

Implantation de l'approche milieu dans le secteur nord de la MRC d'Abitibi



*Évaluation du projet pilote du
CLSC-CHSLD Les Eskers*



*Novembre 2002
/je*

Document final

Implantation de l'approche milieu dans le secteur nord de la MRC d'Abitibi

Équipe de recherche et de rédaction

Marc-André Bourassa
Paule Simard
Diane Champagne

Équipe milieu

Mariette Brassard
Line Brière
Kathy Brook
Isabelle Gagnon
Josée Gravel
Olivia Hernandez-Sanchez
Marie-Claude Lacombe
Martine Lanoix
Richard Morin

Mise en page et relecture

Josée Carrier
Carole Drouin

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2002

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction totale ou partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN : 2-89391-190-0

DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2002

DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2002

Prix : 13 \$ + frais de manutention

Vous pouvez vous procurer ce document au centre de documentation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9, tél. : (819) 764-3264, poste 49209.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

REMERCIEMENTS

La présente recherche a pu être réalisée grâce à la collaboration de plusieurs personnes qu'il convient de remercier.

Au sein de l'équipe de recherche, le soutien de Paule Simard de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, responsable de la supervision, ainsi que celui de Diane Champagne a été très apprécié. Leurs commentaires toujours pertinents et constructifs ont permis une amélioration constante du travail de recherche et d'écriture. Merci aussi à Carole Archambault pour la transcription des entrevues, à Josée Carrier pour la mise en page du présent rapport et à Carole Drouin pour la relecture, toutes trois de la Régie régionale.

Nous avons pu compter sur la disponibilité d'un grand nombre d'intervenantes et d'administrateurs du Centre local de services communautaires – Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CLSC-CHSLD) Les Eskers qui se sont activement impliqués dans la collecte d'information et qui ont patiemment accepté de répondre aux mille et une questions qui leur ont été adressées au cours des seize mois de la recherche. Merci pour avoir « supporter » la présence acharnée d'un agent de recherche au sein de l'établissement! Des remerciements particuliers sont adressés aux intervenantes et aux administrateurs qui ont fait partie de l'équipe milieu entre l'automne 2000 et l'été 2002. Leur accueil chaleureux et leur prédisposition à faciliter notre tâche furent remarquables. Merci à Mariette Brassard, Line Brière, Kathy Brook, Isabelle Gagnon, Josée Gravel, Olivia Hernandez-Sanchez, Marie-Claude Lacombe, Martine Lanoix, Richard Morin.

Nous adressons également de sincères remerciements aux bénévoles, aux employés municipaux et aux élus des localités rurales concernées par le projet pilote qui ont accepté d'être interviewés et qui ont ainsi collaboré à la recherche et à la réflexion sur l'approche milieu.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ANNEXES	vii
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE PREMIER	
POURQUOI L'APPROCHE MILIEU ET L'ÉVALUATION DE SON IMPLANTATION?	3
1.1 Un contexte sociopolitique favorable à l'implantation de l'approche milieu.....	5
1.2 Contexte de l'étude et balises méthodologiques	9
CHAPITRE 2	
L'APPROCHE MILIEU : ESSAI DE DÉFINITION	13
2.1 Ce qu'est l'approche milieu.....	16
2.2 La proaction	17
2.3 L'accessibilité et la décentralisation	19
2.4 L'aspect communautaire de l'approche milieu	20
2.5 L' <i>empowerment</i>	23
2.6 Travail d'équipe en interdisciplinarité.....	26
CHAPITRE 3	
PETITE HISTOIRE DES ACTIONS POSÉES POUR IMPLANTER L'APPROCHE MILIEU	29
3.1 Origine du projet pilote et premières initiatives d'implantation	31
3.2 Ouverture des locaux de santé	35
3.3 Faire équipe avec les citoyens pour s'occuper de la santé.....	38
CHAPITRE 4	
LES RÉSULTATS PROPREMENT DITS DE L'ÉVALUATION :	
LE PROCESSUS D'IMPLANTATION SOUS LA LOUPE.....	41
4.1 Progression globale de l'implantation	44
4.2 Intensifier le caractère proactif de l'intervention	45

4.3	Améliorer l'accessibilité des services en milieu rural	46
4.4	Communautariser les pratiques et favoriser l' <i>empowerment</i>	49
4.5	Intensifier le travail en équipe interdisciplinaire	50
4.6	Quelques indicateurs de progression pour la suite de l'implantation.....	53
CONCLUSION.....		57
BIBLIOGRAPHIE		101

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	Les trois schémas d'entrevue utilisés	63
ANNEXE 2 :	Grille de codification.....	73
ANNEXE 3 :	Schéma des différences entre l'approche réactive et l'approche proactive.....	77
ANNEXE 4 :	Tableau de comparaison des types de pratiques communautaires.....	81
ANNEXE 5 :	Structure organisationnelle des équipes milieux du CLSC Des Pays-d'en-Haut	85
ANNEXE 6 :	Horaire du mois de mai 2002 pour l'ensemble des intervenantes de l'équipe milieu et pour l'ensemble des localités du projet pilote.....	89
ANNEXE 7 :	Horaire du mois de janvier 2001 pour la localité de Launay.....	93
ANNEXE 8 :	Document de présentation des regroupements des citoyens pour la santé (présentation PowerPoint)	97

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local des services communautaires
CRDAT	Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue
CSN	Confédération des syndicats nationaux
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉ-GS	Naître égaux – Grandir en santé (programme)
Régie régionale	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
TNO	Territoire non organisé

INTRODUCTION

Depuis 1999, le CLSC-CHSLD Les Eskers poursuit l'objectif d'implanter l'approche milieu, un modèle d'intervention et de gestion des services de santé de première ligne axé sur la proximité des intervenantes¹ avec les milieux desservis.

Un virage milieu s'opère actuellement dans bon nombre de services pour l'amélioration de la qualité de vie au Québec. On pense par exemple aux nouveaux policiers communautaires de quartier dans certaines villes. On pense aussi au mouvement de développement local endogène (à partir des forces en présence dans le milieu et donc moins dépendant de l'extérieur), issu des localités rurales en dévitalisation. Le monde de la santé n'échappe pas à cette « tendance milieu », permettant ainsi à ses établissements de soins de santé de première ligne de mieux s'insérer dans la dynamique sociale des communautés où ils travaillent.

En Abitibi-Témiscamingue, diverses expériences de services de santé physique et psychosociaux dits « de proximité » sont en cours actuellement. À titre d'exemple, le Comité Notre-Dame-du-Nord en santé expérimente depuis quelques années le travail de milieu (Beaulé et Simard, 2001).

Le présent rapport expose sommairement le déroulement de l'expérience pilote menée par le CLSC-CHSLD Les Eskers, conjointement avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et les citoyens de sept localités rurales du secteur nord de la Municipalité régionale de comté (MRC) d'Abitibi. Après le contexte d'implantation de l'approche milieu présenté au chapitre premier, ce sont les caractéristiques de ce modèle d'intervention qui font l'objet du chapitre 2. Le chapitre 3 comprend les actions posées par le CLSC et son équipe milieu pour implanter l'approche milieu au cours des deux dernières années. Le chapitre 4, quant à lui, est consacré à l'analyse proprement dite des efforts d'implantation.

1. Nous utilisons le terme « intervenantes » plutôt que « intervenants » tout au long du rapport, simplement parce que ce sont majoritairement des femmes qui occupent ces fonctions au sein du CLSC. Les mots « intervenant » ou « partenaire » seront utilisés quant à eux pour désigner les personnes qui participent de près ou de loin à l'implantation de l'approche milieu, peu importe leur fonction officielle, peu importe qu'elles soient rémunérées ou non, qu'elles oeuvrent dans les localités, au CLSC ou dans d'autres organismes du territoire.



Chapitre premier

Pourquoi l'approche milieu et
l'évaluation de son implantation?



CHAPITRE PREMIER

Pourquoi l'approche milieu et l'évaluation de son implantation?

