

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

Denise Desjardins
Sous la direction de Denis Bourque

Cahier numéro 1001
ISBN : 978-2-89251-384-4

Février 2010

NOTES BIOGRAPHIQUES

Denise Desjardins-Labelle

Denise Desjardins-Labelle a œuvré dans le secteur de l'éducation au Québec. De 1975 à 2001, elle a rempli des fonctions de conseillère pédagogique et de directrice d'établissement. Elle coordonne les activités d'organismes multisectoriels depuis 2003. Ces derniers forment le *Comité des Partenaires du secteur Aylmer* de la ville de Gatineau. Elle détient un baccalauréat en sciences sociales (1994) concentration sociologie et études des femmes de l'Université d'Ottawa et une maîtrise en travail social (2009) de l'Université du Québec en Outaouais.

Denis Bourque

Denis Bourque est professeur titulaire au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais. Il est co-responsable de l'axe Développement social des communautés de l'ARUC-Innovation sociale et développement des communautés depuis 2006. Il est également titulaire de la chaire de recherche du Canada en organisation communautaire depuis 2008. Il a été organisateur communautaire au CLSC Seigneurie-de-Beauharnois de 1975 à 1990 et coordonnateur des services à la communauté au CLSC Jean-Olivier-Chénier de 1990 à 2002. Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et le partenariat entre organismes communautaires et établissements publics. Il a publié en 2008 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*.

LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSSSO	Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ASSSO	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
CDEACF	Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine
CERIS	Centre d'étude et de recherche en intervention sociale
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRCOC	Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire
CSBE	Conseil de la santé et du bien-être
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGSP	Direction générale de la santé publique
DSP	Direction de la santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
O.C .	Organisateur-trice communautaire
PNSP	Programme national de santé publique
RRSSSO	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
UQAH	Université du Québec à Hull
UQO	Université du Québec en Outaouais

TABLE DES MATIÈRES

NOTES BIOGRAPHIQUES	I
LISTE DES ACRONYMES	II
TABLE DES MATIÈRES	III
PRÉSENTATION DE LA CRCOC	IV
SOMMAIRE	V
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	2
1.1 LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	2
1.1.1 <i>Définition et notions de base</i>	3
1.1.2 <i>Les caractéristiques de cette intervention</i>	4
1.2 APPROCHE SOCIO-INSTITUTIONNELLE	10
1.3 APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ ET PROJET ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ	12
DEUXIÈME PARTIE : PROJET ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ ET SOUTIEN PROFESSIONNEL	16
2.1 PROJET ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ	16
2.1.1 <i>Origine du projet</i>	16
2.1.2 <i>Problématique</i>	17
2.1.3 <i>Mobilisation des partenaires</i>	17
2.1.4 <i>Processus et résultats</i>	18
2.1.5 <i>Expertises</i>	21
2.2 L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	22
2.2.1 <i>Mobilisation des partenaires</i>	22
2.2.2 <i>Implication dans la communauté</i>	23
2.2.3 <i>Développement de l'empowerment</i>	24
2.2.4 <i>Soutien technique du projet</i>	24
TROISIÈME PARTIE : BILAN DE LA DÉMARCHE	26
3.1 L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	26
3.1.1 <i>Les caractéristiques</i>	26
3.1.2 <i>Les conditions de succès</i>	28
3.1.3 <i>Autres facteurs qui favorisent la réussite</i>	32
3.2 LE PROJET ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	33
3.2.1 <i>La participation citoyenne</i>	33
3.2.2 <i>La participation et l'implication des organismes</i>	34
3.2.3 <i>La concertation</i>	34
3.2.4 <i>Le partenariat</i>	34
3.2.5 <i>L'empowerment</i>	35
CONCLUSION : DÉFIS ET PERSPECTIVES	36
BIBLIOGRAPHIE	38
APPENDICE A	41

PRÉSENTATION DE LA CRCOC

La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) a débuté ses activités le 1^{er} janvier 2008. Elle est située à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et possède son propre site Internet : <http://www.uqo.ca/croc/>. Elle fut la première chaire en travail social reconnue par le programme des chaires de recherche du Canada <http://www.chairs.gc.ca/>. Ce dispositif de recherche se consacre à produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique confrontée à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi que des mouvements sociaux. Sur cinq ans, la chaire mènera des travaux de recherche et de diffusion sur les quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire (Bourque et al. 2007) :

- Action sociale : mieux comprendre les conditions permettant aux personnes concernées par une situation d'agir comme acteurs collectifs, la contribution particulière des jeunes et les nouveaux modes complexes d'organisation en réseau.
- Développement local : identifier les nouvelles formes d'initiatives de développement local de type intégré, leurs retombées pour les communautés, ainsi que les conditions qui en favorisent la régulation participative et démocratique.
- Socio-institutionnelle : analyser l'évolution de l'organisation communautaire dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Étudier l'incidence des programmes de santé publique sur la pratique en organisation communautaire et identifier les conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle participative.
- Sociocommunautaire : analyser l'impact des politiques publiques et initiatives municipales (développement social, vie communautaire, etc.) sur le développement et les services de proximité de quartiers et milieux en difficulté.

