprises, les discussions aux rencontres du comité permettaient de rappeler l'importance de rapports égaux et équitables.

Un deuxième défi touchait l'autonomie des organismes. Accepter de collaborer à un projet commun tout en étant assuré de conserver son autonomie associée à la mission de chacun des organismes. Le premier lieu d'intervention fut l'école. Ce n'était pas menaçant pour aucun organisme. Graduellement les organismes sont entrés à l'école et l'école s'est impliquée dans des activités préparées par des organismes du milieu. Actuellement, le Comité des Partenaires du Village (anciennement Écoles et Milieux en santé) planifie des activités dans la communauté et chacun y contribue selon sa mission, ses ressources et sa disponibilité. Mes interventions favorisaient l'identification des lieux de concertation ou de collaboration. J'étais attentive à faire circuler l'information ou à favoriser les communications entre les personnes. De plus, je nommais d'une façon explicite l'importance pour chaque organisme de trouver des intérêts à demeurer dans le comité et à s'impliquer de plus en plus au niveau du plan d'action centré sur les jeunes et la communauté. Je partageais ainsi cette préoccupation à l'ensemble des membres du comité.

Le budget est un troisième défi pour un projet Écoles et milieux en santé. Durant les trois années de subvention le comité disposait d'un budget annuel moyen de 48 450\$ dont le tiers provenait des partenaires et les deux tiers de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Outaouais. L'utilisation de l'argent peut être source de cohésion ou de division.

L'école, étant fiduciaire et répondant de la subvention, gérait les dépenses de tous les organismes en lien avec le projet. De plus, cette situation était délicate car l'école (-le personnel, les élèves, les parents-) était le principal utilisateur de la subvention. Dès le début, il fut décidé que la gestion de la subvention serait faite par les membres du Comité Écoles et milieux en santé. Les autorisations de dépenses étaient discutées et acceptées lors des réunions régulières. Les membres du comité ont demandé de recevoir régulièrement un bilan financier. Avec le directeur de l'école, nous nous assurons d'une grande rigueur dans l'affectation des dépenses, de la précision du bilan financier et de la disponibilité des documents attestant les revenus et les dépenses dans les postes budgétaires assignés au projet. En plus de la transparence, l'affectation progressive d'une partie de la subvention aux organismes communautaires qui sont impliqués dans la réalisation du plan d'action c'est-à-dire des activités à l'école et dans le milieu donne un réel pouvoir à tous les partenaires du projet.

Consciente de l'impact important de la gestion financière pour des organismes dont les revenus sont limités, je maintenant une préoccupation régulière de l'utilisation de la subvention. Lors des rencontres du comité ce point était discuté régulièrement. Je suis consciente d'avoir influencé les membres du comité afin de se donner une rigueur dans la gestion financière du projet. En juin 2008 il sera possible, lors du bilan financier, de ventiler l'utilisation de la subvention en regroupant les dépenses selon leur affectation : les jeunes, les parents, le personnel de l'école, les organismes du milieu, les équipements sportifs et artistiques, la coordination du projet, etc. Mes expériences antérieures de la gestion financière des projets Écoles et milieux en santé m'ont permis de mesurer l'impact, au niveau de la mobilisation des partenaires, d'un manque d'information ou de transparence.

Un autre aspect important dans la mobilisation est l'équilibre du temps consacré à définir des buts, des orientations, le plan d'action, l'évaluation, etc. Associer la réflexion et l'action est un défi de taille pour un comité formé d'organismes qui manquent de ressources humaines, de ressources financières et de temps. Avec l'expérience, mes interventions ont permis au comité de développer des modalités de travail favorisant un temps de réflexion avant de passer aux décisions. En préparant l'ordre du jour de la prochaine rencontre, du temps d'analyse de situation, de réflexion était prévu et les personnes étaient invitées à s'y préparer. À d'autres moments, des opportunités de

réflexion devenaient évidentes et je profitais de l'occasion pour partager certaines informations ou connaissances acquises dans ma formation. Au fil des rencontres et des expériences, le rôle du Comité Écoles et milieux en santé s'est précisé et la modalité de travail en sous-comité s'est développée. Ainsi, les rencontres du comité portent sur les orientations, la réflexion, la prise de décision, les objectifs du plan d'action, l'évaluation du plan d'action et des bilans. Le rôle des sous-comités est de rendre opérationnel les objectifs du plan d'action. Les partenaires concernés et intéressés se réunissent afin de développer, de s'assurer de la réalisation de toutes les facettes de l'activité. Actuellement six sous-comités sont centrés sur l'action. Deux sous-comités développent le Projet Pacifique –l'un à l'école, l'autre auprès des parents et de la communauté. Quatre autres sous-comités se concertent pour les activités parents-enfants, l'alimentation saine et suffisante, les finances et les activités intergénérationnelles. Entre les réunions du comité, l'information circule auprès de tous les membres du comité par Internet. Dans cette organisation du travail, mon intervention permet de faire les liens entre les sous-comités et le grand comité et à garder présente la vision d'ensemble de notre projet de développement.

Plusieurs personnes ont nommé la mobilisation des partenaires comme l'une de mes forces. Ma connaissance du milieu, surtout du monde scolaire et de la santé a certainement joué dans la mise en place du projet. Mes interventions ont réussi à rassembler les partenaires-clés du milieu, à créer des liens, à travailler en concertation. L'école a appris à utiliser les ressources de la communauté, et même plus, l'école a découvert qu'elle fait partie de la communauté.

2.2.2 Implication dans la communauté

Une autre dimension de mon apport au projet est la participation au nom du Comité Écoles et milieux en santé à des projets initiés par d'autres organismes du milieu, partenaires du Projet Écoles et milieux en santé. Le projet des Jardins Collectifs est un premier exemple. Le Centre Alimentaire Aylmer met en place ce projet pour la deuxième année. Il s'agit de réunir des familles et des résidents de la communauté autour des activités d'un jardin : préparation du terrain, semis, plantation, désherbage, arrosage, récolte et partage. Deux jardins sont ouverts cette année. Un comité est mis en place pour la gestion de toutes les étapes du projet et pour favoriser l'implication des personnes. Cette année la préparation

et l'entretien des semis sont faits à l'école. Un protocole d'entente est signé entre l'école du Village et le Centre Alimentaire Aylmer. La coordonnatrice des Alternatives Alimentaires se rend en salle de classe préparer les semis et donner les conseils pour l'arrosage, l'ensoleillement, etc. C'est l'occasion de faire la promotion des jardins, des cuisines collectives, etc. Comme l'un des jardins est situé près de l'école, les jeunes pourront participer à la plantation des semis, à la récolte et être initiés à un projet collectif. Le coût du matériel pour les semis est prévu au budget Écoles et milieux en santé. Un deuxième exemple est ma participation comme représentante de la communauté au Conseil d'établissement de l'école du Village. Ma présence dans ces comités favorise le développement de réseaux dans la communauté. De plus, elle permet d'informer les membres de ces comités du projet Écoles et milieux en santé, d'identifier des pistes de concertation et de maintenir la préoccupation du projet dans la communauté.

2.2.3 Développement de l'empowerment

Tout au long de mon intervention professionnelle, j'étais préoccupée de développer l'empowerment chez les partenaires et dans la communauté grâce au projet Écoles et milieux en santé. Depuis le début du projet, j'ai mis l'emphase sur l'importance de chacune des actions, si petite soit-elle. La conviction s'est développée qu'avec des petites choses on peut faire la différence dans la communauté. Croire que le changement est possible. Cette croyance est passée du discours à la pratique. La promotion de la santé et du bien-être, en travaillant sur des facteurs-clés ou déterminants de la santé, rejoint un deuxième élément essentiel au développement de l'empowerment: la promotion des droits. Les réflexions proposées au Comité Écoles et milieux en santé ont permis d'avoir une autre vision des familles appauvries et des causes qui engendrent cette situation. La directrice adjointe de l'école reconnaît avoir changé sa perception des causes de la pauvreté. Ce changement lui a permis de modifier son accueil des familles, d'être à la recherche de soutien et de collaborer avec les différents organismes du milieu. Mes interventions ont permis d'opérer un changement de culture, de perception des problématiques sociales vécues par les familles appauvries.