1.1 Un contexte sociopolitique favorable à l'implantation de l'approche milieu

L'organisation des services de santé au Québec semble faire l'objet d'un débat continu au sein de la population. Les employés qui œuvrent dans les hôpitaux, mais aussi dans les autres établissements publics de santé, se montrent souvent alarmistes face aux défis qui se posent à eux quotidiennement. Les aidantes naturelles vivent souvent des situations d'épuisement. Les citoyens, eux-mêmes bénéficiaires de ces services, critiquent vertement le système de santé et le gouvernement qui en est responsable. Depuis quelques années, dans les médias, on blâme sans retenue ce gouvernement pour le sous-financement des services publics, on crie à la pénurie de médecins et d'infirmières. Toutefois, quels que soient les difficultés ou le caractère critique de certaines situations, nous oublions rapidement que le système de santé québécois est relativement équitable et efficace si on le compare à ceux des autres pays du monde. La population du Québec, par l'intermédiaire de son gouvernement, est l'une de celle qui investit le plus dans le domaine de la santé. À ce sujet, le gouvernement rappelle fréquemment que la proportion du budget total de l'État qui est consacrée à la santé est l'une des plus élevées dans le monde. Il serait prudent malgré cela de demeurer à l'affût d'une diminution éventuelle de l'équité et d'évaluer sérieusement et constamment les impacts de certaines mesures d'ajustement du système proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Certains établissements du réseau public de la santé, surtout ceux qui offrent des services de première ligne tels que les CLSC, ont fait le pari de changer leur modèle d'intervention et de gestion en adoptant l'approche milieu et ainsi améliorer plusieurs aspects de leur action. Dans le cas du CLSC-CHSLD Les Eskers, c'est aussi sous l'impulsion des multiples préoccupations de santé exprimées par les aînés de son territoire de MRC et les élus locaux au cours des dernières années que la volonté d'expérimenter l'approche milieu a émergée.

Lors de la « Grande Virée » de 1998, une vaste consultation organisée par le Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue (CRDAT), des leaders politiques locaux ainsi que des

aînés de la MRC d'Abitibi exprimaient leurs inquiétudes en ce qui concerne la qualité, la quantité et l'accessibilité des soins de santé dans les milieux ruraux. En avril 1999, les dirigeants de la MRC adoptaient une résolution demandant formellement « qu'une décentralisation des services du CLSC Les Eskers s'effectue dans chacune des municipalités de la MRC d'Abitibi afin de permettre aux aînés de demeurer dans leur milieu pour recevoir des services de soutien et d'offrir des services de prévention auprès des jeunes² ». Cet extrait de la résolution précise que, d'une part, les dirigeants politiques de la MRC avaient en tête un objectif avoué d'occupation du territoire et, d'autre part, deux groupes d'âge étaient particulièrement visés par la demande, soit les aînés et les jeunes. On pense donc que les aînés et les jeunes auraient sans doute tendance à demeurer dans leur localité rurale (donc à occuper le territoire) si des services de santé de proximité y étaient offerts de façon plus communautaire qu'auparavant et si les activités jeunesse y étaient plus nombreuses. Il faut dire aussi que le comité administratif de la MRC voyait là une belle occasion de faire d'une pierre deux coups en offrant la chance aux intervenantes du CLSC qui sont déjà résidentes d'une localité rurale de pratiquer dans leur municipalité et ainsi d'occuper plus intensément le territoire.

Rappelons que la suggestion de plusieurs maires et administrateurs de la MRC consistait à rétablir, en quelque sorte, les pratiques des infirmières de colonie (en résidence) dans chacune des municipalités rurales. Le CLSC ne pouvant pas satisfaire cette demande telle quelle, faisait une contre-proposition qui consistait à offrir l'approche milieu, c'est-à-dire des services d'une équipe interdisciplinaire dont les membres allaient être beaucoup plus présents qu'auparavant dans les localités.

D'autres éléments du contexte sociopolitique laissaient également croire que des changements s'imposaient au plan de l'intervention et de la gestion de l'établissement dans les milieux ruraux. D'abord, malgré des allers-retours fréquents de la part d'un très grand nombre de résidents de ces municipalités rurales, les jeunes (enfants et adolescents), les aînés n'ayant pas de permis de conduire et les familles ne disposant souvent que d'un véhicule utilisé par un des conjoints, ne peuvent se rendre à Amos pour recevoir des services. L'éloignement des services, ou l'absence de services dits « de proximité », représente d'ailleurs un problème typique des milieux ruraux de toute la province. Par ailleurs, au-delà de cette faible fréquentation des services par les citoyens de ces

2. Extrait de la résolution.

municipalités rurales, on constatait que le CLSC pourrait mieux faire connaître ses services auprès des populations des milieux ruraux.

Les six municipalités du secteur nord furent choisies comme partenaires du CLSC dans le projet pilote d'implantation de l'approche milieu : Guyenne, Berry, Launay, Trécesson, Saint-Félix-de-Dalquier et Saint-Dominique-du-Rosaire. Guyenne n'est plus considérée depuis quelques années comme une municipalité mais comme un territoire non organisé (TNO), celui de Lac-Chicobi. Toutefois, Guyenne est restée Guyenne dans l'esprit de la plupart des Abitibiens, c'est-à-dire une localité, un village, un milieu très bien organisé malgré une baisse chronique de la population (227 personnes en 1996, contre 255 en 1981 et 540 en 1966) et la perte de certaines entreprises communautaires ou coopératives pivots. Berry est divisée en deux localités, soit Saint-Nazaire-de-Berry et Saint-Gérard-de-Berry et chacune des deux paroisses possède sa fabrique indépendante. La municipalité de Trécesson est divisée en deux villages ou localités, soit Villemontel et La Ferme, chacune ayant son local de santé.

De plus, à l'origine du projet, en 1999, et même avant l'émergence de l'idée d'implanter l'approche milieu, les intervenantes et administrateurs les plus favorables aux principes de cette approche sentaient que l'efficacité de l'action du CLSC pourrait être améliorée grâce à une intensification des efforts de prévention des problèmes de santé et de promotion de la santé.

Toutefois, cette vision d'un contexte sociopolitique favorable à l'implantation de l'approche milieu n'est pas partagée par tout le monde au CLSC et dans les localités rurales.

Parmi les autres éléments contextuels justifiant l'implantation de l'approche milieu, notons le fait qu'au sein du CLSC, certains considéraient que l'organisation des services par programmes en « silos fermés » (ou par groupes d'âge ou problèmes de santé) se verrait améliorée par l'introduction des dimensions communautaire et biopsychosociale de la situation de santé d'une personne. Le fonctionnement par programmes est effectivement considéré comme un peu trop rigide car il force les intervenantes à se référer mutuellement et constamment les « cas ». Étant donné la complexité de la situation de plusieurs personnes vivant des problèmes multiples et interreliés, on espérait que l'action d'une seule intervenante professionnelle, supportée par son équipe milieu interdisciplinaire, permettrait à ces personnes de développer un lien de confiance avec « leur » intervenante. En somme, on suggérait, dans la foulée de Corin *et al.* (1990), de tenir compte davantage de la

situation sociale et culturelle de chaque localité, de chaque milieu, pour planifier les services et mettre en contexte les problèmes de santé d'un individu. Nous le verrons plus en détail dans le chapitre 2; il s'agit aussi d'aborder les cas en faisant davantage de liens entre l'individu et son environnement social.

C'est en 1999 que le CLSC-CHSLD Les Eskers décide d'expérimenter l'approche milieu par un projet pilote dont les principaux objectifs seraient :

- d'intensifier le caractère proactif de l'intervention par la prévention et la promotion de la santé;
- d'améliorer l'accessibilité des services en milieu rural par une décentralisation de ces services;
- de « communautariser » les pratiques d'intervention et de gestion³;
- de favoriser l'*empowerment* des communautés et des individus face à leur santé;
- de développer le travail d'équipe en interdisciplinarité;
- de développer la polyvalence chez les intervenantes professionnelles ainsi que la « polyvalence d'équipe ».

D'autres objectifs, plus secondaires ceux-là, se sont imposés comme incontournables quand est venu le temps d'opérer des changements majeurs de pratiques. Nous pouvons donc les considérer aussi comme des objectifs du projet pilote, même s'ils ne réfèrent pas directement à la pratique de l'approche milieu. En voici la liste :

- faire connaître l'approche milieu et convaincre les partenaires du bien-fondé de ce modèle;
- assurer un minimum de formation aux intervenantes professionnelles qui ont à expérimenter l'approche;
- conclure des ententes syndicales-patronales relativement à l'organisation du travail dans le cadre des changements de pratiques.