La présente recherche s'inscrit dans les travaux relatifs à l'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire, particulièrement dans son volet participatif.

La chaire favorise un renouvellement des pratiques basé sur des données probantes et de meilleures pratiques favorisant le développement des communautés par l'accès des populations au rang d'acteurs sociaux. En plus de la recherche, la CRCOC se consacre à la diffusion et à la valorisation des connaissances en publiant des cahiers, en rédigeant des articles et des ouvrages, en livrant des communications et des conférences, en organisant des séminaires, des activités de formation, de consultation et d'accompagnement.

SOMMAIRE

Ce cahier est tiré d'un essai présenté comme exigence partielle à la maîtrise en travail social de l'UQO. Il propose l'analyse d'une pratique spécifique d'intervention sociale : le projet *Écoles et milieux en santé*. Initié en 1997, dans la région de l'Outaouais, par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (ASSSO), 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 du Québec 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 (MELS, 2005a). 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.

En plus de définir plus en profondeur l'approche *Écoles et milieux en santé*, ainsi que les principaux concepts associés au développement des communautés et à l'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire, l'auteure 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*. Elle 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, et ce, en proposant une analyse qui met en évidence le processus participatif développé et le rôle de l'intervention professionnelle en organisation communautaire. Pour y arriver, l'auteure pose deux questions qui guideront son analyse soient.

- 1) 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?
- 2) Ce projet *École en milieu en santé* répond-il aux caractéristiques d'une stratégie favorisant le développement d'une communauté?

Un bilan critique des différentes facettes du processus d'implantation du projet *Écoles et milieux en santé*, ainsi que de la pratique spécifique d'intervention sociale dont fait l'objet ce cahier, permet de dégager des conditions et des facteurs de réussite : la mobilisation des acteurs concernés par le développement des jeunes; la pertinence sociale et la crédibilité du projet *Écoles et milieux en santé* fondés sur le travail de prévention/promotion sur les déterminants de la santé et l'intersectorialité; la flexibilité et l'ouverture du promoteur du projet, en l'occurrence la Direction de la santé publique (DSP) de l'Outaouais; le développement d'une concertation et de partenariats.

INTRODUCTION

Depuis 1997, plusieurs milieux de l'Outaouais ont investi dans un projet de type *Écoles et milieux en santé*. Chaque année, l'ASSSO, 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. 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 était présent presque exclusivement dans la région de l'Outaouais. Depuis 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) 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* ». (ASSSM, 2008, p. 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.

Le présent cahier comporte trois parties. La première partie du cahier présente le cadre théorique, c'est-à-dire une revue de littérature et de recherches sur les concepts, approches, et méthodes relevant des projets *Écoles et milieux en santé*. 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 l'approche *École en santé*.

La suite du cahier, 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 et du développement des communautés afin de dégager les différentes facettes de l'intervention professionnelle en organisation communautaire.

La conclusion fait ressortir, notamment, les 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

Depuis la fin du XX^e siècle, l'approche de développement des communautés s'implante rapidement comme stratégie de développement local. Bourque et Favreau (2003a) 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 » (Bourque et Favreau, 2003a, p. 297). En Europe, la Communauté Européenne prend l'initiative de projets visant le développement des communautés.

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)

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 (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans leur Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants (MSSS, 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. » (MSSS, 2007, 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'INSPQ 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 (PNSP) 2003-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux de 2003 (MSSS, 2003). Dans les régions, les Agences de santé et de services sociaux 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.

1.1.1 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 précisée. 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'INSPQ (2002a) et reprise par la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS, en 2008, dans la mise à jour du PNSP :

« 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. » (MSSS, 2008, p.61).

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 (CSBE) de 2001 dans son rapport sur *L'appropriation par les communautés de leur développement*. 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 » (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 faut prendre en compte les variables de Bartoli (1999) citées par Bourque et Favreau (2003b):

« 1) le social doit être aux commandes; 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. » (Bourque et Favreau, 2003b, 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 » (Calame, 1994, cité dans Dane, 2005, p. 9).

1.1.2 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 type 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 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'ils rejoignent réellement les personnes concernées. Ainsi, des membres informés ayant participé à la consultation se sentiront concernés et outillés afin de prendre part aux 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. . 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). Pour William A. Ninacs, « 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 et notion de pouvoir. Regardons brièvement chacune de ces notions.

D'abord la notion de pouvoir. 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 quelles qu'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 d'agir¹, 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). Cette conception du pouvoir est en opposition avec la conception dominatrice 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

¹ 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 d'intervention communautaire fondé sur les éléments essentiels au développement du processus.

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, le processus. Comme nous l'avons mentionné précédemment, 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 » (Ninac, 2002a, p. 62).