Certaines compétences développées dans mes expériences antérieures ont permis de favoriser le développement de l'empowerment. Le fonctionnement mis en place au comité en favorisait le développement. J'étais préoccupé de la présence de tous les membres à chacune des rencontres. Lors de ces rencontres, je tentais le plus possible de mettre en

évidence les compétences de chacun des membres du Comité Écoles et milieux en santé. Cet aspect de mon intervention est souligné à plusieurs reprises lors de l'évaluation des rencontres. Les personnes absentes étaient rejointes, dans la mesure du possible, les jours suivants afin d'être informées des décisions, des suivis et de la date et des objectifs de la prochaine rencontre. De plus, les documents remis étaient acheminés par courrier ou courriel selon le cas. Manquer une rencontre, ne pas être présent lors du choix de la date de la prochaine rencontre est suffisant pour décocher du comité ou du moins une perte d'intérêt. Plusieurs personnes ont reconnu que mon style d'intervention au Comité Écoles et milieux en santé a permis un réel partage du pouvoir. La mise en place d'un processus démocratique s'est manifestée lors des rencontres par l'aménagement d'un espace pour la prise de parole, la recherche de consensus, le partage des responsabilités, etc. J'avais la préoccupation constante qu'aucune décision ne soit prise sans la participation des organismes concernés. Mon expérience dans l'animation des groupes, vingt ans dans un rôle conseil et d'animation de personnel, a certainement eu des retombées positives. Je travaille à ce que les participants à la rencontre soit, le plus possible, centrés sur l'ordre du jour et les objectifs de la rencontre. J'arrive délicatement à mettre fin aux digressions, aux discussions inutiles sur des éléments sur lesquels nous n'avons pas de pouvoir. À quelques reprises, j'ai sensibilisé le personnel de l'école qu'un point amené au comité ne relevait pas de notre compétence et que la discussion devait se tenir dans le cadre d'une rencontre du personnel à l'école.

2.2.4 Soutien technique du projet

Le soutien technique du Comité Écoles et milieux en santé est ma responsabilité depuis le début du projet. Cette entente date de janvier 2004. Lors des rencontres du comité, les membres décident et sont responsables du contenu, du cadre de travail, des modalités de fonctionnement, etc. J'assume la rédaction des différents documents en prévoyant un temps de réactions des membres du comité avant de faire circuler les copies plus officielles. En exemple, à la fin de chaque rencontre la date et l'ordre du jour de la prochaine rencontre sont fixés. Par la suite, je fais parvenir l'ordre du jour en faisant un rappel de la rencontre. Il est de ma responsabilité de faire circuler les documents et l'information auprès des membres du comité. Les bilans d'activités et financier doivent être remis annuellement aux bailleurs de fonds. Suite au travail fait en comité ou sous-comité j'achemine les documents demandés aux différents organismes. Cette concentration des tâches techniques favorise la conservation des documents. En quelques

minutes il a été possible de remettre à un étudiant de l'ÉNAP, à l'aide d'un bâton de mémoire, tous les documents du projet depuis janvier 2004. Tout ce qui est écrit dans cet essai peut être appuyé par des documents qui font état des activités réalisées par le Comité Écoles et milieux en santé. Cette responsabilité relève d'abord du mandat donné par le comité en janvier 2004. De plus, j'y ajoute du temps de bénévolat puisque cela fait partie de mes objectifs de personne retraitée de m'impliquer dans mon milieu afin de soutenir son développement. Mes études en travail social, ma volonté d'améliorer le milieu dans lequel nous résidons avec nos petits-enfants, ma croyance que l'école est outil de changement social sont des motivations à assumer beaucoup de responsabilités dans le projet et d'y consacrer beaucoup de temps. Il est certain que cette présence favorise le développement du projet. J'assure une stabilité et une continuité dans les dossiers.

Troisième partie : Bilan de la démarche

Cette partie de l'Essai propose un bilan du projet Écoles et milieux en santé sous deux angles : l'intervention professionnelle en organisation communautaire peut-elle favoriser l'utilisation de l'approche socio-institutionnelle dans l'implantation des programmes développés par des institutions publiques? Ce projet répond-il aux caractéristiques d'une stratégie favorisant le développement d'une communauté?

3.1 L'intervention professionnelle en organisation communautaire

Cette partie de l'essai porte un regard critique sur le processus d'implantation du projet Écoles et milieux en santé. Cette intervention professionnelle en organisation communautaire s'est développée dans une communauté en ayant comme cible d'intervention de départ les jeunes qui fréquentent l'école du Village, les familles et des retombées à moyen terme dans la communauté.

L'angle sous lequel ce projet sera analysé est l'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire qui

regroupe les initiatives en provenance des institutions qui, en fonction de leur mission, décident d'agir sur une problématique ou une réalité collective au moyen de réponses (programmes, services, coordination et concertation de ressources, etc.) s'appuyant, en tout ou en partie, sur l'action communautaire. (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 101)

Cette partie du travail tentera, à l'aide des caractéristiques de cette approche, des conditions et des facteurs de réussite, de porter un regard critique sur les différentes facettes du processus d'implantation de ce projet. Cette analyse devrait mettre en évidence le processus participatif développé et le rôle de l'intervention professionnelle en organisation communautaire. De plus, en fin d'analyse deux facteurs de succès seront proposés suite à cette intervention dans le projet Écoles et milieux en santé.

3.1.1. Les caractéristiques

Au point de départ, il semble assez évident que le projet Écoles et milieux en santé répond aux deux premières caractéristiques identifiées par Bourque et Lachapelle (2007) de l'approche socio-institutionnelle ou de planning social. D'abord, l'origine du projet se situe à l'extérieur de la communauté. Il est proposé par La Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Le projet Écoles et milieux en santé permet de travailler deux des éléments présents dans le Programme national de santé publique 2003-2012. D'abord un des domaines d'intervention : La promotion de la santé et du bien-être. Ensuite une des stratégies retenues : Soutenir le développement des communautés. Ces objectifs sont clairement nommés dans le document d'information de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. « En partenariat avec d'autres bailleurs de fonds, l'Agence désire soutenir financièrement des projets de promotion de la santé et de développement social, qui touchent les thèmes de la jeunesse ou de la pauvreté ». (2007, p. 5) Un dépliant promotionnel présente le projet aux différents milieux susceptibles d'être intéressés à le vivre.

Cette piste d'intervention dans les communautés s'est développée dans l'Outaouais à partir des années 1995. Un groupe de travail formé de partenaires institutionnels et communautaires avaient

comme mission de dégager des orientations communes quant aux activités de promotion/prévention destinées aux jeunes et de créer un réseau de personnes sur chacun des territoires de façon à ce qu'ils assurent le « virage promotion/prévention ».
(Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais et Université du Québec à Hull, 1999, p. 1)

Suite à ce comité de travail, un comité de recherche composé de représentants de l'Université du Québec à Hull (aujourd'hui UQO) et de la Direction de la santé publique de l'Outaouais avait comme mandat de « proposer un modèle d'intervention qui permettrait d'agir simultanément sur plusieurs déterminants de la santé des enfants ». (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais et Université du Québec à Hull, 1999, p 1). C'est la deuxième caractéristique de l'approche socio-institutionnelle « le problème est défini et les solutions sont choisies par des professionnels qui possèdent une expertise du problème » (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 104). L'intervention proposée demande une mobilisation et une concertation de tous les partenaires concernés du milieu dans une démarche de travail intersectoriel. Suite aux propositions de cette équipe le projet Écoles et

milieux en santé est expérimenté dans trois milieux de 1996 à 2000. L'expérimentation a permis d'élaborer des outils de travail, d'identifier les besoins en formation, de préparer un répertoire d'intervention et d'évaluer les projets réalisés. Ces outils sont disponibles pour soutenir les milieux. Le document d'information de l'Agence, modifié à chaque année, indique clairement les critères auxquels doivent répondre les projets. Les activités de prévention et de promotion doivent s'adresser aux jeunes, à la pauvreté ou une combinaison des deux. L'approche de développement des communautés doit être privilégiée afin de répondre aux objectifs de participation, d'empowerment et de partenariat. Il est donc juste d'affirmer que le projet Écoles et milieux en santé respecte les deux premières caractéristiques de l'approche socio-institutionnelle c'est-à-dire, l'élaboration n'implique pas ou peu les « personnes qui vivent le problème ou aux acteurs concernés » (Bourque et Lachapelle, 2007, p.104) et le projet est développé par des experts qui cernent la problématique et proposent des solutions pour l'intervention.

La troisième caractéristique concerne les rapports avec les citoyens et les citoyennes. Selon Bourque et Lachapelle (2007), lorsque « les acteurs et les communautés sont confinés aux rôles de consommateurs, d'utilisateurs ou d'exécutants » (p.104), nous sommes dans l'application de l'approche socio-institutionnelle technocratique ou du planning social. Cependant, c'est dans l'implantation dans la communauté que l'intervention professionnelle fera la différence. Ainsi, il est possible d'importer d'un autre milieu le plan d'action d'un projet Écoles et milieux en laissant croire qu'il aura dans ce nouveau milieu les effets positifs de l'expérience réalisée ailleurs, c'est de type technocratique. Par contre, il est aussi possible de proposer un processus participatif dont « la conceptualisation et l'opérationnalisation d'un programme d'intervention communautaire constituent un processus dynamique où s'affrontent des valeurs et des intérêts qui mènent à un processus de négociation et de compromis, dont l'aboutissement ne peut être prédéterminé dans le cadre d'une planification préalable » (Bourque et Lachapelle, 2007, p109). Ce sont donc les modalités du processus d'implantation qui feront une partie importante de la différence entre l'approche socio-institutionnelle technocratique et participative. Les pages suivantes présenteront un bilan des éléments favorables à la mise en place d'un processus participatif soutenu par une intervention professionnelle en organisation communautaire dans le projet Écoles et milieux en santé du quartier 1 de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village.