3. Dans l'introduction du chapitre 4, nous expliquerons plus en détail la signification de chacun de ces objectifs, selon la conception que se font les partenaires du projet.

1.2 Contexte de l'étude et balises méthodologiques

Le présent projet de recherche résulte d'une demande du CLSC adressée à la Direction de santé publique de la Régie régionale dans le cadre du Programme de subventions en santé publique. L'idée était d'évaluer l'ensemble de la démarche en cours d'implantation, à mesure qu'allait progresser l'expérience pilote. Cette demande est acceptée et un agent de recherche entre en fonction en novembre 2000. L'objectif était alors de suivre de très près les principales étapes et d'en analyser les mécanismes d'implantation. La recherche a donc été intimement liée à l'action car l'agent de recherche était considéré comme un membre à part entière de l'équipe milieu du CLSC. L'agent de recherche portait ainsi la double mission de documenter l'expérience pilote pour faire avancer la connaissance sur l'intervention en cause et de soutenir les promoteurs dans la réalisation du projet en les alimentant en information, un peu comme en « recherche-action ».

Au plan méthodologique, cette recherche qualitative s'inspire de l'approche proposée par Patton (1978) pour la réalisation d'une évaluation axée sur l'utilisation des résultats en cours de processus de recherche (*utilization-focused evaluation*). Cela suppose d'une part un effort constant de la part de l'agent de recherche pour produire des données qui seront utilisées par les participants du projet, qui leur seront utiles et utilisables à mesure que progresse le projet, et d'autre part, un souci constant pour que la cueillette des données soit orientée vers les véritables préoccupations des principaux intéressés (décideurs, employés, bénéficiaires, bénévoles, leaders politiques). Une telle approche vise principalement à ce que les résultats de recherche provisoires et finaux réussissent à dissiper un certain nombre d'incertitudes reliées à la mise en œuvre du projet évalué. L'utilisation réelle des résultats par les participants s'impose ainsi comme le critère central de réussite d'une telle évaluation. Concrètement, cela signifie que des résultats ou des analyses provisoires sont livrés en cours de route, soit verbalement ou par écrit, à l'équipe milieu et aux administrateurs de l'établissement « promoteur » du projet. Les participants sont donc appelés à préciser le type d'information qui leur serait utile afin de « dissiper les incertitudes » ou de répondre aux questions qui se posent à eux dans leur pratique quotidienne. La collecte des données est ainsi réorientée en cours de route, suivant les variations des préoccupations des promoteurs.

L'approche s'inspire aussi des méthodes d'évaluation participative proposées par Midy (1998) et des méthodes de réalisation d'entrevues et d'analyse des données suggérées par Rubin et Rubin (1995).

Les différents points de vue des partenaires du projet pilote furent recueillis à travers des entretiens semi-dirigés, des conversations informelles au quotidien et la présence de l'agent de recherche lors des réunions du CLSC et dans les localités. Cette façon de faire s'est avérée efficace dans l'optique de comprendre le processus d'implantation, c'est-à-dire les liens entre l'action des partenaires et le contexte d'implantation (objectifs, atouts et obstacles en présence).

Douze entretiens formels, c'est-à-dire enregistrés, ont été réalisés au cours des 17 mois de présence du chercheur sur le terrain. Ce sont, avant tout, les membres de l'équipe milieu qui ont été interviewés, parfois à deux reprises pour ceux ou celles qui ont fait partie de l'équipe depuis le début du projet pilote. D'autres intervenantes ou administrateurs du CLSC ont aussi été interviewés selon leur intérêt à participer à la recherche. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont été réalisés à partir de divers schémas d'entrevue préparés par l'équipe de recherche, dans lesquels on abordait selon les cas, cinq à dix des thèmes retenus (Annexe 1).

Il faut souligner que la présence quasi quotidienne de l'agent de recherche au sein de l'établissement a permis une très grande proximité avec les intervenantes et administrateurs du CLSC, ce qui a favorisé l'expression de leur point de vue au fur et à mesure que le projet progressait. Cette présence intense sur le « terrain CLSC » s'est avérée très profitable au sens où d'innombrables conversations informelles avec l'ensemble des employés de l'établissement ont généré un corpus de données riches de sens parce que récoltées « à chaud », jour après jour. C'est d'ailleurs l'un des grands avantages du travail ethnographique. C'est donc l'observation participante qui a constitué la principale méthode de collecte des données. L'agent de recherche a participé à chaque réunion de l'équipe milieu (deux fois par mois) au cours desquelles des notes d'observation et des notes sur les propos tenus étaient compilées dans un journal de recherche. Ces données ont constitué l'essentiel du corpus analysé. L'agent de recherche a aussi été présent lors d'autres réunions ou activités de l'équipe milieu ou du CLSC susceptibles de mieux faire comprendre la progression de l'implantation de l'approche milieu : comité conjoint patronal-syndical, assemblées municipales, réunions de regroupements de citoyens pour la santé, visite au CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut dans la région des Laurentides. Enfin, deux entrevues de groupes et une entrevue individuelle ont été réalisées dans trois localités du projet pilote avec des leaders locaux (bénévoles, employés municipaux, élus).

Ce sont donc trois types d'informateurs qui ont été rencontrés en entrevue formelle ou en conversation informelle :

- intervenantes et administrateurs de l'équipe milieu;
- intervenantes et administrateurs du CLSC-CHSLD Les Eskers, ne faisant pas partie de l'équipe milieu;
- leaders locaux (élus, employés municipaux, bénévoles fortement engagés).

Nous avons fait une analyse de contenu à partir d'une grille (Annexe 2) servant à identifier, dans les propos des partenaires, les atouts, les obstacles, les défis à relever (recommandations), que ce soit pour la progression générale de l'implantation, mais aussi pour chacun des objectifs spécifiques du projet : proaction, accessibilité, communautarisation, *empowerment*, interdisciplinarité et polyvalence.



Chapitre 2

L'approche milieu :
essai de définition



CHAPITRE 2

L'approche milieu : essai de définition

Le contexte d'implantation de l'approche milieu et de la recherche évaluative étant maintenant posé, le présent chapitre expose les aspects théoriques de l'approche milieu. Cette approche, en tant que modèle innovateur d'intervention, est présenté à l'aide des travaux de Guay (2001 et 2000), de Chabot (1993) et de Hébert (2000). En exposant ainsi les aspects théoriques, nous pourrions mieux comprendre ce que peut impliquer l'implantation de cette approche milieu au sein d'un CLSC et des localités rurales. Nous verrons ensuite avec quelles méthodes et de quel point de vue épistémologique la recherche a été menée.

Mais d'abord, vers quelle forme d'intervention s'orientait le CLSC Les Eskers, son équipe milieu et les six localités rurales du secteur nord-ouest de la MRC d'Abitibi en décidant d'expérimenter l'approche milieu pendant un certain temps? Pour reprendre les termes de Guay (2000), il s'agissait d'adopter un nouveau modèle d'intervention qui allait améliorer les façons de gérer et d'offrir les services de santé du CLSC en milieu rural. Cette très large mission qui touche à la fois les aspects administratifs et cliniques, la manière d'intervenir, exige nécessairement des transformations majeures au plan des valeurs comme au plan des méthodes concrètes d'intervention. Le défi est de taille car l'approche milieu n'est ni un nouveau « programme », ni un nouveau « service », ni un simple « outil de gestion ». Il s'agit de transformer en profondeur les façons d'intervenir et d'administrer les services en allant offrir des services dans les milieux de vie des populations plutôt que dans des bureaux centralisés dans la ville pôle (Amos dans le cas présent). Implanter l'approche milieu signifie aussi de changer partiellement les lieux d'intervention. Cela implique également une certaine transformation de la relation entre le CLSC et les municipalités rurales.