Ninacs (2002, 2003) décrit trois formes d'*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. Au niveau de l'intervention, le texte de Ninacs (2002a) 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 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 de l'intervention sociale, mais aussi sur l'intervention en elle-même » (Ninacs, 2002a, p.64).

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 (2002a):

- 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*. En même temps, le cheminement de l'organisation favorise le développement d'autres facettes chez les individus en opérant sur quatre plans : la participation; les compétences; la reconnaissance et la conscience critique (Ninacs, 2003). L'organisation est donc un lieu d'*empowerment*.

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). 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). Deux parties du document semblent novatrices :

« 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. 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. » (Ibid, p. 11).

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. 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). Parmi ces concertations, certaines tirent leurs origines d'un programme de subvention. 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 institutions publiques responsables de gérer cette subvention.

Le partenariat pose des exigences plus rigoureuses aux acteurs du milieu. Bourque (2008) propose une définition du partenariat. Pour lui « il s'agit d'une relation d'échange structurée et formalisée (par contrat ou entente) entre des acteurs sociaux (communautaire, économie sociale, institutionnel, privé) impliqués dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services. » (Bourque, 2008, p. 8). 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. » (Bourque, 2007, 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 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 » (Bourque et Favreau, 2003a, 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 et 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'accent est mis sur le processus et nécessite du temps pour se développer, il est difficile de 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. » (Bourque, 2007, p. 299).

Selon Bourque et Favreau (2003), certaines « conditions opérationnelles » sont essentielles dans l'intervention en développement des communautés afin que les démarches se vivent d'une façon harmonieuse, efficace et favorisent le développement de la communauté. La première est l'addition des expertises (Bourque et Favreau, 2003a, 2003b). L'expertise des CSSS en développement des communautés s'est développée depuis plus de trente-cinq ans au Québec (Favreau et Hurtubise, 1993, p. 170)

La majorité des auteurs s'entendent sur le rôle important de l'organisation communautaire des CSSS 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 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. (Bourque, Favreau, 2003a, p. 301).

La troisième expertise est présente dans la communauté, c'est l'expertise citoyenne et celle des acteurs sociaux du milieu. Cette expertise se développe par l'implication des personnes et des

groupes 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).

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.

Le développement des communautés et l'organisation communautaire des CSSS 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 et Lachapelle, 2007, p. 101) permettant le développement des forces des communautés dans l'utilisation des programmes issus des institutions.

1.2 Approche socio-institutionnelle

Bourque et Lachapelle (2007) proposent des indicateurs au 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. L'approche socio-institutionnelle est associée au planning social de la typologie de Rothman (1970), mais s'en distingue sur la question de la participation.

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, p. 102).

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. Cette intervention s'entreprind 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 de sources généralement anglo-saxonnes; 2) ils ne tiennent pas compte du milieu ; 3) ils font peu ou pas de place aux intervenants du milieu et favorisent donc l'uniformisation et la 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 présentent 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.

Les auteurs 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).

Dans ce processus, les auteurs identifient aussi trois types de contribution : l'expertise scientifique des experts, 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)

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 Approche École en santé et Projet Écoles et milieux en santé

La lecture des différents documents produits par les organismes initiateurs de la démarche *École en santé* et des projets *Écoles et milieux en santé* permet de cerner les ressemblances et les différences de ces deux stratégies d'intervention auprès des jeunes des écoles. Au niveau des assises théoriques et des expériences réalisées dans d'autres milieux, on retrouve les mêmes sources : Organisation mondiale de la santé (OMS), 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 PNSP du Québec.

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 » (ASSSO, 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 » (MELS, 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 préétablies par ces organismes qui acceptent de participer à la démarche *École en santé*.

Par contre, l'intersectorialité est essentielle à l'acceptation et au développement d'un projet *Écoles et milieux en santé*. 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. Donc, l'école exerce un pouvoir différent selon qu'elle s'implique dans une démarche ou dans un projet. Généralement, dans la démarche *École en santé* 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. Toutes les 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.

École en santé et *Écoles et milieux en santé* s'inscrivent dans l'approche socio-institutionnelle du développement des communautés. Ces deux stratégies illustrent 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. Selon nous, la démarche *École en santé* s'inscrit davantage dans le courant technocratique de l'approche socio-institutionnelle, puisque les leaders des 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. Dans le cas de la démarche *École en santé*, la commission scolaire et le CSSS doivent travailler ensemble, afin d'appliquer cette mesure ministérielle. Les parents sont reconnus comme partenaires et sont invités à participer. Cependant, il n'est pas question de participation citoyenne; les organismes 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 prédéterminé 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 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 reprises par Bourque et Favreau (2003b) :

« 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 ou approche *École en santé* relève davantage 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 types d'intervention 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 ce cahier. Un tableau des éléments essentiels ayant servi à cette comparaison 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 no 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 la portée 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 » (Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais, 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 prit 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'ASSSO 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, la Direction régionale de santé publique et soutenu par le CLSC-CHSLD du milieu.