3.1.2 Les conditions de succès

L'origine du projet et les activités réalisées dans la démarche d'implantation, présentées dans la deuxième partie et dans les pages précédentes permettent de voir une implication importante des acteurs du milieu dans le processus. Le projet Écoles et milieux en santé rejoint à des degrés divers les conditions spécifiques de succès de l'approche socio-institutionnelle participative énoncés par Bilodeau, Chamberland et White (2002) et dont font état Bourque et Lachapelle (2007, p. 108). En premier lieu la mobilisation des acteurs concernés par le développement des jeunes. Le projet rejoint les partenaires dont la mission est d'intervenir spécifiquement auprès des jeunes. À ces partenaires s'ajoutent ceux dont les interventions rejoignent les jeunes, les familles, les personnes âgées, etc.

Actuellement, nous travaillons à maintenir l'implication des partenaires et non d'en augmenter le nombre car nous croyons avoir rejoint tous les partenaires concernés. Dès le départ, l'analyse du milieu a permis aux acteurs d'être mobilisés sur des choix stratégiques et non pas seulement sur des choix techniques ou instrumentaux, donc, de mettre en place la deuxième condition de succès. L'utilisation des données détenues par les partenaires et les cueillette de données complémentaires, à l'aide de la technique du groupe nominal de Delbecq et Van de Ven (1968) a permis à chacun des partenaires d'être en position d'influence en regard de tous les aspects du plan global d'intervention. Cette démarche dépassait la consultation car tout était à décider. C'est là une troisième condition de succès. Cette façon de travailler, c'est-à-dire le processus participatif permet de réduire l'inégalité de pouvoir entre les acteurs. Dans le projet Écoles et milieux en santé cette quatrième condition de succès n'était pas liée à la présence d'experts mais de personnes pouvant exercer une certaine autorité de compétence sur le groupe. Rapidement des rapports égaux se sont développés entre toutes les personnes. Graduellement des complicités se sont établies dans la réalisation d'activités planifiées par l'ensemble du groupe. Cependant il est important de noter que cette bonne participation des acteurs du milieu cache l'absence des parents et des citoyens et citoyennes. Le manque de participation des parents revient souvent dans cette analyse. Cette prise de conscience questionne la culture organisationnelle en place dans le monde scolaire et dans celui des services de santé et des services sociaux.

3.1.3 Des facteurs de réussite

Les auteurs Bourque et Lachapelle (2007) ajoutent à ces quatre conditions d'autres facteurs de réussite d'une intervention qui utilise l'approche socio-institutionnelle participative. Ces facteurs permettent d'analyser d'une façon plus spécifique certains éléments de l'implantation du projet Écoles et milieux en santé. D'abord la pertinence sociale du projet. Deux éléments soutiennent un tel projet : le travail de prévention/promotion sur les déterminants de la santé et l'intersectorialité. Ainsi le projet Écoles et milieux en santé met en place une gamme d'activités qui rejoint l'ensemble de la clientèle scolaire, les familles et graduellement la communauté. Les activités visent l'activité physique, une alimentation saine et suffisante, l'apprentissage de la gestion pacifique des conflits, etc. L'importance de ces activités de prévention/promotion n'est plus à faire. Tout le discours des organismes officiels et de la recherche est unanime sur son importance. L'analyse du milieu avait confirmé l'urgence d'intervenir d'une façon concertée sur plusieurs déterminants de la santé. Quant à l'intersectorialité, il y avait dans le milieu un petit noyau de partenaires qui travaillait occasionnellement ensemble sur des problématiques spécifiques. La présence d'un projet Écoles et milieux en santé vient soutenir cette volonté de travailler en intersectorialité.

À ce premier facteur s'ajoute la flexibilité et l'ouverture du promoteur. La promotion de ce projet est faite par le réseau de la santé en occurrence la Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Comme mentionné plus haut, le cadre d'élaboration du projet est défini par cet organisme para-public. Par la suite, chaque milieu établit ses modalités de travail. La personne responsable du dossier à l'Agence est disponible afin de soutenir les milieux dans les différentes étapes du projet. Comme l'approche préconisée est le développement des communautés, il est essentiel que chaque milieu bénéficie d'une marge de manœuvre permettant le respect des exigences de cette approche. La reddition de compte annuelle permet de vérifier le respect des critères énoncés par l'Agence et la progression du projet dans la communauté en lien avec le plan d'action élaboré.

Le troisième facteur de réussite ajouté par Bourque et Lachapelle est « l'appropriation créative du projet ou du programme par les acteurs concernés » (2007, p 109). Il est difficile de qualifier le degré d'appropriation du projet Écoles et milieux en santé par les acteurs du milieu. Cependant, il est possible de le quantifier. Regardons l'appropriation du

projet en regroupant les organismes selon leur secteur d'appartenance soit le public ou le communautaire.

D'abord les organismes publics. Le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (CSSSG) intègre indirectement le projet dans ses orientations. Dans aucun document officiel la reconnaissance du projet n'est mentionnée. Cependant, la travailleuse sociale affectée à l'école et membre du comité Écoles et milieux en santé profite de toutes les opportunités afin d'intégrer d'autres personnels du CSSSG dans les activités du projet. Elle est une ressource précieuse au sein du comité. Une infirmière s'implique avec une animatrice du Centre Communautaire Entre-nous auprès d'un groupe de filles de l'école du Village. La ressource du CSSSG est maintenue car l'école est dans la démarche Écoles et milieux en santé. La nutritionniste participe, sur demande, au développement des activités en lien avec une alimentation saine et suffisante : soutien du personnel scolaire, kiosque lors des visites de parents, préparation de menus équilibrés pour les déjeuners et les activités en salle de classe, etc.

La ville de Gatineau marque sa présence dans le milieu par son centre de services du secteur Aylmer. Il n'y a aucun lien avec la représentante de la bibliothèque municipale et peu d'implication du représentant de la sécurité publique. Le policier éducateur gère les situations problématiques qui relèvent de sa compétence et propose des ateliers spécifiques au niveau des élèves de la sixième année. La situation est très différente avec le Service de loisirs, des sports et de la vie communautaire. La réorganisation du service et l'arrivée d'une nouvelle personne a donné un essor nouveau à l'implication de l'agent de développement présent au comité. Ce dernier porte une préoccupation constante de placer les organismes et les membres de la communauté en réseaux, d'initier des projets conjoints entre les organismes, d'être à l'affût de source de financement, de mettre en évidence ce que le Service de loisirs, des sports et de la vie communautaire peut offrir à la communauté, etc. Ainsi nous avons accès aux locaux du Centre de services pour les rencontres du comité, l'école utilise un gymnase pour des activités sportives, etc. Cette personne établit rapidement et facilement les contacts avec le personnel responsable des équipements sportifs, fait les réservations pour les différentes activités préparées par le comité et les partenaires. Cet intervenant reconnaît l'impact positif du projet Écoles et milieux en santé dans la communauté et manifeste clairement sa volonté de soutenir la pérennité du projet.

Le monde scolaire intègre progressivement le travail intersectoriel. Le Conseil d'établissement de l'école approuve officiellement le Projet Écoles et milieux en santé et traite de ce point lors de ces réunions. En avril dernier, il accepte le prolongement de ce projet pour l'année 2008-2009 avec son nouveau nom : Les Partenaires du Village. La commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais a reconnu le projet Écoles et milieux en santé de l'école du Village comme une mesure qui favorise la rétention scolaire. L'école a participé à une recherche effectuée par la Table Éducation de l'Outaouais pour faire une recension des projets réalisés dans le milieu. Depuis 2005, plusieurs objectifs du plan d'action sont intégrés au Projet éducatif 2005-2010 de l'école du Village. Chaque année le Plan de réussite contient des activités en lien avec ces objectifs. Le bilan annuel envoyé aux parents contient des informations sur le projet. Le projet Écoles et milieux en santé est un acquis au niveau officiel tant dans les écrits que dans la discours.

Considérant son intégration dans la vie de l'école, au niveau des jeunes, les modifications dans le curriculum et la vie étudiante sont des indices probants que les objectifs les rejoignent dans leur quotidien. Plusieurs apprentissages sont ciblés en salle de classe : les objectifs du volet des arts, la gestion pacifique des conflits, l'activité physique. Les activités offertes le midi et en parascolaires ont augmenté d'une façon significative. Les coûts ont diminué et plusieurs activités sont gratuites. Les jeunes sont plus présents dans les équipes sportives, s'impliquent dans l'équipe de médiateurs et de médiatrices et profitent des petits déjeuners servis à l'école deux matins par semaine. Déjà en juin 2007, le personnel de l'école reconnaissait que le climat de l'école s'était amélioré et notait une diminution importante de la violence dans les rapports entre les jeunes.