Malgré le fait que l'approche milieu soit relativement récente dans l'histoire des services de santé québécois, diverses expériences de pratique de ce modèle d'intervention ont eu lieu ou sont en cours actuellement. Le niveau de succès varie d'une expérience à l'autre, mais une des implantations les plus réussies est celle du CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut dans la région des Laurentides (Saint-Sauveur et les environs) en cours depuis 1992. Notons que plusieurs aspects théoriques présentés dans le présent chapitre ainsi que le projet pilote mené au CLSC Les Eskers furent influencés par l'expérience d'implantation de cette approche au CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-

Haut. Nous ferons donc souvent référence à cette expérience pour illustrer l'analyse, même si l'équipe milieu du CLSC Les Eskers décidait en cours de route de prendre ses distances au regard de la forme d'approche milieu pratiquée aux Pays-d'en-Haut. Par exemple, au CLSC-CHSLD de Sainte-Adèle, les interventions à domicile ont souvent été réalisées par deux ou même trois intervenantes (agente de réseau, infirmière et intervenante sociale), façon de faire que ne désirait pas développer l'équipe milieu d'Amos.

2.1 Ce qu'est l'approche milieu

L'approche milieu, c'est intervenir dans le milieu de vie des personnes, c'est intervenir en tenant compte du contexte immédiat de vie, davantage qu'on ne le fait habituellement. La communauté locale devient ainsi le véritable lieu de travail de l'intervenante comme le soulignent Guay *et al.* (2000). Il s'agit d'un **modèle d'intervention proactive**⁴ qui s'articule autour d'une plus grande **visibilité** des intervenantes dans les communautés, d'une plus grande **accessibilité** de ces mêmes intervenantes et des services, et d'une plus grande **proximité** entre les intervenantes et les citoyens. Une présence plus marquée dans le milieu peut permettre aux intervenantes professionnelles d'acquérir une bonne connaissance des réseaux formels et informels d'entraide et d'entrer en contact avec ces aidantes naturelles. Cette connaissance des réseaux permet d'intensifier les **partenariats** avec les dirigeants locaux, les bénévoles et aussi avec les organismes communautaires du milieu. On veut ainsi favoriser la **mobilisation** sociale autour des enjeux de la santé, stimuler l'**empowerment** et encourager les citoyens à reprendre confiance en leurs moyens pour s'occuper de leur propre santé et de celle des gens de leur communauté (toujours avec le soutien du CLSC). Une proximité accrue entre les praticiennes et les citoyens permet de mettre l'accent sur la **prévention** des problèmes de santé et sur la **promotion** de la santé. Enfin, l'approche milieu se caractérise également par l'**interdisciplinarité** et par une organisation des services par territoire géographique, c'est-à-dire que chaque équipe interdisciplinaire d'intervenantes, appelée « équipe milieu », intervient dans une ou plusieurs localités.

Selon Guay (2001), trois grands principes définissent à la fois la « psychologie communautaire », « l'intervention de réseau » et « l'approche milieu » : cibler plus souvent l'environnement social et la

4. Les mots mis en caractère gras dans ce paragraphe sont les mots clés qui caractérisent le mieux l'approche milieu.

collectivité que l'individu⁵; viser la prévention plutôt que la cure; mettre en évidence les compétences plutôt que la pathologie.

De plus, le **partage des responsabilités** de la santé entre les professionnelles de la santé et les citoyens s'impose comme une idée pivot de ce modèle. Effectivement, nous retrouvons ce partage à travers plusieurs caractéristiques de l'approche milieu. Il s'exprime non seulement dans les partenariats développés entre l'équipe milieu du CLSC et les résidants des communautés rurales, mais aussi dans l'idée d'**intervention de réseaux** (dont les caractéristiques seront exposées plus loin) et dans le travail des équipes milieu interdisciplinaires où la responsabilité de l'intervention et de la gestion des cas est partagée entre les membres de l'équipe. Enfin, en voulant stimuler l'*empowerment* santé des communautés, les établissements de santé laissent les citoyens, les institutions et acteurs locaux (agents de développement, organismes communautaires, associations, conseil municipal) prendre leur place dans la prise en charge de la santé des membres de leur communauté.

En somme, la **proaction**, l'**intervention de réseaux** et la **décentralisation** se trouvent au cœur de ce modèle d'intervention. En ce sens, il s'agit d'une forme de **travail de proximité** dans le domaine des services de santé de première ligne. Voyons maintenant de quelle manière certains auteurs et penseurs de ce modèle d'intervention présentent chacune de ses grandes caractéristiques.

2.2 La proaction

L'aspect proaction de l'approche milieu s'impose comme une dimension si importante de ce modèle d'intervention que les auteurs tels que Guay *et al.* (2000) assimilent les termes « approche milieu » et « approche proactive ». Être proactif, c'est intervenir avant que n'arrive une demande formelle de service, au moment où les difficultés de la personne n'en sont encore qu'à leur début et où les proches sont encore disponibles et capables de collaborer à l'amélioration de la situation.

Il a été démontré par ces mêmes auteurs que, sans l'approche milieu, un grand nombre des bénéficiaires faisant une demande de service entrent sans vraiment le vouloir dans une sorte de

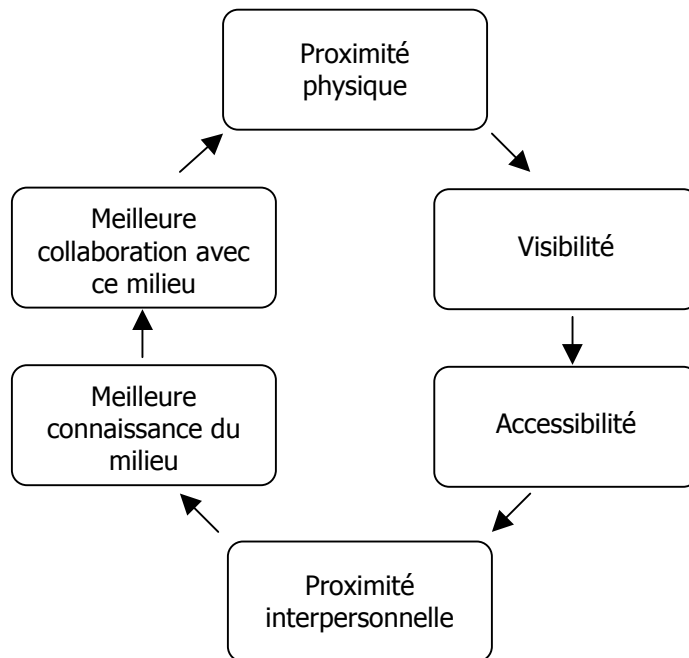
5. Même si l'objectif ultime demeure l'amélioration de la santé de l'individu.

processus graduel d'adaptation à la structure de l'organisation des services plutôt que ce soit les services (ou l'institution) qui s'adaptent à leurs besoins et à leur environnement social. Avec l'approche proactive, on inverse ce processus car les intervenantes font des « offres ouvertes », c'est-à-dire qu'elles ne sont pas prédéterminées et qu'elles sont dirigées vers des proches de la personne en difficulté (Guay, 2001). On assure ainsi une certaine forme de souplesse dans la manière d'amener une personne en difficulté à utiliser les services d'un CLSC. Guay (2001) propose un schéma pour distinguer une approche réactive d'une approche proactive (Annexe 3).

Il peut y avoir des effets pervers à la proaction. Par exemple, Guay (2001) constate que, trop souvent, les intervenantes désirent une amélioration de la santé d'un citoyen de façon plus marquée que le citoyen lui-même. Sans un changement d'attitude de la part des intervenantes à toutes les étapes de l'intervention, soit de la prise en charge à l'accompagnement, le « virage milieu » risque de conduire les intervenantes vers l'épuisement à cause de leur plus grande accessibilité et du fait qu'elles découvrent des nouveaux besoins en étant proactives. L'approche milieu suggère donc un remplacement du paradigme « prise-en-charge-professionnelle » par celui de « partage-des-responsabilités-avec-les-familles-et-leurs-proches ».

2.3 L'accessibilité et la décentralisation

L'approche milieu s'appuie sur l'hypothèse qu'une présence accrue de l'intervenante professionnelle dans une localité lui permet de développer une meilleure connaissance des systèmes informels d'entraide et, par le fait même, d'établir des rapports de collaboration plus étroits avec les citoyens. Une chaîne de causes à effets pourrait être présentée de la façon suivante :



Pour atteindre un niveau de visibilité satisfaisant, le CLSC et surtout ses intervenantes doivent d'abord et avant tout « se montrer » dans la communauté, être visibles dans le milieu, c'est-à-dire être présents dans les lieux publics, être reconnus. Étant plus accessibles et disponibles, les contacts sont facilités et peuvent devenir plus fréquents et plus significatifs, augmentant ainsi la proximité non seulement physique mais aussi relationnelle. Au cours de l'une des entrevues de groupe, un des partenaires remarquait que l'accessibilité et la proximité permettent que les citoyens et les intervenantes se connaissent mieux, savent à qui ils ont affaire et puissent ainsi améliorer leur collaboration.