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 (CIPTO), 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 en plus des statistiques tirées du Recensement de 2001.

Le *Portrait de santé* produit par la Régie régionale en 2003, présente un bilan de la santé de la population d'Aylmer. La moyenne de revenu des ménages est la plus élevée au Québec après la Ville de Westmount. Le niveau de scolarité est le plus élevé après Montréal, Laval et Québec, 20% de la population détient un diplôme universitaire (Ahamada, M. 2002). Cependant, le secteur Aylmer retrouve des poches de pauvreté importantes.

Cependant, le territoire du CLSC-CHSLD Grande-Rivière se caractérise par des écarts importants entre ces 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. Nous y 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-CHSLD 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 concertation des partenaires.

La mise en place du projet *Écoles et milieux en santé* trouve donc un terreau fertile à l'implication des organismes du milieu. Durant l'année 2004, les neuf organismes nommés précédemment collaborent afin de réaliser l'analyse du milieu. En plus de documents qui 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, de cerner la problématique, mais il a aussi 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 ainsi que 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, ce qui s'est traduit par une faible mobilité des personnes membres du comité *Écoles et milieux en santé*. En janvier 2007, plusieurs changements viennent fragiliser le comité : le mouvement de personnel, les défis propres à chaque organisation, le projet de vente de la MCBA qui force les locataires à se relocaliser, etc.

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'ASSSO. 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 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 (ADRLSSSSO) :

« 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. »

(DSPO & UQAH, 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.

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 milieu en santé.

Les deuxième et troisième étapes du processus 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. Notons que la démarche d'évaluation est l'une des conditions du renouvellement annuel du financement.

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. Regroupés 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. 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 ASSSO. 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 ASSSO. Les organismes du milieu ont investi près de 59 000 \$ en ressources humaines et matérielles.

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 taillé 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 et 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 et 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*, dorénavant 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 certaines conséquences de la pauvreté.

2.1.5 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, 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 leurs interventions, les responsables du CLSC Grande-Rivière favorisent le travail intersectoriel afin d'identifier des pistes de travail complémentaires 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 s'assurent de 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 apporte 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.

En invitant la responsable du Programme de soutien au développement social et milieux en santé de la DSP de l'Outaouais, les organismes impliqués dans « La Passerelle » faisaient appel à une deuxième expertise. Cette dernière a présenté la démarche, les exigences demandées et le soutien disponible de la part de la DSP pour les milieux qui désirent un projet *Écoles et milieux en santé*.

De plus, 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 où l'action communautaire autonome et l'expertise citoyenne sont développées et favorisent 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 du cahier 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 l'implication de l'O.C. Au printemps 2003, alors stagiaire au CLSC Grande-Rivière, la responsable du module Enfance-jeunesse-famille mandate l'O.C. 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 DSP 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 est facilitée par les expériences antérieures de l'O.C. comme directrice d'établissement scolaire et sa participation à l'implantation, dans deux milieux, d'un projet *Écoles et milieux en santé*. L'accueil est favorable. Une nouvelle personne est nommée à la direction de l'école en août 2003. Cette dernière 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, l'étudiante en travail social accepte de coordonner la mise en place du projet et ainsi assumer la tâche d'O.C. pour ce projet dans le milieu. En concertation avec l'O.C. du CLSC Grande-Rivière, les responsabilités spécifiques et la sphère d'intervention sont établies.

2.2.1 Mobilisation des partenaires

Regardons de plus près la contribution de l'O.C. au projet *Écoles et milieux en santé*. 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 (CIPTO), le Centre Alimentaire Aylmer, le CLSC-CHSLD Grande-Rivière.

Quatre défis s'imposent. Le premier consiste 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. Une attention particulière devait être portée sur la place prise par les personnes représentant l'école.

Un deuxième défi touchait l'autonomie des organismes, particulièrement celle de l'École du Village. 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. Les interventions favorisaient l'identification des lieux de concertation ou de collaboration. L'O.C. devait faire circuler l'information et favoriser les communications entre les personnes, en plus de concilier les intérêts de tout un chacun.

La gestion du budget annuel parfois très mince (48 450 \$) est aussi un troisième défi important à relever. 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. 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. Un autre aspect important dans la mobilisation est l'équilibre entre le temps consacré à l'action et celui consacré à définir des buts, des orientations, le plan d'action, l'évaluation, etc. Associer la réflexion et l'action est un quatrième défi de taille pour un comité formé d'organismes qui manquent de ressources humaines, de ressources financières et de temps. Avec l'expérience, les interventions de l'O.C. ont permis au comité de développer des modalités de travail favorisant un temps de réflexion avant de passer aux décisions. 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 opérationnels 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. Dans cette organisation du travail, la présence de l'O.C. aura permis 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.