Au niveau du personnel enseignant et professionnel, les indices d'appropriation sont moins évidents. Elle varie selon les objectifs. Le Projet pacifique est dans sa deuxième année d'implantation. Presque la totalité des activités s'inscrivaient dans la planification globale de l'école. Dès mai 2007, la planification globale du projet pour 2007-2008 est faite par le comité d'implantation. Cette planification a permis une intégration dans plusieurs activités : accueil des élèves, agenda, campagne de promotion, visites de parents, etc. C'est un acquis important car durant la première année d'implantation le personnel était confronté à intégrer dans sa planification quotidienne ou hebdomadaire une diversité d'activités qui donnaient l'impression d'ajouter un projet non prévu et d'être toujours en activités.

Pour les activités avec les autres organismes du milieu qui impliquent les jeunes et le personnel, nous sentons un bon accueil, une participation intéressante, une très bonne collaboration et une appréciation de ce projet qui travaille à développer une meilleure qualité de vie chez leurs élèves et leurs familles.

Quant aux parents, ils sont informés du projet par les différentes communications qui annoncent les activités pour leurs enfants et pour les familles, les demandes de bénévoles pour certaines activités, etc. D'une façon plus officielle, des informations sont contenues dans le Projet éducatif de l'école, le bilan annuel envoyé à la fin de chaque année et l'agenda des élèves. Les organismes officiels de parents élus, le Conseil d'établissement et l'Organisme de participation des parents reçoivent des informations sur le projet lors des rencontres mensuelles. Ils expriment beaucoup de satisfaction sur les retombées pour l'école et le milieu. De plus, lors des rencontres de parents à l'école, des kiosques sont installés afin d'informer sur des services disponibles dans la communauté et sur le projet Écoles et milieux en santé. Les parents autorisent leurs jeunes à participer aux différentes activités, s'inscrivent et participent en grand nombre aux activités pour les familles le samedi. Ce sont là des indices de l'appréciation des parents. Nous sentons un inconfort, dans le monde scolaire, à dépasser le niveau académique avec les parents, c'est-à-dire les travaux à la maison, les résultats scolaires, le suivi des enfants en difficulté d'apprentissage ou de comportement, etc. L'école qui veut développer sa dimension communautaire doit être innovatrice dans son ouverture sur le milieu et créatrice de nouveaux moyens de collaboration avec les parents.

Le développement du projet Écoles et milieux en santé dans le milieu donne un nouvel essor aux organismes communautaires. D'une façon régulière les organismes communautaires du milieu se rencontrent et se concertent sur l'intervention dans le milieu. Depuis quelques années, les responsables des organismes ont convenu de respecter la spécificité de la mission de chaque organisme et celle de leur intervention dans le milieu. Cette orientation est prise avec le soutien de l'organisatrice communautaire du CLSC. En exemple, tout ce qui touche l'alimentation relève du Centre Alimentaire Aylmer. Le travail intersectoriel du Comité Écoles et milieux en santé ouvre la possibilité aux organismes communautaires de travailler à des activités conjointes tout en respectant la mission de chacun. Progressivement, les responsables des organismes ont accepté de s'impliquer dans des actions favorisant la présence de plusieurs organismes. Le travail de

concertation permettait aux organismes de s'impliquer selon leur degré d'expertise. Les petits déjeuners nécessitent la participation de l'école, du CLSC, du Centre Alimentaire d'Aylmer et de la Corporation de l'âge d'or d'Aylmer. Cette activité est identifiée dans le milieu à la mission du Centre Alimentaire Aylmer. Les activités parents-enfants le samedi sont préparées par les responsables du Service de loisirs, des sports et de la vie communautaire, le Centre Communautaire Entre-Nous et l'école. D'autres exemples pourraient être donnés.

Un autre indice de l'appropriation du projet par les organismes communautaires est leur engagement dans les demandes de subventions préparées par le Comité Écoles et milieux en santé. Certains bailleurs de fonds exigent l'implication de plusieurs organismes du milieu, dont des organismes communautaires, pour l'attribution d'une subvention. C'est le cas de Québec en Forme. D'autres exigent que la demande soit parrainée par un organisme communautaire du milieu. Ainsi, le Centre Communautaire Entre-Nous a présenté une demande au Service de loisirs, de sports et de la vie communautaire de la ville de Gatineau et la Corporation de l'âge d'or d'Aylmer dans le cadre du programme fédéral Nouveaux Horizons pour les aînés. Ces projets s'élaborent au sein du Comité Écoles et milieux en santé, favorisent l'implication de la majorité des organismes et soutiennent le développement de nouvelles activités dans le milieu. Ainsi, le projet Écoles et milieux en santé devient donc un levier pour les organismes du milieu et le développement de la communauté.

Un dernier facteur de réussite présenté par les auteurs est « la constance du soutien organisationnel et professionnel manifestée par l'instigateur du programme » (Bourque et Lachapelle, 2007, p. 109). Dans ce projet l'instigateur est la Direction de la santé publique de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais. Outre la documentation et des informations sur demande, le personnel responsable du programme Soutien au développement social et milieux en santé offre peu de soutien à la réalisation du projet Écoles et milieux en santé. Par contre nous retrouvons ce soutien du côté du promoteur du projet : le Comité Écoles et milieux en santé. Ce dernier s'est assuré tout au long du projet de maintenir un soutien professionnel et organisationnel. Ce facteur de réussite est développé dans la deuxième partie.

3.1.4 Autres facteurs qui favorisent la réussite

Le bilan de l'intervention professionnelle dans l'implantation du projet Écoles et milieux en santé permet d'identifier deux nouveaux facteurs de réussite : d'abord de la crédibilité et de l'efficacité dans le milieu et par la suite l'intégration et la priorisation des objectifs dans le plan d'action des partenaires concernés.

Le projet proposé doit être porteur d'une certaine crédibilité dans le milieu. Pour les organismes communautaires et de la santé, la réputation des projets Écoles et milieux en santé est généralement acquise. C'est une autre question pour le domaine scolaire. Lors des rencontres avec le personnel scolaire un certain scepticisme régnait. Peu ou pas connue, la mise en place d'un projet Écoles et milieux en santé suscitait peu d'enthousiasme. Cependant, la liste des besoins des jeunes et des familles était longue. Plusieurs personnes exprimaient clairement leur impuissance devant les situations difficiles vécues par leurs élèves. Un élément se dégageait de ces rencontres : le projet devait faire preuve d'efficacité rapidement afin d'obtenir de la crédibilité auprès du personnel enseignant. Ainsi il serait plus facile d'obtenir leur adhésion au plan global d'intervention et surtout leur implication au niveau des objectifs et des activités dans lesquels le personnel enseignant devait s'impliquer. Dès la première année l'école put acheter des équipements sportifs, du matériel pour les arts. Une ressource, spécialiste en art, soutient le personnel enseignant dans la préparation des objectifs d'apprentissage et les accompagne en salle de classe avec les élèves. Des personnes sont embauchées afin d'animer les récréations et les périodes du midi à l'extérieur et à l'intérieur de l'école. Il s'agit de mettre en place des activités pour que les jeunes apprennent par le jeu. Rapidement les retombées sont visibles. Le projet Écoles et milieux en santé s'insère progressivement dans le milieu dont l'école. Chacun des organismes membres du projet identifie dans son plan d'action les objectifs et les activités en lien avec le plan d'action intégré.

Pour qu'il y ait une appropriation par les différents organismes du plan global d'intervention il faut plus que de la crédibilité et de l'efficacité. Chaque organisme doit dans son propre plan d'action et dans sa grille d'activités introduire les objectifs et les activités du projet Écoles et milieux en santé. Le projet doit susciter un niveau de priorisation adéquat. Autrement, tous les éléments en lien avec le projet donneront l'impression de surplus, de ne pas avoir rapport avec la mission de l'organisme. Dans le

cas de l'école, les orientations, les objectifs du projet Écoles et milieux en santé doivent être en lien avec le projet éducatif de l'école et les activités inscrites dans le plan de réussite élaboré à chaque année. Le meilleur exemple concerne le Projet Pacifique. La deuxième année d'implantation s'est vécue avec une plus grande intégration à la vie pédagogique et étudiante de l'école. Une référence plus régulière aux orientations du projet éducatif et au plan de réussite, une inscription des différentes activités dans la planification globale de l'école et un rappel sur la feuille de route de chaque semaine ont favorisé une appropriation progressive de cette cible du plan d'action du Comité Écoles et milieux en santé.

3.2 Le projet Écoles et milieux en santé et le développement de la communauté

Nous tenterons de répondre à la deuxième partie de la question à l'aide d'éléments présentés dans la synthèse de la première partie de l'Essai. Le projet Écoles et milieux en santé du quartier 1 de la ville de Gatineau, secteur de l'école du Village prend son origine dans une volonté d'augmenter la qualité de vie des jeunes et des familles du quartier. Depuis le début des années 1990, plusieurs organismes du milieu présentaient un portrait imposant des besoins des jeunes. Le projet Écoles et milieux en santé vient donc répondre à cette volonté de se concerter afin d'intervenir sur des problèmes vécus dans la communauté et identifiés par elle.