L'expérience en milieu rural du CLSC Des Pays-d'en-Haut a permis de rejoindre une clientèle à risque, ne profitant presque pas des services du CLSC avant l'implantation de l'approche milieu.

Toujours à partir de l'expérience de l'établissement, il semble que l'amélioration de l'accessibilité peut également s'actualiser à travers une augmentation du nombre d'interventions réalisées dans des lieux atypiques, c'est-à-dire autres que les lieux habituels d'intervention. Les intervenantes ne travaillent donc que très rarement dans leur bureau du CLSC situé dans les villes pôles de la région, c'est-à-dire Morin-Heights, Saint-Sauveur ou Sainte-Adèle dans le cas du CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut, et Amos dans le cas du CLSC-CHSLD Les Eskers. Quand c'est possible, elles réalisent des interventions et s'informent de la situation de santé d'une personne, planifient une intervention ou prennent des rendez-vous dans toutes sortes de lieux publics tels qu'un dépanneur du village, le resto du coin, le bureau de poste, un local d'organisme communautaire; en somme, là où les gens « se tiennent », là où on peut les rejoindre.

Dans la perspective de Guay *et al.* (2000), la décentralisation des services suggère également que le CLSC devienne davantage redevable aux communautés locales. Cela s'inscrit dans la redéfinition de la relation CLSC-municipalité qui découle de la volonté d'implanter l'approche milieu. Il s'agit donc pour l'établissement de maintenir constamment la préoccupation de répondre le mieux possible aux besoins des populations en matière de santé et surtout de planifier des mécanismes d'évaluation dans lesquels les citoyens peuvent faire connaître leur point de vue sur la qualité des services disponibles dans leur localité.

2.4 L'aspect communautaire de l'approche milieu

La communautarisation de l'action du CLSC commence avant tout par une transformation de l'engagement de l'établissement au sein des communautés. Cela peut s'exprimer par le fait que les intervenantes et les administrateurs sont plus présents qu'auparavant, qu'ils démontrent un intérêt sincère pour adapter les services aux besoins particuliers de chaque localité.

Même si l'approche milieu est très récente au Québec, elle vient compléter le courant de l'organisation communautaire et celui de l'approche communautaire. Rapportant les propos de Lamoureux *et al.* (1984), Guay nous rappelle que la « pratique communautaire » existe au Québec sous des formes variées depuis les années 1960, mais que « [...] c'est surtout la profession d'organisateur communautaire qui a marqué les services publics et en particulier les centres locaux de services communautaires » (2001 : 275). Au début de ce mouvement, c'était aux organisateurs

communautaires qu'on confiait la « mission communautaire » des CLSC. Plus leur action était efficace, moins les CLSC devenaient « communautaires » car on laissait ainsi les autres professionnels se confiner dans une approche individuelle. Pour relancer le caractère communautaire des pratiques en CLSC, la Fédération des CLSC organisait, au cours des années 1990, une formation sur *l'approche communautaire* pour l'ensemble du personnel des CLSC. « Dorénavant le communautaire ne serait plus l'apanage exclusif des organisateurs communautaires mais ferait partie intégrante de la pratique clinique de tous les intervenants puisque la formation visait à transformer les services individuels, qui ne s'adressent qu'à la personne en difficulté, en services qui feraient appel aux ressources du réseau social » (Guay, 2001 : 275). Cependant, contrairement à l'organisation communautaire, le point de départ de l'approche communautaire n'est pas la communauté mais plutôt la personne en difficulté et son réseau social primaire, les intimes. Pour Guay (2001), l'approche milieu, elle, se situe à cheval entre ces deux courants car elle cible la communauté — le « milieu », d'où la formule « approche milieu » — au complet, mais dans une perspective d'amélioration des services à l'individu. Hadley *et al.* (1987) parlent quant à eux d'une pratique centrée sur la communauté (*community-centered practice*) par opposition à la pratique traditionnelle qu'ils appellent l'approche centrée sur le client (*client-centered practice*). Ajoutons enfin qu'à la différence de l'organisation communautaire, l'approche milieu n'a pas pour principal objectif le développement communautaire, même si son implantation peut avoir cet effet bénéfique sur les communautés locales, mais plutôt d'avoir une meilleure connaissance des réseaux sociaux afin de pouvoir intervenir auprès des bénéficiaires avant qu'ils ne fassent de demande formelle. Aussi, elle vise l'intervention, le soutien auprès des personnes de l'entourage de l'individu vivant un problème de santé, ayant pour objectif l'amélioration de la santé de l'individu. Guay (2001) a comparé les différents types de pratiques communautaires (Annexe 4).

L'approche milieu, de même que la communautarisation des services qu'elle suggère, entraîne donc un éclatement de la notion de client. Le client n'est plus strictement la personne vivant un problème de santé ou la personne « à risque » mais plutôt l'ensemble du réseau social de cette personne qui devient la vraie cible d'intervention. On pense ici au réseau primaire de l'individu, c'est-à-dire ses intimes mais aussi son réseau élargi : ses voisins et ses concitoyens.

La communautarisation de l'action du CLSC s'opère également par un glissement progressif du paradigme « programme » vers le paradigme « client-dans-son-milieu-de-vie » (Guay, 2001 : 287). Ainsi, même si on continue à appliquer les programmes du MSSS, c'est l'appartenance des

bénéficiaires à une communauté locale et relationnelle⁶ qui devient le facteur central d'organisation des services. Partant du principe que les problèmes de santé varient d'une localité à l'autre, le CLSC et ses intervenantes choisissent d'adapter les services à la situation sociosanitaire particulière de chacun des milieux, d'où l'appellation « approche milieu ».

Selon Guay et al. (2000), la communautarisation des services peut sans doute être facilitée par des présences plus fréquentes et prolongées des intervenantes dans les milieux. « Dans un modèle proactif, il arrive souvent que la personne qui est en besoin d'aide ne fait pas de demande de services; ce sont les gens du voisinage, la famille, les amis qui vont rencontrer l'intervenant plus présent dans la communauté. C'est donc tout le processus d'évaluation de la demande qui change [...] Les intervenants modifient leur façon d'analyser la demande afin de tenir compte du contexte de l'intervention. L'analyse du problème est forcément plus globale et amène l'intervenant à adopter une perspective communautaire » (Guay, 2000 : 19).

Ce mode d'intervention se base sur l'idée que toutes les sphères de la vie sont interreliées. Économie, santé mentale, éducation des enfants ou relations conjugales s'influencent mutuellement, d'où l'intérêt à renforcer l'approche biopsychosociale que permet le travail en équipe interdisciplinaire dans le cadre de l'approche milieu. « À mesure que les conditions de vie des familles deviennent les influences prédominantes sur la pratique, la polyvalence s'installe de même que la flexibilité et l'adaptabilité des programmes dans lesquels diminuent les règles, les procédures et les exigences administratives » (Guay, 2001 : 287-288).

L'agente de réseaux représente un élément clé de l'approche milieu pratiquée au CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut. Il s'agissait au départ d'une personne bénévole issue de la communauté mais qui, avec les années, fut admise au sein du personnel de l'établissement. Elle demeure donc « à cheval » entre la communauté et le CLSC, elle assure le lien entre les professionnelles et les réseaux sociaux d'entraide, elle procure un soutien constant et un suivi aux personnes dans le besoin, en

6. Le concept de « communauté relationnelle » utilisé dans les travaux de Bourassa (2001) sur la viabilité des communautés forestières représente un système social propre aux individus qui vivent dans un espace donné. Ce sont les gens de notre entourage avec qui on entre en relation assez souvent pour les considérer comme faisant partie de notre communauté, à la différence de la « communauté géographique » qui réfère aux gens qui habitent le même territoire, et de la « communauté identitaire » qui réfère aux gens qui partagent une identité culturelle.

collaboration étroite avec les professionnelles. Cette agente de réseaux facilite en quelque sorte la communautarisation en faisant connaître les réseaux sociaux (formels et informels) d'entraide aux employés du CLSC et le CLSC aux citoyens des milieux ruraux. L'action de l'agente de réseaux au CLSC Des Pays-d'en-Haut semble avoir grandement facilité l'intégration des intervenantes professionnelles aux réseaux sociaux de plusieurs bénéficiaires. Avec l'agente de réseaux comme accompagnatrice, les infirmières et les intervenantes sociales ont ainsi pu faire équipe avec des aidantes naturelles pour établir le contact et réaliser l'évaluation des besoins et le suivi de plusieurs bénéficiaires. Certaines interventions sont également réalisées en partenariat avec la personne en difficulté, c'est-à-dire avec la personne vivant un problème de santé ou voyant venir un problème de santé et/ou avec les personnes de son entourage, de son « environnement social » qui sont elles aussi affectées par la situation.