2.2.2 Implication dans la communauté

Une autre dimension de l'apport de l'O.C. 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 une deuxième année. Il s'agit de réunir des familles et des résidents de la communauté autour des activités d'un jardin. 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. 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 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 quant au projet dans la communauté.

2.2.3 Développement de l'empowerment

La promotion de la santé et du bien-être, en travaillant sur des facteurs-clés ou déterminants de la santé, rejoint un élément essentiel au développement de l'*empowerment*: la promotion des droits et le recul des préjugés. 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. Les interventions de l'O.C. ont permis d'opérer un changement de culture, de perception des problématiques sociales vécues par les familles appauvries.

Pour résumer, voici quelques facteurs ayant favorisé le développement de l'*empowerment*. Le fonctionnement mis en place au comité en favorisait le développement :

- S'assurer de la présence de tous les membres aux rencontres et suivis personnalisés auprès des absents, le cas échéant, pour favoriser la rétention;
- Mise en évidence des compétences de chacun des membres;
- Réel partage du pouvoir entre les membres;
- La mise en place d'un processus démocratique qui s'est manifestée lors des rencontres par l'aménagement d'un espace pour la prise de parole, la recherche de consensus et le partage des responsabilités;
- préoccupation constante pour le travail en collégialité;
- rester centrés sur l'ordre du jour;
- sensibiliser le personnel de l'école sur le rôle du comité;
- L'expertise de l'O.C. dans l'animation des groupes;

2.2.4 Soutien technique du projet

Le soutien technique du Comité *Écoles et milieux en santé* est la responsabilité de l'O.C.. Lors des rencontres du comité, les membres sont responsables du contenu, des décisions, du cadre de travail, des modalités de fonctionnement, etc. L'O.C. assume la rédaction des différents documents en prévoyant un temps de réaction des membres du comité avant de faire circuler les copies plus officielles. 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, une stabilité et une continuité dans les dossiers.

TROISIÈME PARTIE : BILAN DE LA DÉMARCHE

Cette partie du cahier propose un bilan du projet *Écoles et milieux en santé* sous deux angles : 1) 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? 2) 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)

À l'aide des caractéristiques de cette approche, des conditions et des facteurs de réussite, nous porterons 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.

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 DSP de l'Outaouais. Le projet *Écoles et milieux en santé* permet de travailler deux des éléments présents dans le PNSP 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'ASSSO. « 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 ». (ASSSO, 2006, p. 5)

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 ».

(DSPO & UQAH, 1999, p. 1)

Pour faire suite aux travaux du comité de travail, un comité de recherche composé de représentants de l'Université du Québec à Hull (aujourd'hui UQO) et de la DSP 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 ». (Ibid, 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. À la suite des 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. Les activités de prévention et de promotion doivent s'adresser aux jeunes, lutter contre 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 » (Ibid, 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 » (Ibid, 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 santé*, en espérant qu'il aura dans ce nouveau milieu les effets positifs de l'expérience réalisée ailleurs, ce qui est rarement le cas. 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 » (Ibid, p. 109). 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 du 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 toutes les étapes du processus. Le projet *Écoles et milieux en santé* rejoint à des degrés divers les conditions spécifiques de succès de l'approche socio-institutionnelle participative énoncées par Bilodeau, Chamberland et White (2002) et dont font état Bourque et Lachapelle (2007). 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 sont transversales à tout type de clientèle, par exemple, la sécurité alimentaire, l'intervention de quartier, 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. L'utilisation des données détenues par les partenaires et les cueillettes de données complémentaires, à l'aide de la technique du groupe nominal de Delbecq, Van de Ven & Gustavson (1975) 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. 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 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 participation active 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.

Les auteurs Bourque et Lachapelle (2007) suggèrent 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 la pertinence d'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 démontrer. Tout le discours des organismes officiels et du milieu 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 renforcer cette volonté de travailler en intersectorialité.

À ce premier facteur s'ajoutent la flexibilité et l'ouverture du promoteur. La promotion de ce projet est faite par le réseau de la santé en l'occurrence la DSP de l'Outaouais. Comme mentionné plus haut, le cadre d'élaboration du projet est défini par cet organisme parapublic. Par la suite, chaque milieu établit ses modalités de travail. La personne responsable du dossier à l'ASSSO 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 » (Bourque et Lachapelle, 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 intervenant(e)s 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 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. Bien qu'il ne participe pas aux rencontres du comité, 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 réorganisation du service et l'arrivée d'une nouvelle personne au Service de loisirs, des sports et de la vie communautaire a donné un essor nouveau à l'implication de l'agent de développement membre du 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. Cet intervenant reconnaît les retombées positives du projet *Écoles et milieux en santé* dans la communauté et manifeste clairement sa volonté de soutenir la pérennité du projet.

Le milieu 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 ses réunions. 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 (Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais, 2005). 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 donc une référence officielle tant dans les écrits que dans le 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 frais d'inscription 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. La presque 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 leur donnaient l'impression d'ajouter un projet non prévu et d'être toujours en activité.