3.2.1 La participation citoyenne

Il y a du travail à faire avant de parler de participation citoyenne c'est-à-dire d'individus «curieux de sa société, intéressé de ce qui se passe autour de lui, confiant que son action peut provoquer des changements et améliorer son milieu» (Deslauriers, 2007, p.11). L'implication de membres de la communauté est une préoccupation continuelle tant au niveau de la participation au comité Écoles et milieux en santé que de la réalisation des objectifs du plan d'action dans la communauté. Nous avons réussi à impliquer une personne de la communauté au comité. Pendant quelques années elle organisait des activités pour les jeunes qui se rendaient prendre le repas du midi à la Cafétéria Les Bons Voisins du Centre Alimentaire Aylmer. Actuellement elle visite des familles appauvries et des personnes âgées de la communauté. Petit à petit nous rejoignons des hommes et des femmes qui désirent s'impliquer dans les petits déjeuners. Cette expérience nous montre

que les bénévoles s'impliquent lorsque la demande est précise, inscrite dans un horaire et avec une certaine souplesse. Ces exigences nécessitent la présence d'une personne responsable qui gère tous les aspects de l'implication des bénévoles dans les projets. Cependant, une réflexion doit être faite et par la suite des actions concrètes devront être mises en place afin de conscientiser des résidents et résidentes du secteur aux besoins de d'engagement communautaire et les conséquences positives de leur implication. Ce questionnement doit favoriser une remise en question des moyens mis en place afin de rejoindre les citoyens et citoyennes du quartier. Il est nécessaire d'analyser la place réelle offerte au sein du comité et la volonté de partager le pouvoir avec la communauté. C'est la même préoccupation pour les parents. Dans les pages précédentes je mentionne un inconfort entre les parents et le personnel scolaire à dépasser la dimension pédagogique. Les parents participent peu quand l'école ou les organismes du milieu offrent des activités. Cette situation provoque de la déception chez les personnes responsables de l'organisation de l'activité. Rarement on se questionne sur les causes de l'absence des parents car la perception est que les parents ont besoin de ce que nous leur offrons. Des plans d'action, des programmes et des activités sont développés par les intervenants et intervenantes des domaines de l'éducation, de la santé et des services sociaux sans vérifier les besoins des parents et des familles du milieu. Dans ce volet de la participation des parents un travail d'analyse est à faire.

3.2.2 La participation et l'implication des organismes

La participation et l'implication des organisations communautaires, de l'école, du service des loisirs, des sports et de la vie communautaire, du CSSSG sont la force du projet Écoles et milieux en santé. Cependant, comme mentionné plus haut, il est plus difficile d'avoir l'implication des représentants de la bibliothèque municipale et du policier éducateur. Le représentant de la bibliothèque municipale venait au début des rencontres présenter les activités de son service et par la suite quittait. Son attitude ne manifestait aucune intention de s'impliquer dans le développement du projet. Il a quitté en 2005, la nouvelle responsable n'est jamais venue aux rencontres malgré des invitations répétées. Quant au policier éducateur, il est difficile d'identifier les causes de ses absences répétées. Une chose est certaine, il participe peu au développement du projet dans la communauté. À l'occasion, il est présent et s'implique dans l'une ou l'autre activité. Ses interventions auprès des jeunes demeurent dans la ligne des programmes ciblés : drogues, Internet,

violence, etc. À l'exception de ces deux services municipaux, nous considérons regrouper et intéresser de manière significative et positive tous les organismes du milieu qui apprennent à se concerter dans un projet intersectoriel de développement de la communauté.

3.2.3 La concertation

Ainsi, dès le début du projet, en 2004, les organismes publics et communautaires du milieu acceptaient de s'impliquer et de participer au développement du projet Écoles et milieux en santé. Il est juste de dire que dans le cheminement du projet s'est développée une concertation entre les différents organismes présents au comité. La définition de Ninacs convient tout à fait :

La concertation constitue un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel, de mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus, rassemblant des acteurs sociaux qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des pratiques économiques et sociales. (Ninacs, 2002ab, p.7).

Cependant, certains aspects doivent être revus et travaillés afin d'améliorer la concertation. D'abord la planification. Des actions décidées en Comité Écoles et milieux en santé doivent s'inscrire dans la planification annuelle d'un organisme membre pour se réaliser. Le plus bel exemple est la sensibilisation du personnel de l'école à la situation sociale et économique des familles qui fréquentent l'école du Village. La ressource du CSSSG est disponible. Les discussions au Comité Écoles et milieux en santé montrent la pertinence de cette activité. Depuis 2004, cette rencontre ne réussit pas à s'insérer dans la planification de l'école. D'autres exemples pourraient être donnés. Un deuxième aspect touche la pérennité du projet dans la communauté. Actuellement, des ressources financières et humaines sont disponibles afin d'appuyer le travail du comité. En juin 2008, la subvention se termine. Depuis mars 2007, les membres du Comité Écoles et milieux en santé réfléchissent sur la pérennité du projet en 2008. À ce jour, tous les partenaires désirent poursuivre le projet, ont ciblé des objectifs de travail et s'impliquent dans la demande de subventions. Le comité poursuit maintenant ses activités sous le nom suivant : Les Partenaires du Village.

3.2.4 Le partenariat

La concertation se bâtit lentement, qu'en est-il du partenariat? Des indices d'actions peuvent être identifiés selon la définition qu'en donne Ninacs. Pour lui, « le partenariat correspond à un projet commun fondé sur un engagement contractuel entre différents acteurs sociaux dont la mission, les objectifs, les moyens et la durée sont précisément définis » (Ninacs, 2002b, p. 8). Actuellement, suite à la réalisation des objectifs du plan global d'intervention du Comité Écoles et milieux en santé, cinq organismes ont établi des partenariats avec l'école. Ces activités sont en lien avec la mission de chaque organisme. C'est un début. Afin de consolider ce début de partenariat, le Comité des Partenaires du Village devra poursuivre l'élaboration de projets favorisant l'implication de tous les organismes membres. Cette action aurait un impact dans la communauté et favoriserait sans doute une plus grande participation des membres de la communauté. Cette démarche demande du temps et les membres du Comité des Partenaires du Village semblent vouloir s'en donner.

3.2.5 L'empowerment

La dernière caractéristique d'un projet qui favorise le développement d'une communauté est le développement de l'empowerment, de la capacité d'agir. La majorité des écrits situent ce concept comme l'élément essentiel du développement des communautés. Définir ce concept est assez facile, car « le corpus croissant en quantité et en qualité de l'empowerment fournit des assises scientifiques assez solides pour construire un cadre théorique » (Ninacs, 2002a, p. 49). Mesurer le niveau d'empowerment dans une communauté est assez complexe. Identifier les facteurs qui structurent le concept d'empowerment dans un milieu est une piste intéressante. Elle permet de nommer des objectifs de développement qui devraient, d'après les auteurs, favoriser le développement de l'empowerment.

Malheureusement les activités prévues lors du stage afin d'aller chercher les perceptions des partenaires en regard du développement de l'empowerment ne se sont réalisées que partiellement et n'ont pas permis de recueillir suffisamment de données afin de faire le point sur cette caractéristique présente dans le développement des communautés.

L'analyse et le bilan du projet Écoles et milieux en santé permet de conclure que ce projet respecte les caractéristiques d'une intervention dont l'objectif est le développement des communautés.

3.3 Liens entre le projet de stage et l'Essai

À l'automne 2006 je préparais mon projet de stage. Mon premier objectif était d'atteindre un niveau de maîtrise des concepts de développement des communautés et des exigences de cette approche. Cet Essai tente de démontrer la maîtrise acquise en cours de stage des concepts liés au développement des communautés. Dans la première partie, je présente une synthèse des différents auteurs sur la question. De plus, je compare le projet Écoles et milieux en santé et la démarche Écoles en santé. Cette étude comparative permet de bien camper les différences et les ressemblances de ces deux stratégies. Par la suite, dans la deuxième partie, j'analyse le projet Écoles et milieux en santé dans lequel j'ai réalisé mon stage. Cette analyse est réalisée à l'aide des éléments du cadre théorique. J'identifie les exigences posées au projet Écoles et milieux en santé afin qu'il soit reconnu comme stratégie de développement des communautés. En troisième partie, je présente un bilan du projet Écoles et milieux en santé en démontrant qu'un tel projet est une stratégie efficace pour le développement des communautés.