Les comités de concertation expérimentés dans la région des Laurentides constitue un autre élément clé pouvant faciliter le partenariat CLSC-localité. Dans le secteur Abitibi, ces comités prennent la forme de regroupements de citoyens pour la santé dans trois des six municipalités du projet pilote. Le mandat de ces comités ou regroupements est d'alimenter le travail des équipes milieu quant aux problèmes particuliers de chacune des localités et de rendre compte, de manière continue, de la qualité des services offerts. L'organisme peut ainsi se rapprocher des instances locales et permettre une forme d'évaluation continue des services offerts.

2.5 L'empowerment

Grâce à ce développement du caractère communautaire de l'action du CLSC, un nouveau partage des responsabilités est envisagé car la volonté de stimuler l'*empowerment* et la mobilisation sociale s'accompagne d'un engagement renouvelé du CLSC. L'idée est quelque peu paradoxale mais demeure pertinente : il s'agit d'amener les citoyens à prendre en main leur santé davantage qu'auparavant, et en même temps, d'intensifier la présence du CLSC et des intervenantes et leur engagement dans les localités. Nous parlons ainsi d'« engagement renouvelé » car l'approche milieu suggère une transformation de l'engagement ou de la manière de s'engager plutôt qu'un désengagement. Dans cette optique, les intervenantes professionnelles passent progressivement d'une prise en charge totale, et souvent en solitaire d'un « patient », à un accompagnement en soutien aux intervenantes non professionnelles que sont les aidants naturels. Elles visent également

une intervention d'équipe, que ce soit lors de l'évaluation des besoins de services d'une personne, lors de la planification des services à offrir et lors du suivi. Les intervenantes professionnelles d'une équipe milieu ont notamment pour tâche de bâtir ou de rebâtir des réseaux d'entraide dans les communautés, et aussi d'intégrer les réseaux informels d'entraide afin d'intervenir en collaboration avec les personnes qui forment ces réseaux.

Dans le cadre de l'approche milieu, le citoyen, qu'il vive un problème de santé ou non, se voit invité à être actif dans l'amélioration de sa santé, de celle d'un concitoyen ou, globalement, de la communauté. Partant du principe que s'occuper activement de sa propre santé ou de celle des autres constitue un facteur de santé en soi, toute personne qui bénéficie des services du CLSC est perçue et abordée comme un aidant potentiel en fonction des compétences et des forces qu'elle porte en elle, du temps qu'elle a à consacrer et, surtout, de l'intérêt qu'elle a à s'engager dans cette voie. Selon Guay, « la prise en charge est [ainsi] assumée conjointement au lieu d'être endossée totalement par un professionnel de la santé spécialiste dont l'action se pratique en abstraction du milieu » (2001 : 283).

L'un des moyens concrets de partager la responsabilité santé avec le citoyen consiste à inviter la personne à participer très activement au processus de traitement ou de réinsertion. L'intervention est donc centrée sur les capacités et les compétences de la personne en difficulté plutôt que sur les incompétences et la pathologie (Guay, 2001). À la lumière de leur expérience d'approche milieu, les intervenants du CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut soutiennent que, lorsqu'une personne joue le rôle d'aidante, elle est susceptible de se sentir moins dépendante, de se sentir mieux car elle a quelque chose à donner. Elle se sent plus utile. Être une aidante pour quelqu'un qui vit les mêmes difficultés que soi peut constituer un outil puissant de changement personnel, car on se corrige soi-même en aidant quelqu'un d'autre à se corriger. Ce « jumelage entraïdant » peut briser le cycle d'incompétence dans lequel sont enfermés plusieurs bénéficiaires (Guay, 2001 : 289). Nous reviendrons plus loin sur l'importance de respecter le rythme de chacun des bénéficiaires afin de ne pas leur forcer la main à devenir un aidant pour leurs concitoyens.

Quoi qu'il en soit, l'objectif de *l'empowerment* réfère à une volonté de favoriser l'entraide entre les citoyens pour prévenir des problèmes de santé physique ou mentale et accroître la cohésion sociale sur la base d'un objectif de santé. Guay (2001) nous met toutefois en garde relativement au non-respect involontaire de l'intimité de chacun. L'entraide de voisinage se développera surtout si les

gens en cause sentent que leur zone d'intimité est protégée. Cette entraide de voisinage est une aide ponctuelle, à la différence de la durabilité et de la permanence des liens du réseau primaire [les intimes] : « [...] beaucoup de gêne et d'embarras pourraient résulter d'une relation d'entraide impliquant des problèmes délicats ou qui ont un certain caractère de déviance ou de marginalité. Il semble donc exister une relation inverse entre la proximité de résidence et l'intimité des relations » (Guay, 2001 : 271).

On recommande aussi de ne jamais oublier que certaines formes d'entraide de voisinage existent avant l'implantation de l'approche milieu et qu'il vaut mieux en tenir compte lors du processus d'implantation. « [...] Les relations d'entraide de voisinage sont informelles parce qu'elles sont fluides, changeantes et non organisées. Par voie de conséquence, elles demeurent invisibles pour le praticien des services publics » (Guay, 2001 : 273). L'approche milieu suggère justement aux intervenantes d'être attentives à ces liens de voisinage afin de les identifier, d'apprendre à les connaître et éventuellement à les intégrer. Au plan plus formel, toute localité possède des petites associations de bénévoles ou des groupes d'entraide qui sont déjà des lieux où s'exprime la solidarité. Ces espaces sont souvent d'ailleurs une source d'innovations sociales. En favorisant leur développement, ou en travaillant en complémentarité avec les regroupements en place, l'approche milieu engendre forcément des retombées positives sur le développement communautaire, même si là n'est pas son but premier. Au sujet des regroupements formels tels que les « groupes d'entraide », Guay (2001 : 273) soutient qu'ils deviennent peu à peu des lieux importants de socialisation de la modernité remplaçant ainsi les réseaux de parenté de la société traditionnelle.

En résumé, trois raisons majeures pourraient être invoquées pour justifier l'établissement d'une collaboration plus intense qu'elle ne l'est actuellement entre la professionnelle et les systèmes informels d'aide, soit la possibilité de :

- contribuer à maintenir des personnes dans leur milieu de vie;
- permettre l'intégration ou la réintégration communautaire de personnes marginalisées ou déviantes;
- faciliter la proaction, c'est-à-dire l'intervention précoce en rejoignant les personnes au moment des premières difficultés vécues, avant que la situation ne soit complètement détériorée, avant qu'elles n'en viennent à faire une demande formelle de services.

2.6 Travail d'équipe en interdisciplinarité

Dans le cadre de l'approche milieu, les intervenantes professionnelles travaillent en équipe pluridisciplinaire. Travailleuse sociale (ou intervenante sociale), organisatrice communautaire, infirmières, auxiliaires familiales et administrateurs forment une équipe affectée à un secteur géographique donné. La perspective d'intervention et la façon d'organiser les services se transforment au gré des échanges interprofessionnels. Plutôt que d'être en présence de plusieurs intervenantes de la même profession, et souvent de la même spécialité, rassemblées autour d'un type de service particulier (soins à domicile, périnatalité-petite enfance, jeunes et familles), plusieurs professions sont réunies autour de l'objectif de la santé d'une communauté, toute problématique et toute clientèle confondue. Ainsi la polyvalence relève du travail d'équipe et non de celui d'une seule intervenante. L'approche biopsychosociale est ainsi facilitée par l'intégration des multiples expertises en présence.