Les activités avec les autres organismes du milieu qui impliquent les jeunes et le personnel ont été bien accueillies par le personnel enseignant et professionnel. Nous avons aussi remarqué une participation intéressante, une très bonne collaboration et une appréciation de ce projet qui travaille à développer une meilleure qualité de vie chez les 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 de les informer 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. Ce sont là des indices de l'appréciation des parents. 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 champ d'expertise. Par exemple, 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.

Un autre indice de l'appropriation du projet par les organismes communautaires est leur engagement dans la recherche de financement du comité *Écoles et milieux en santé*. Certains

baillleurs 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 programme, l'instigateur est la DSP 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.

3.1.3 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 la crédibilité et 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 publics, la réputation des projets *Écoles et milieux en santé* est généralement acquise. Ce qui n'est pas nécessairement le cas pour le milieu 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 de la définition des objectifs et des activités dans lesquels le personnel enseignant devait s'impliquer. Dès la première année, l'école put acheter des équipements sportifs et 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.

De plus, 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. *Écoles et milieux en santé*. Pour ce faire, 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 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

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, ce qui est insuffisant. Pendant quelques années, elle organisait des activités pour les jeunes qui prenaient le repas du midi à la Cafétéria Les Bons Voisins du Centre Alimentaire Aylmer. Petit à petit nous rejoignons des hommes et des femmes qui désirent s'impliquer dans les petits déjeuners. Cette expérience nous montre que les citoyens 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 d'engagement communautaire et aux 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. 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 des activités. 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

Sauf exceptions, nous considérons regrouper et intéresser de manière significative et positive tous les organismes du milieu concernés 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. Cependant, certains aspects doivent être revus et travaillés afin d'améliorer la concertation.

D'abord la planification. Des actions décidées au Comité *Écoles et milieux en santé* doivent s'inscrire dans la planification annuelle d'un organisme membre pour se réaliser. 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 recherche de financement. En 2009-2010, trois sources de financement permettent de poursuivre les projets amorcés et d'en développer de nouveaux.

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 que nous abordons d'un projet qui favorise le développement d'une communauté est le développement de l'*empowerment*, de la capacité d'agir. Tout au long de l'intervention professionnelle, l'O.C. était 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, l'accent a été mis 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. Cependant, mesurer le niveau d'impact des interventions sur l'*empowerment* dans un groupe ou une communauté est assez complexe.

Malheureusement, les activités réalisées dans le cadre du stage de maîtrise en travail social n'ont pas permis de recueillir suffisamment de données afin de faire le point sur cette caractéristique présente dans l'intervention d'organisation communautaire telle que pratiquée. L'intention et des moyens ont été présents, mais leurs effets réels n'ont pu être documentés ce qui aurait relevé davantage d'un mémoire de recherche.

L'analyse et le bilan du projet *Écoles et milieux en santé*, tel qu'expérimenté à l'École du Village dans le secteur Aylmer de la Ville de Gatineau, permet de conclure que ce projet respecte les caractéristiques d'une intervention dont l'objectif est le développement des communautés.

CONCLUSION : 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 davantage 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 ce concept met en évidence la diversité des pratiques 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 par des institutions publiques, etc. On ne définit pas toujours les contours 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, etc.

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 des résultats de la présente expérimentation 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 de publications, de participation à des séminaires, d'offre d'accompagnement, etc.

Cet essai pourrait avoir un prolongement intéressant en regard des projets *Écoles et milieux en santé*. Depuis 1996, l'ASSSO 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 son développement. 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 qui passent par 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 relevant de l'approche *Écoles en santé*.

Cet essai a mis en évidence l'impact sur le développement des communautés des programmes qui appliquent l'approche socio-institutionnelle de type participatif en organisation communautaire. Cependant, plusieurs programmes offerts aux communautés s'inscrivent dans une application technocratique de cette approche. La mise en valeur des stratégies, des méthodes et des conditions relevant de l'approche socio-institutionnelle participative devient dès lors d'autant plus pertinente.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahamada, M. (2002) *Profil de pauvreté dans le quartier 1 du secteur Aylmer de la nouvelle ville de Gatineau*, Gatineau, 38 pages.
- ASSSM (2008). *Approche « Écoles et milieux en santé »*, Montréal, 2 pages. [En ligne] <http://www.santepub-mtl.qc.ca/kino/scolaire/index.html>
- ASSSO (2006) *Soutien au développement social et milieux en santé, document d'information*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Gatineau, 12 pages.
- ASSSO (2005). *Fonds de développement social et milieux en santé, rapport d'évaluation*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Gatineau, 37 pages.
- Bélanger, J-P, R. Sullivan & B. Sévigny (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, ASPQ, 223 pages.
- Bilodeau, A., C. Chamberlan & D. White (2002). «L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique», *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, vol 17, n° 2, pp. 59-88.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, collection Initiatives, Presses de l'Université du Québec, 142 pages.
- Bourque, D. (2007). « Les partenariats dans le développement des communautés », dans Bourque, D. et al (dir.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 297 à 309.
- Bourque, D. & L. Favreau (2003a). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, vol. 50, n° 1, pp. 295-308.
- Bourque, D. & L. Favreau (2003b). *Le développement des communautés, santé publique et CLSC*, CÉRIS, Université du Québec en Outaouais, 23 pages.
- Bourque, D. & R. Lachapelle (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire », dans Bourque, D. et al. (dir.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 101-117.
- Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais (2005). *École du Village, projet éducatif, document explicatif*, Adoptée par le conseil d'établissement, 9 pages.
- Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais (2001). *Présentation d'un projet à Fonds Jeunesse Québec*, Document de présentation du projet à l'organisme Fonds Jeunesse Québec, 10 pages.