Mon deuxième objectif devait me permettre de développer des connaissances et des compétences dans l'implantation d'un projet dans le milieu de mon stage. D'abord je me suis appropriée l'approche socio-institutionnelle. La lecture de textes d'auteurs m'a permis de saisir les différences entre l'application technocratique et participative de cette approche. J'ai utilisé l'approche socio-institutionnelle de type participative dans mon intervention professionnelle dans la mise en place du processus de développement de la communauté. Le développement du projet Écoles et milieux en santé, l'implantation du Projet Pacifique à l'école ont respecté les éléments de cette approche. Dans la première partie de l'Essai, je présente une synthèse de l'approche socio-institutionnelle de type participative. Dans la deuxième partie de l'Essai, l'implantation du Projet Pacifique est présentée comme l'une des cibles importantes de plan global d'intervention du projet École et milieux en santé. Dans la troisième partie j'utilise les caractéristiques, les facteurs de réussite de l'approche socio-institutionnelle de type participative comme grille d'analyse

de l'intervention professionnelle en organisation communautaire dans le projet Écoles et milieux en santé. L'analyse de cette pratique permet de proposer deux éléments qui pourraient s'ajouter à la liste des facteurs de succès. Le premier concerne la perception du milieu en regard du projet proposé. Dès le départ le projet proposé doit faire preuve d'efficacité et obtenir ainsi une certaine crédibilité. Le milieu auquel s'adresse le projet doit être capable d'entrevoir les retombées positives. Les interventions doivent permettre aux personnes de faire des liens entre les besoins du milieu et les résultats positifs d'expériences analogues dans d'autres milieux semblables. Suite à l'acceptation du projet les responsables doivent se préoccuper d'intégrer les différentes activités à la programmation déjà en place. C'est le deuxième facteur de succès qui se dégage de cette expérience. Une perception positive favorisera la priorisation du projet dans toutes les facettes de l'organisation. Sans ces deux éléments le milieu risque de ne pas s'approprier le projet.

Le troisième objectif de mon projet de stage visait l'analyse de ma pratique professionnelle dans le projet Écoles et milieux en santé. Ma principale préoccupation était de cerner le concept d'empowerment, ce qui est présenté dans la première partie de l'essai, et d'analyser ma pratique professionnelle dans le cadre de la stratégie de développement des communautés. Le résultat de cette réflexion est présenté dans la deuxième partie de l'essai dans le contexte de la présentation de mon intervention professionnelle en organisation communautaire et dans la troisième partie qui propose un bilan du projet Écoles et milieux en santé comme stratégie de développement des communautés.

La juxtaposition du projet et de l'essai permet de mesurer l'importance et la qualité des apprentissages et des habiletés développées dans ces trois parties importantes de la maîtrise en travail social avec un profil de stage : le projet de stage, le stage et son rapport et l'essai.

3.4 Les apprentissages réalisés

Les apprentissages les plus importants réalisés sont en regard des connaissances sont liés au développement des communautés. Il m'a été possible d'acquérir une bonne connaissance des différents concepts en lien avec ce domaine. En plus, l'analyse des documents présentant Écoles et milieux en santé et École en santé m'a permis de bien situer ces deux pratiques. Écoles et milieux en santé est un processus par lequel un milieu se met en projet pour augmenter la qualité des jeunes de la communauté. École en santé est une démarche proposée aux établissements scolaires afin d'intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être des jeunes. La découverte de l'approche socio-institutionnelle m'a donné un nouveau regard sur l'intervention communautaire. Les éléments de cette approche ont influencé mes interventions.

Au niveau des habiletés, ce projet m'a permis de faire quelques apprentissages importants. D'abord il m'a permis de m'approprier des éléments d'une théorie et d'être capable de les intégrer à ma pratique. De plus, ces nouveaux apprentissages devenaient des outils afin d'analyser mes interventions, des situations et des pratiques. Une autre habileté que j'ai perfectionnée, c'est la capacité d'adaptation au rythme du travail dans l'intervention communautaire qui consiste à permettre au temps de faire son travail. J'ai dû apprendre qu'être organisatrice communautaire est un rôle de soutien et d'accompagnement et non un rôle décisionnel.

Quatrième partie : Défis et perspectives

Cet essai fait le bilan d'une expérience d'apprentissages théoriques et pratiques qui s'échelonnent depuis le début de l'année 2003. Cependant, quelques aspects de cette expérience doivent être développés d'avantage afin d'enrichir le domaine du développement des communautés.

Un premier défi concerne la participation citoyenne. À plusieurs reprises dans ce travail la participation citoyenne est identifiée comme une caractéristique essentielle du développement des communautés. De plus en plus, la participation citoyenne semble être au cœur de tous les projets de développement. Dans la partie du texte décrivant l'expérience terrain, la participation citoyenne n'atteint pas les attentes des acteurs du milieu. Un survol de l'utilisation de ce concept met en évidence la diversité des expériences représentées. On identifie sous l'expression participation citoyenne l'implication des individus dans des projets du milieu, la participation des mêmes personnes à des activités proposées dans le quartier, etc. Cette utilisation ne tient pas compte du degré de participation attendu, de la place accordée aux membres de la communauté, du rôle et du statut de ces personnes dans les comités.

Devant l'importance de la participation citoyenne dans le développement des communautés il devient essentiel de définir ce concept et d'en identifier les exigences. Le texte de Parazelli et Latendresse (2006) fournit des éléments intéressants à cette réflexion. Ces auteurs proposent de faire un lien entre participation citoyenne et démocratie, tout en qualifiant les différents types de démocratie : de délibération, de participation, de représentation et de délégation. Suite à ces clarifications il sera plus facile pour les acteurs d'un milieu d'identifier le niveau d'implication attendu et les moyens à mettre en place afin d'assurer l'implication et la participation des citoyens et citoyennes.

Un deuxième défi est la diffusion de cet essai dans le milieu et même à l'extérieur du milieu. Cette perspective de transfert arrive à un moment opportun puisque dans plusieurs

milieux des démarches d'Écoles en santé se développent et plusieurs bailleurs de fonds exigent le regroupement des organismes du milieu avant d'accorder une subvention. Ce partage de connaissances et d'expériences pourrait prendre la forme d'une publication, d'une participation à un séminaire, d'offre de services, d'accompagnement, etc.

Cet essai pourrait avoir un prolongement intéressant en regard du volet Écoles et milieux en santé. Depuis 1996, l'Agence de la santé et de services sociaux de l'Outaouais a subventionné plus de dix milieux pour un projet Écoles et milieux en santé. Chacun de ces projets s'est développé en tenant compte des acteurs, des besoins et des particularités du milieu. Une recherche exhaustive permettrait d'analyser chacun des projets, de les comparer, et de mesurer les retombées au niveau du développement des communautés concernées. Il serait même possible d'identifier la pérennité des projets dans le milieu puisque certains projets, au moins trois, sont terminés depuis huit ans.

Puisque l'école est un partenaire essentiel à un tel projet, cette recherche devrait mettre en évidence le rôle des directeurs et directrices des écoles dans le développement d'un tel projet. Il serait possible d'identifier le style de gestion qui favorise l'ouverture de l'école sur la communauté et l'implication des organismes du milieu dans l'école. Donc, la mise en place d'un travail intersectoriel et l'élaboration de partenariats dans un projet d'intervention globale et concertée de prévention et de promotion de la santé chez les jeunes. D'une façon plus spécifique, cette étude pourrait mettre en évidence les compétences à maîtriser chez le personnel de direction des établissements scolaires afin de favoriser leur implication dans un projet Écoles et milieux en santé ou dans une démarche Écoles en santé.

Cet essai met en évidence l'impact sur le développement des communautés des programmes qui appliquent l'approche socio-institutionnelle de type participative en organisation communautaire. Cependant, plusieurs programmes offerts aux communautés s'inscrivent dans d'autres approches dont plusieurs sont « top down ». Un exemple actuel est la Société de gestion du fonds pour la promotion des saines habitudes de vie, connue sous les noms suivants : Québec en Forme ou la Fondation Chagnon. Cette société s'est vue confier des objectifs de prévention et de promotion concernant la santé des jeunes. De plus, la moitié du budget est assumé par le gouvernement du Québec. Ainsi, Québec en Forme partage avec les établissements scolaires et les centres de santé et de services

sociaux des objectifs dont ces institutions sont les premiers responsables. Cette entente entre le public et le privé est préoccupante. Assistons-nous à un premier projet de partenariat public-privé dans le développement des communautés? Dans ce contexte, une étude plus poussée des activités de l'organisme Québec en Forme permettrait de mesurer son impact dans les milieux et ainsi de qualifier sa capacité d'intervention dans le développement des communautés.