Guay *et al.* (2000) présente différentes étapes d'un continuum de la collaboration professionnelle (Figure 1). Nous pourrions nous en inspirer pour l'analyse de la progression de l'équipe milieu du CLSC-CHSLD Les Eskers.

Au CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut par exemple, les intervenantes de l'équipe milieu interdisciplinaire sont devenues la porte d'entrée du CLSC pour chaque communauté locale. Six équipes milieu remplacent ainsi les anciennes équipes programme pour desservir une population totale de 22 000 personnes. Les réunions hebdomadaires servent à étudier les nouvelles demandes, discuter des problèmes particuliers, réviser les prises en charge, assurer une supervision du groupe.

Figure 1 : Continuum de la collaboration interprofessionnelle

Stade 1 - LA MONODISCIPLINARITÉ se caractérise par :

- la *pratique individuelle* : quand les intervenantes travaillent parallèlement, voire en compétition;
 - l'*échange d'information* : quand il y a un minimum de collaboration entre les intervenantes;
 - l'étude d'une dimension spécifique d'un phénomène ou d'une situation dans l'optique d'une seule discipline.
-

Stade 2 – LA PLURIDISCIPLINARITÉ se caractérise par :

- la *coordination* : quand les intervenantes développent un niveau de concertation autour d'objectifs communs;
 - l'apport de plusieurs disciplines à un objet d'étude commun et vers un objectif commun par **addition** de contributions spécifiques.
-

Stade 3 - LA MULTIDISCIPLINARITÉ se caractérise par :

- l'*action concertée* : quand il y a juxtaposition de différentes expertises, quand les diverses compétences s'additionnent;
 - l'étude d'un projet, problème ou objet par des spécialistes de plusieurs disciplines;
 - des actions concertées dans un plan d'intervention partagé;
 - une simple cohabitation se limitant à de l'échange d'information.
-

Stade 4 - L'INTERDISCIPLINARITÉ se caractérise par :

- le *travail en synergie*, i.e. l'**intégration** de différentes expertises créant un effet de synergie;
 - l'interaction et l'**enrichissement mutuel** des diverses disciplines dans une **production commune**;
 - la subordination de l'autonomie professionnelle aux besoins du client.
-

Stade 5 - LA TRANSDISCIPLINARITÉ se caractérise par :

- la *coopération en synergie*, i.e. l'**intégration** de différentes spécialisations et quand le professionnel fait « sienne » la problématique d'une autre discipline et accomplit une partie des tâches;
 - la préférence pour les principes et concepts généraux applicables dans toute situation;
 - la focalisation des intentions sur le développement intégral du sujet présupposant une forme d'**unification des méthodes**;
 - une tendance progressive vers :
 - le **décloisonnement** complet des disciplines impliquées;
 - une **nouvelle discipline** englobant et surpassant les disciplines originelles et leurs intersections.
-

En somme, l'approche milieu propose une forme d'intervention dans laquelle le praticien se rend **visible** et **accessible** dans une communauté locale de manière à pouvoir intervenir avant que la situation de santé ne se soit complètement détériorée. Dans le cadre de l'approche milieu, on veut agir ou intervenir le plus possible en amont des problèmes de santé en ciblant les déterminants de la santé, c'est-à-dire les conditions économiques et sociales de l'individu et de sa communauté de même que les besoins de base qui peuvent être à l'origine des problèmes de santé physique ou mentale. D'où l'importance, dans le cadre d'une approche milieu, d'apprendre à mieux connaître la situation sociale, économique et sanitaire (principaux problèmes de santé actuels) des communautés concernées et d'identifier les individus en difficulté de même que les rapports qu'ils entretiennent avec leur environnement social.



Chapitre 3

Petite histoire des actions posées
pour implanter l'approche milieu



CHAPITRE 3

Petite histoire des actions posées pour implanter l'approche milieu

Ce chapitre est consacré à la présentation des réalisations du CLSC-CHSLD Les Eskers et de son équipe milieu, depuis le début de l'année 1999 jusqu'en mai 2002. Cet historique de l'expérience d'implantation de l'approche milieu est divisé en trois temps. Nous commençons en présentant l'origine du projet pilote et les premières initiatives qui ont servi à préparer le terrain avant le début de l'expérimentation proprement dite du modèle d'intervention, soit de 1999 jusqu'à l'été 2000. La deuxième grande période débute à l'été 2000 avec l'ouverture des locaux de santé dans les sept localités participantes. Cette deuxième étape est caractérisée par la concrétisation de la décentralisation et par le véritable début de l'application de l'approche milieu. Enfin, la troisième période débute avec la création de regroupements de citoyens pour la santé dans chaque municipalité et est caractérisée par une intensification des partenariats CLSC-localités. Le projet pilote aura donc véritablement commencé au cours de l'été 2000 pour se terminer en avril 2002 au moment où la direction du CLSC-CHSLD Les Eskers décidait de poursuivre l'implantation de façon permanente et d'intégrer le fonctionnement de l'approche milieu dans ses pratiques courantes.

3.1 Origine du projet pilote et premières initiatives d'implantation

Les premières actions posées par le CLSC visaient la mise en place de certaines conditions préalables et essentielles à l'application de l'approche milieu. Nous faisons ici notamment référence à toute la démarche de promotion de ce nouveau modèle d'intervention et de l'idée d'adopter ce modèle. Cette démarche fut animée principalement par l'un des administrateurs nouvellement embauché⁷. Ce gestionnaire fut le principal initiateur et « porteur du projet ». C'est ce dernier qui a proposé d'implanter l'approche milieu au sein du CLSC pour mieux rejoindre les localités rurales de la MRC d'Abitibi. Il s'agit aussi sans doute de la personne qui, au début de l'expérience pilote, croyait le plus à cette approche, qui en vantait le potentiel et qui investissait du temps à faire accepter l'idée. Au terme du projet pilote, plusieurs intervenantes et administrateurs se font promoteurs de l'approche milieu, ce qui favorise sans aucun doute son implantation au sein du CLSC et des

7. Qui fut par la suite appuyé par un autre administrateur du comité de gestion du CLSC-CHSLD Les Eskers.

localités. Nous constaterons toutefois que plusieurs personnes se montrent encore réticentes devant l'idée d'adopter l'approche milieu, même si ces réticences diminuent avec le temps.

Divers documents de travail ont été produits par l'équipe milieu afin de convaincre les intervenantes et administrateurs de l'établissement ainsi que les citoyens et les leaders locaux de la pertinence de cette approche, de même que pour exposer les objectifs et les retombées possibles de l'implantation de ce nouveau modèle d'intervention. C'est dans cette perspective qu'une lettre officielle était envoyée au directeur général du CLSC-CHSLD Les Eskers, en juillet 1999, afin de proposer l'implantation de l'approche milieu. L'implantation de cette approche était alors présentée comme une stratégie de visibilité et d'engagement du CLSC auprès des communautés rurales de la MRC.

Toujours dans l'optique de promouvoir l'idée de l'approche milieu, un autre document de travail interne, intitulé *Un territoire à occuper : Pour des services de santé à proximité*, fut produit par les deux administrateurs de l'équipe milieu. Ce texte fournit notamment :

- des arguments qui démontrent la pertinence d'envisager l'approche milieu dans la MRC d'Abitibi;
- une liste des services du CLSC disponibles à ce moment-là dans les municipalités;
- quelques suggestions de pratiques d'intervention et de gestion à expérimenter, puisqu'elles permettraient d'appliquer l'approche milieu;
- quelques statistiques sur les demandes de services des différentes localités.

Avec pour double objectif d'évaluer et de soutenir l'implantation de l'approche milieu, le CLSC faisait une demande à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour réaliser un projet d'évaluation⁸ du processus d'implantation. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre premier, c'est au cours de l'été et de l'automne 2000 qu'un devis de recherche fut produit conjointement par la Régie régionale et le CLSC. Un agent de recherche était embauché en novembre 2000 pour réaliser l'évaluation. Cette initiative s'inscrit, elle aussi, dans la démarche de promotion et de maintien de l'intérêt de l'ensemble des partenaires. Nous pouvons donc considérer cette action comme partie intégrante des efforts d'implantation de l'approche milieu car l'établissement se donnait ainsi une meilleure chance de « réussir » l'expérience pilote, en s'imposant une évaluation continue du processus animée par une personne externe.