- Dane, C. (2005). *Travailler avec les quartiers en difficulté*, Paris, Dunod, 202 pages.
- Delbecq, A., A. H. Van de Ven & D. H. Gustavson, (1975). *Group Techniques for Program Planning, A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*, Glenview Illinois, Scott, Foresman and Company, 174 pages.
- Deslauriers, J.-P., en collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir d'agir. (2007) *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif*, Gatineau, CÉRIS, Université du Québec en Outaouais, 12 pages.
- DSPO & UQAH (1999). *Écoles et milieux en santé, rapport d'évaluation*, Hull, 222 pages.
- Favreau, L. & Y. Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales, la contribution de l'organisation communautaire*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- Lachapelle, R. (2004). *Le développement des communautés : enjeux et opportunités*, Communication lors de la Journée d'étude intersectorielle de la Haute-Yamaska, Granby, 15 janvier 2004, 16 pages.
- Le Bossé, Y. & F. Dufort (2001) « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés, une autre façon d'intervenir » dans Dufort, F. & J. Guay (dir.) *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 410 pages.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin, 489 pages.
- MELS (2005a). *École en santé, Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, Publications du Québec, 64 pages.
- MELS (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.
- MSSS (2008). *Programme national de santé publique, 2003-2012, mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique du Québec, 103 pages.
- MSSS (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.
- MSSS (2004). *Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire*, Québec, Direction développement des individus et des communautés, INSPQ, 87 pages.

- MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 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, CDEACF, [En ligne] www.lacle.coop/publications, 46 pages.
- 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. [En ligne] www.lacle.coop/publications
- Ninacs, W.A. (2002b). *Un arrondissement accessible, une fierté à partager*, Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain, Montréal, 20 pages. [En ligne] www.lacle.coop/publications
- Parazelli, M. & A. Latendresse (2006). « Penser les conditions de la démocratie participative », *Nouvelles pratiques sociales*, volume 18, n° 2, pp. 15- 23.

APPENDICE A

Écoles et milieux en santé et École en santé Comparaison entre les deux stratégies

Écoles et milieux en santé	École en santé
<p>Assises théoriques</p> <p>Sources :</p> <p>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>.</p> <p>Le concept « <i>Comprehensive school health</i> » est également préconisé par OMS, 1992.</p>	<p>Assises théoriques</p> <p>Sources :</p> <p>International: OMS, 1997; Fetro, 1998; National Health and Medical Research Council, 1996; St. Leger, 1999; St. Leger, Nutbeam, 2000.</p> <p>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</p> <p>États-Unis : démarche semblable préparée par Center for Disease Control à Atlanta, <i>Comprehensive School Health Program</i>.</p> <p>Québécois: recension des expériences fructueuses dans les plusieurs milieux scolaires par Deschesnes, Lefort et coll., 2004.</p>
<p>Orientations</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le projet s'appuie sur les acquis et les expériences passées dans la communauté et se développe selon les préoccupations et les priorités identifiées par le milieu.</p>	<p>Orientations</p> <p>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.</p> <p>Agit sur des facteurs clés du développement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Individuel</i>: estime de soi, compétence sociale, habitudes de vies, comportements sains et sécuritaires, etc. 2. <i>Environnemental</i> : environnement scolaire, environnement familial, environnement communautaire, services préventifs. <p>Actions à tous les niveaux : école, famille, communauté, etc.</p>