Conclusion

Cet essai répond aux exigences du programme de maîtrise en travail social. Il vient fermer la boucle des apprentissages prévus par l'Université du Québec en Outaouais. Lors de mon inscription à une année de propédeutique en 2002, je ne mesurais pas l'importance des apprentissages qui me seraient proposés. Rapidement j'ai réalisé la richesse du domaine social et le peu de connaissance que j'en avais. Les différentes activités universitaires, les cours, les séminaires, les stages m'ont permis d'augmenter graduellement mes connaissances, mes compétences et de développer certaines habiletés. Équipée de nouveaux outils, j'ai augmenté ma capacité d'analyse des phénomènes sociaux en identifiant les causes et surtout en dégagant des pistes de travail. Cette compétence donne un sentiment de pouvoir sur des situations et une motivation à m'impliquer dans le travail social. Cette attitude a un impact positif, une capacité d'influence sur la mobilisation des acteurs concernés par une problématique. De plus, au cours des années, cette ouverture aux différentes problématiques sociales a permis de développer une vision plus large et plus globale du fonctionnement de la société. Cette prise de conscience s'est surtout développée dans les apprentissages associés au développement des communautés.

Tous ces apprentissages ont influencé mon implication dans mon milieu. Cela faisait partie de ma planification de retraitée de m'impliquer dans mon milieu. Cette formation universitaire a permis de dépasser mes attentes. Depuis 2003, j'ai joué un rôle de premier plan dans mon milieu à la suite du projet Écoles et milieux en santé. De plus, mes interventions ont grandement favorisé l'implication du personnel de l'école dans la communauté. Conséquemment, l'école s'est reconnue comme un partenaire essentiel de la communauté. Tout au cours de ma formation universitaire, j'étais préoccupée de placer au cœur des réflexions et des analyses le rôle social de l'école. Il reste beaucoup à faire.

Je termine ce travail avec beaucoup de fierté et de satisfaction. J'ai le sentiment d'avoir développé de nouvelles compétences, de nouvelles habiletés et d'avoir augmenté mes capacités dans la réalisation de travaux intellectuels.

Références

- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (2008). *Approche « Écoles et milieux en santé »*, Montréal, 2 pages.
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/kino/scolaire/index.html>
- Agence de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais (2005). *Fonds de développement social et milieux en santé, rapport d'évaluation*, Gatineau, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 37 pages.
- Bélangier, J-P, Sullivan, R., & Sévigny, B. (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, ASPQ, 223 pages.
- Bourque, D. (2007). « Les partenariats dans le développement des communautés », dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L., & Fréchette, L. (sous la direction de), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pages 297 à 309.
- Bourque, D., & Favreau, L. (2003a). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, vol. 50, no 1, p. 295-308.
- Bourque, D., & Favreau, L. (2003b). « *Le développement des communautés, santé publique et CLSC* », Centre d'étude et de recherche en intervention social (CÉRIS), Université du Québec en Outaouais, 23 pages.
- Bourque, D., & Lachapelle, R. (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire », dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L., & Fréchette, L. (sous la direction de), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pages 101 à 117.
- Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais (établissement du Vieux-Verger et du Village) (2001). *Présentation d'un projet à Fonds Jeunesse Québec*, 10 pages.
- Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais (école du Village) (2005). *École du Village, projet éducatif, document explicatif*. (Adoptée par le conseil d'établissement) 2005-2010, 9 pages.
- Côté, I., Ghorbal, S., & Rancourt, A., (2003). *Au cœur des conflits, faire la différence!* Guide d'implantation d'un programme de promotion des conduites pacifiques à l'école primaire. CAP Santé Outaouais.
- Dane, C. (2005). *Travailler avec les quartiers en difficulté*, Paris, Dunod, 202 pages.
- Deslauriers, J.-P. (2007) en collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir d'agir. *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif*, Gatineau, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), Université du Québec en Outaouais, 12 pages.

- Doucet, L., & Favreau, L. (1997). « Mise en perspective autour de trois modèles », dans Doucet, L., & Favreau, L. (sous la direction de), *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p.5-31.
- Favreau, L., & Fréchette, L., (2003). *Le développement social des communautés : le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux*. Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherches, no 23, Université du Québec en Outaouais, 34 pages.
- Favreau, L., & Fréchette, L., (2002). *Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 252 pages.
- Favreau, L., & Hurtubise, Y. (1993). *CLSC et communautés locales, la contribution de l'organisation communautaire*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- Gouvernement du Québec (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services Sociaux) (2008). *Programme national de santé publique, 2003-201, mise à jour 2008*. 103 pages.
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.
- Gouvernement du Québec (Direction du Programme de Santé publique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et L'Institut national de santé publique du Québec) (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 157 pages.
- Gouvernement du Québec (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) (2006). Fournier, Couillard et de la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la réadaptation, Delisle, lettre conjointe des ministres, 2006)
- Gouvernement du Québec (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) (2005a). *École en santé, Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, Publications du Québec, 64 pages.
- Gouvernement du Québec (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) (2005b). *École en santé. Un exemple fictif de projet éducatif et de plan de réussite d'une école en santé. La réussite éducative, la santé et le bien-être à l'école primaire Lajoie*, Québec, Publications du Québec, 30 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique du Québec) (2004). *Portrait des initiatives québécoises de type « écoles en santé » au niveau primaire*, Québec, Direction développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique, 87 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique du Québec) (2002a). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec, Institut de la santé publique, 50 pages. <http://www.inspq.qc.ca>

- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique du Québec) (2002b). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs, de directions de santé publique*, Québec, Institut de la santé publique, 50 pages. <http://www.inspq.qc.ca>
- Gouvernement du Québec (Ministère de l'Éducation) (2001). *Programme de formation de l'école québécoise, version approuvée*, Québec, 350 pages.
- Lachapelle, R. (2004). *Le développement des communautés : enjeux et opportunités*, Communication à la Journée d'étude intersectorielle de la Haute-Yamaska, Granby, 15 janvier 2004, 16 pages.
- Le Bossé, Y., & DUFORT, F. (2001) « Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés, une autre façon d'intervenir » dans Dufort, F., Guay, J. (sous la direction de) & Bouchard, C. *Agir au cœur des communautés*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 410 pages.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin, 489 pages.
- Ninacs, W.A. (2003). *L'empowerment et l'intervention sociale : document d'accompagnement : créer des liens pour comprendre et agir sur notre monde favoriser l'inclusion*. Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF), 46 pages. www.lacle.coop/publications
- Ninacs, W.A. (2002a). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*, Thèse de doctorat inédite, Université Laval, 290 pages. www.lacle.coop/publications
- Ninacs, W.A. (2002b). « *Un arrondissement accessible, une fierté à partager* », *Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain*, Montréal, le 3 décembre 2002, 20 pages. www.lacle.coop/publications
- Parazelli, M., & Latendresse, A. (2006) Penser les conditions de la démocratie participative. *Nouvelles pratiques sociales*, volume 18, numéro 2, pages 15- 23
- Régie Régionale de la santé publique et des Services Sociaux de l'Outaouais (Direction de la santé publique) et l'Université du Québec à Hull (1999). *Écoles et milieux en santé, rapport d'évaluation*, 222 pages.
- Richard, N. (2007). « Enjeux et défis de l'empowerment communautaire : essai réflexif » dans Duval, J.-F., & Bourque, D. *Développement des communautés, approche territoriale intégrée et intervention de quartier : deux pratiques probantes*, Gatineau, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), Université du Québec en Outaouais, 43 pages

Appendice A

**Écoles et milieux en santé et École en santé
Différences et ressemblances entre les deux stratégies**

Écoles et milieux en santé et École en santé (1)
Différences et ressemblances entre les deux stratégies

Écoles et milieux en santé	École en santé
<p>Assises théoriques</p> <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écrits canadiens, britanniques et américains documentent cette approche comme prometteuse. Elle se présente sous plusieurs noms: <i>Health promoting school, School health system, Comprehensive health education, Integrate school health services, Comprehensive school health.</i> • Le concept « <i>Comprehensive school health</i> » est également préconisé par OMS, 1992. 	<p>Assises théoriques</p> <p>Sources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • International: OMS, 1997; Fetro, 1998; National Health and Medical Research Council, 1996; St. Leger, 1999; St. Leger, Nutbeam, 2000. • Canada: l'approche s'inspire de l'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire en collaboration avec l'Unité de l'éducation et de la formation de Santé Canada. Développé sous le titre de <i>S'exprimer et s'engager : La promotion de la santé en milieu scolaire</i>, se situe dans une Approche globale de la santé en milieu scolaire • Etats-Unis : démarche semblable préparée par Center for Disease Control à Atlanta, <i>Comprehensive School Health Program.</i> • Québécois: recension des expériences fructueuses dans les plusieurs milieux scolaires par Deschesnes, Lefort et coll., 2004.
<p>Orientations</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'école sert de porte d'entrée pour travailler avec les enfants, les parents, les enseignants et les autres acteurs qui se trouvent dans l'environnement immédiat des enfants et dont les activités peuvent affecter leur condition de vie et leur bien-être. • Dans ce contexte, les alliances créées entre les acteurs constituent la pierre angulaire pour le développement d'un plan global et intégré d'intervention et sa mise en œuvre. • Le projet s'appuie sur les acquis et les expériences passées dans la communauté et se développe selon les préoccupations et les 	<p>Orientations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. L'école assume un rôle central et peut compter sur la collaboration de CSSS. • Agit sur des facteurs clés du développement : <i>Individuel</i>: estime de soi, compétence sociale, habitudes de vies, comportements sains et sécuritaires, etc. <i>Environnemental</i> : environnement scolaire, environnement familial, environnement communautaire, services préventifs.