<p>Modèle écologique de promotion de la santé : Deux éléments fondamentaux de cette approche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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; 2. Coordination et intégration des efforts des partenaires des différents secteurs. <p>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.</p> <p>Au cœur de la collaboration intersectorielle : le partenariat et la participation.</p> <p>Approche globale et intégrée.</p> <p>Mise en place d'un éventail de programmes, politiques, services et activités qui prennent place dans les écoles et leur environnement immédiat.</p>	<p>Diversification des actions : activités, services, programmes, etc.</p> <p>Intervention concertée de tous les partenaires.</p>
<p>Buts</p>	<p>Buts</p>
<p>Favoriser le développement optimal de tous les enfants.</p>	<p>Réunir les préoccupations liées à l'éducation et à la santé.</p> <p>Développement optimal des jeunes.</p> <p>Développement de compétences et de comportements chez les jeunes qui favorisent la réussite éducative, la santé et le bien-être.</p> <p>La promotion d'un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire</p> <p>Créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.</p>
<p>Problématique</p>	<p>Problématique</p>
<p>Constat au niveau des programmes s'adressant aux enfants :</p> <p>Cloisonnés;</p> <p>Peu coordonnés;</p> <p>Mal intégrés à l'ensemble des activités destinées aux jeunes.</p> <p>Peu de liens entre l'école et la famille et l'école et la communauté. Cet</p>	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transmission de connaissances sans tenir compte des changements essentiels au niveau des attitudes, des habiletés,

<p>écart ne favorise pas les capacités d'apprentissage et le développement des jeunes. Dédouement et discontinuité des actions et des services en prévention et promotion.</p>	<p>des comportements et de l'environnement (milieu familial, communautaire, etc.).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Activités présentées hors contexte : fragmentation, morcellement, manque d'intégration. 3. Interventions proposées aux jeunes sans tenir compte de sa famille et du milieu communautaire (contexte social).
<p>Objectifs</p>	<p>Objectifs</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Moyens</p>	<p>Moyens</p>
<p>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 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>	<p>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. 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>

Conditions de réussite	Conditions de réussite
<p>Caractéristiques organisationnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. style de leadership : empowerment 2. compétences en leadership : communication, capacité de négociation, gestion des conflits, climat qui favorise la cohésion, l'égalité, l'ouverture et la confiance, etc. <p>Principales variables qui favorisent la réussite d'un plan d'action en prévention et promotion de la santé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les caractéristiques de leadership; 2. Les processus de décision basés sur la participation active des membres; 3. Un climat organisationnel favorisant l'innovation et la cohésion au sein du groupe; <p>Un réseau de liens avec d'autres organisations dans la communauté.</p> <p>Une action collective comprenant les éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un engagement réel des partenaires ; 2. Consensus quant aux orientations générales du projet et quant à un mode de fonctionnement; 3. Compréhension commune : de la problématique, des ressources, des possibilités et des besoins en lien avec la problématique; 4. Identification et mise en place de solutions globales et durables; 5. Partenariat local et régional. 	<p>Vision globale et systémique des besoins des jeunes et des stratégies pour y répondre.</p> <p>Planification systématique des actions, suivi régulier.</p> <p>Intensité des actions, continuité tout au long du parcours scolaire et du développement des jeunes.</p> <p>Partenariat mobilisateur avec les parents et les organismes privés, publics et communautaires.</p> <p>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.</p> <p>Évaluation : essentiel afin de soutenir la mise en œuvre de cette approche.</p>
<p>Cibles</p>	<p>Cibles</p>
<p>Favoriser le mieux-être et la santé en général des enfants;</p> <p>Prévenir certains problèmes de santé ou traumatismes spécifiques;</p> <p>Améliorer les conditions de vie qui ont un impact sur la santé des enfants;</p> <p>Soutenir les milieux de vie des jeunes.</p>	<p>Facteurs clés du développement des jeunes : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vies, comportements sains et sécuritaires, environnements favorables, services préventifs.</p> <p>Mobiliser à divers niveaux : jeunes, familles, école, communauté.</p> <p>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.</p> <p>Actions de prévention et de promotion au niveau de l'école.</p>

Démarche	Démarche
<p>La collaboration intersectorielle pose des exigences à la démarche :</p> <p>Analyse du milieu : économique, culturel, politique et organisationnel;</p> <p>Identification des acteurs;</p> <p>Consensus à l'égard des valeurs, des orientations, des buts poursuivis et des responsabilités de chacun des acteurs.</p> <p>Étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilisation des partenaires de tous les secteurs d'activités de la communauté; 2. Consensus quant aux orientations générales du projet et au fonctionnement du groupe; 3. Analyse des besoins et des ressources du milieu 4. Élaboration d'un plan global d'intervention : objectifs, actions, apport des partenaires, échéancier et évaluation. 	<p>Principes qui sous-tendent la démarche : accompagnement, collégialité, différenciation et adaptation (régulation).</p> <p>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.</p> <p>Étapes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliser le milieu et faciliter la concertation 2. Analyser la situation 3. Bonifier le plan de réussite 4. Mettre en œuvre le plan de réussite d'une École en santé 5. Poser un regard critique sur les actions.
<p>Plan d'action</p> <p>Critères pour définir un plan de qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clarté dans la définition du problème; 2. Des objectifs mesurables; 3. Des stratégies appropriées; 4. Un calendrier réaliste; 5. Une évidence de coordination et de collaboration entre les partenaires; 6. Une évaluation appropriée; 7. Budget adéquat 	