<p>priorités identifiées par le milieu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle écologique de promotion de la santé : Deux éléments fondamentaux de cette approche : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Stratégies d'éducation à la santé, services de soutien aux élèves et leur famille, au personnel enseignant, des ressources d'entraide dans la communauté, un environnement sain et sécuritaire; ➢ Coordination et intégration des efforts des partenaires des différents secteurs. • La collaboration intersectorielle : stratégie de développement des activités de promotion de la santé. Le fait que la santé soit déterminée par de multiples facteurs individuels et contextuels supporte l'idée qu'il faut agir à plusieurs niveaux à la fois. • Au cœur de la collaboration intersectorielle : le partenariat et la participation. • Approche globale et intégrée. <p>Mise en place d'un éventail de programmes, politiques, services et activités qui prennent place dans les écoles et leur environnement immédiat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actions à tous les niveaux : école, famille, communauté, etc. Diversification des actions : activités, services, programmes, etc. • Intervention concertée de tous les partenaires.
<p>Buts</p>	<p>Buts</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le développement optimal de tous les enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir les préoccupations liées à l'éducation et à la santé. • Développement optimal des jeunes. • Développement de compétences et de comportements chez les jeunes qui favorisent la réussite éducative, la santé et le bien-être. • La promotion d'un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire <p>Créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.</p>

Problématique		Problématique	
<ul style="list-style-type: none"> • Constat au niveau des programmes s'adressant aux enfants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cloisonnés; ○ Peu coordonnés; ○ Mal intégrés à l'ensemble des activités destinées aux jeunes. • Peu de liens entre l'école et la famille et l'école et la communauté. Cet écart ne favorise pas les capacités d'apprentissage et le développement des jeunes. • Dédoubllement et discontinuité des actions et des services en prévention et promotion. 		<p>La recherche a permis de mettre en évidence des limites des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes du monde scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission de connaissances sans tenir compte des changements essentiels au niveau des attitudes, des habiletés, des comportements et de l'environnement (milieu familial, communautaire, etc.). • Activités présentées hors contexte : fragmentation, morcellement, manque d'intégration. • Interventions proposées aux jeunes sans tenir compte de sa famille et du milieu communautaire (contexte social). 	
Objectifs		Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Le projet « Écoles-milieus en santé de l'Outaouais » a comme objectif d'amener un changement positif dans la réponse aux besoins de santé des enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) en proposant une approche globale et intégrée de la santé. 		<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins des jeunes. • Lier les objectifs de la santé et de l'éducation en vue de la réussite des jeunes. • Donner de la plus-value à ce qui se fait déjà. • Éviter le morcellement et prévenir l'essoufflement. • Traduire dans l'action les conditions de réussite reconnues. 	
Moyens		Moyens	
<ul style="list-style-type: none"> • Cette approche intègre de multiples stratégies d'éducation à la santé, des services de soutien aux élèves et leur famille, aux enseignants, des ressources d'entraide dans la communauté ainsi qu'un environnement sain et sécuritaire favorable à leur développement. • Cette approche fait appel à la coordination et à l'intégration des efforts des partenaires provenant de différents secteurs en vue de favoriser la santé des jeunes de la communauté. • Elle implique un changement important dans les modes de pratique (décloisonnement des professions et des secteurs, évitement d'une duplication des interventions) qui devrait se 		<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire la promotion de la santé, de la réussite éducative et du bien-être, la prévention des problèmes sociaux dans le projet éducatif de l'école et dans le plan de réussite. • Adhésion de tous les partenaires dont les parents aux actions de promotion et de prévention. • Profiter du renouveau pédagogique qui propose le développement de compétences, des approches pédagogiques centrées sur la participation de l'élève, l'inclusion dans services complémentaires(prévention et promotion de la santé et du bien-être) et l'ouverture de l'école sur la communauté. 	

<p>traduire par des interventions mieux adaptées aux besoins des enfants, des familles et de la collectivité, compte tenu de la synergie des moyens utilisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation d'un guide pour les différents acteurs concernés par la santé, la réussite éducative et bien-être des jeunes. Ce guide respecte le spécifique de chaque ministère et des orientations ministérielles. • Démarche nationale d'accompagnement par des ressources en santé et éducation.
<p>Contraintes</p>	<p>Contraintes</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Approche globale et intégrée : difficulté de compréhension et d'adhésion des acteurs concernés. • Manque de collaboration, de planification intégrée, de soutien des décideurs, de ressources, de formation du personnel enseignant. • La complexité de ce type d'approche. • Au début, le temps et les ressources à investir. • Le manque de sensibilité des intervenants de l'extérieur de l'école à la culture des écoles et à leurs besoins. <p>Le sous-financement et le financement par cibles ou catégories de problèmes.</p>

Conditions de réussite	Conditions de réussite
<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques organisationnelles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ style de leadership : empowerment ➤ compétences en leadership : communication, capacité de négociation, gestion des conflits, ➤ climat qui favorise la cohésion, l'égalité, l'ouverture et la confiance, etc. • Principales variables qui favorisent la réussite d'un plan d'action en prévention et promotion de la santé : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les caractéristiques de leadership; ➤ Les processus de décision basés sur la participation active des membres; ➤ Un climat organisationnel favorisant l'innovation et la cohésion au sein du groupe; ➤ Un réseau de liens avec d'autres organisations dans la communauté. • Une action collective comprenant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un engagement réel des partenaires ; ➤ Consensus quant aux orientations générales du projet et quant à un mode de fonctionnement; ➤ Compréhension commune : de la problématique, des ressources, des possibilités et des besoins en lien avec la problématique; ➤ Identification et mise en place de solutions globales et durables; <p>Partenariat local et régional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vision globale et systémique des besoins des jeunes et des stratégies pour y répondre. • Planification systématique des actions, suivi régulier. • Intensité des actions, continuité tout au long du parcours scolaire et du développement des jeunes. • Partenariat mobilisateur avec les parents et les organismes privés, publics et communautaires. • La présence de conditions organisationnelles de qualité : libération de temps pour les personnes impliquées, présence d'une personne responsable de la démarche et d'une équipe de mise en œuvre, coordination souple, partenariat, soutien politique et financier, soutien et accompagnement continus des intervenants. • Évaluation : essentiel afin de soutenir la mise en œuvre de cette approche.
Cibles	Cibles
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le mieux-être et la santé en général des enfants; • Prévenir certains problèmes de santé ou traumatismes spécifiques; • Améliorer les conditions de vie qui ont un impact sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs clés du développement des jeunes : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vies, comportements sains et sécuritaires, environnements favorables, services préventifs. • Mobiliser à divers niveaux : jeunes, familles, école,

<p>des enfants;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les milieux de vie des jeunes. 	<p>communauté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ancrer les actions dans la réalité des jeunes et leurs milieux de vie : point d'ancrage l'école par son projet éducatif et son plan de réussite. • Actions de prévention et de promotion au niveau de l'école.
<p>Démarche</p>	<p>Démarche</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration intersectorielle pose des exigences à la démarche : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Analyse du milieu : économique, culturel, politique et organisationnel; ➢ Identification des acteurs; ➢ Consensus à l'égard des valeurs, des orientations, des buts poursuivis et des responsabilités de chacun des acteurs. • Étapes : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mobilisation des partenaires de tous les secteurs d'activités de la communauté; ➢ Consensus quant aux orientations générales du projet et au fonctionnement du groupe; ➢ Analyse des besoins et des ressources du milieu ➢ Élaboration d'un plan global d'intervention : objectifs, actions, apport des partenaires, échéancier et évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Principes qui sous-tendent la démarche : accompagnement, collégialité, différenciation et adaptation (régulation). • Une démarche opérationnelle intégrée dans le projet éducatif, le plan de réussite et le Projet clinique du CSSS qui comprend le Plan d'action local de santé publique. • Étapes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mobiliser le milieu et faciliter la concertation ➢ Analyser la situation ➢ Bonifier le plan de réussite ➢ Mettre en œuvre le plan de réussite d'une École en santé ➢ Poser un regard critique sur les actions.
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Plan d'action <ul style="list-style-type: none"> Critères pour définir un plan de qualité : <ul style="list-style-type: none"> -Clarté dans la définition du problème; -Des objectifs mesurables; -Des stratégies appropriés; -Un calendrier réaliste; -Une évidence de coordination et de collaboration entre les partenaires; -Une évaluation appropriée; -Budget adéquat 	

Financement	Financement
<ul style="list-style-type: none">• Subvention de démarrage et d'aide à la planification.• Subvention annuelle : maximum trois ans	

(1) Les documents ayant servi à préparer cette synthèse sont inclus dans la liste des références.