8. Parallèlement au projet d'implantation de l'approche milieu.

La constitution d'une équipe milieu interdisciplinaire fut l'une des premières grandes actions concrètes d'implantation de l'approche milieu même si l'ouverture des points de service dans chaque localité s'impose comme le véritable commencement de son application. Ainsi, au printemps 1999, les administrateurs invitaient l'ensemble du personnel du CLSC à deux assemblées, afin de pouvoir rejoindre le plus d'employés possible, pour leur présenter sommairement les objectifs du projet pilote et recruter des intervenantes intéressées à tenter l'expérience jusqu'en 2002. Aucun nouveau poste ne fut officiellement créé à ce moment-là au sein de l'établissement étant donné qu'il s'agissait d'un projet pilote. Deux infirmières et une travailleuse sociale acceptèrent de prendre part à cette expérience au cours de l'été 2000. Une organisatrice communautaire se joignait à l'équipe quelques semaines plus tard. Ainsi, la première équipe milieu interdisciplinaire était constituée comme suit :

- le chef de l'administration des programmes;
- la directrice des programmes « personnes âgées et adultes en perte d'autonomie »;
- deux infirmières dont l'une provenant des services scolaires, de périnatalité et petite enfance, et l'autre des soins à domicile et santé courante;
- une travailleuse sociale, qui oeuvrait surtout dans les services de soutien à domicile et enfance-famille-jeunesse;
- une organisatrice communautaire.

Les réunions d'équipe débutaient au cours de l'été 2000, soit quelque temps avant l'ouverture des points de service locaux. Étant donné le mode d'intervention « par milieu » que suppose l'approche milieu, lors des rencontres de l'équipe, c'est village par village que l'on faisait le point sur la situation d'avancement de l'implantation, car l'approche milieu propose une organisation des services et une intervention « par milieu ». À ces occasions, on échangeait des informations sur la progression de l'implantation des locaux, de leur utilisation par les citoyens, des collaborations initiées avec certains partenaires locaux et, plus marginalement, sur la situation sociosanitaire de chaque localité.

Au-delà de la création de cette équipe milieu au sein du CLSC qui exige la mobilisation des intervenants à l'interne (administrateurs et intervenantes), le défi du partenariat avec les citoyens des localités débute au cours de l'été 2000 et s'intensifie à l'automne avec la mise en place des locaux de santé dans chacune des localités. Précisons avant tout que la municipalité de Guyenne bénéficiait déjà depuis quelques années d'un local de santé intensément utilisé et apprécié des citoyens, si l'on en croit l'une des intervenantes de l'équipe milieu qui travaille dans cette

communauté depuis plusieurs années. Les autres localités ouvraient leur point de service au cours de l'été ou de l'automne 2000 après avoir signé une entente de partenariat avec la direction du CLSC, par laquelle on convenait de partager les responsabilités relatives à l'implantation de ce local. Chaque municipalité a investi quelques centaines de dollars par année⁹ (au cours des deux ans du projet pilote) pour aménager et entretenir leur local respectif. Le CLSC a contribué en fournissant du mobilier ou de l'équipement spécialisé pour les infirmières.

Des efforts furent déployés par le CLSC pour informer les citoyens de l'ouverture du local de santé et des services qui y sont offerts par deux infirmières et une travailleuse sociale, suivant un horaire particulier à chaque mois (voir des exemples d'horaire aux annexes 6 et 7). Cette campagne d'information sur les services offerts localement a pris une grande importance pour le CLSC et l'équipe milieu, surtout qu'au début la fréquentation des locaux n'était pas toujours satisfaisante aux yeux de l'ensemble des partenaires du projet (intervenantes et administrateurs de l'équipe milieu et du CLSC, élus et leaders locaux). Différentes affiches furent préparées par le responsable de l'information du CLSC avec des intervenantes de l'équipe, puis distribuées dans des lieux publics de chaque localité. De plus, les deux administrateurs de l'équipe milieu visitèrent le CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut au cours de l'année 2000 afin de se faire une idée du fonctionnement concret de cette expérience de l'approche milieu.

Enfin, un dialogue syndical-patronal était entamé afin d'harmoniser le fonctionnement selon l'approche milieu avec les conditions de travail en vigueur. Un comité conjoint syndical-patronal fut alors mis en place avec, en tant que médiateur, le directeur des ressources humaines de l'établissement. Siégeaient aussi sur ce comité :

- deux employés de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) représentant les infirmières du CLSC;
- deux employés de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) représentant les intervenants psychosociaux du CLSC;
- la directrice des programmes « personnes âgées et adultes en perte d'autonomie »;

9. Les montants varient d'une municipalité à l'autre.

- le chef de l'administration des programmes;
- un agent de recherche de la Régie régionale.

3.2 Ouverture des locaux de santé

Certes, l'ouverture des sept points de service (locaux de santé) dans les localités rurales constituait un solide début pour amorcer la décentralisation des services. Mais au-delà de l'infrastructure, cette décentralisation supposait que des services soient offerts dans ces locaux de même que dans d'autres lieux publics et privés (domiciles) des localités.

Au cours de l'automne 2000, et à mesure que progressait l'aménagement des locaux de santé, trois des quatre intervenantes de l'équipe, c'est-à-dire les deux infirmières et la travailleuse sociale, commençaient à être présentes dans les locaux, à raison d'une demi-journée à une journée par semaine dans chaque localité. Ainsi, depuis l'automne 2000, une grande proportion des services du CLSC sont disponibles dans les points de service locaux. Officiellement, l'infirmière de l'équipe milieu provenant des soins à domicile et de la santé courante fait principalement de la « consultation santé » (santé courante) ou des cliniques de « prises de sang » lors de ses présences au local de santé. Au cours des demi-journées où elle n'est pas présente dans l'un ou l'autre des locaux de santé des sept localités, cette infirmière réalise des soins à domicile comme elle le faisait à temps plein avant l'approche milieu. L'infirmière des services « enfance-famille-jeunesse » fait elle aussi de la santé courante tout en continuant à faire des « présences à l'école », de la « santé enfants » et de la « vaccination enfants. » La travailleuse sociale, quant à elle, offre des services psychosociaux surtout pour les clientèles jeunes familles, personnes en perte d'autonomie et personnes handicapées.

Le véritable début de l'approche milieu coïncide sans doute avec les premières interventions des intervenantes dans les locaux de santé¹⁰. L'utilisation des services par la population lors de ces « présences » au local de santé s'est avérée être un enjeu majeur de l'approche milieu du CLSC Les Eskers. Pour l'instant, retenons que, dans les moments où peu de citoyens se présentent, les intervenantes en profitent pour fixer des rendez-vous pour les prochains jours, préparer la journée du lendemain (équipements, programmes, horaire), compléter des dossiers, faire des lectures de

10. Synonyme de « point de service » du CLSC.

perfectionnement. Ces temps morts leur permettent aussi parfois d'aller discuter avec le maître de poste du village ou le propriétaire de dépanneur qui représentent des personnes pivots selon le modèle de l'approche milieu. Ces courtes discussions avec différentes personnes significatives d'une localité leur permettent d'être informées de ce qui se passe dans le village au plan de la santé globale (biopsychosociale). Certaines intervenantes de l'équipe milieu ont également réalisé des visites de reconnaissance dans des lieux où il serait possible de s'informer ou de voir les problèmes de santé spécifiques. Par exemple, certaines infirmières se présentaient aux activités de l'Âge d'or à Saint-Félix-de-Dalquier afin de discuter avec les aînés, prendre leur pression ou pratiquer d'autres petites interventions. Ces visites avaient aussi pour but de se faire connaître auprès des citoyens, ce qui fut apprécié au dire de l'un des leaders locaux.

En améliorant peu à peu leur visibilité auprès des citoyens, les intervenantes ont pu se faire connaître davantage, ce qui a eu pour effet que des demandes de services ont spontanément émergées du milieu. Toutefois, ces efforts déployés par les intervenantes pour mieux se faire connaître au sein des communautés sont contrés par des changements fréquents de la composition de l'équipe milieu. Par exemple, quatre infirmières provenant des services de soins à domicile et de santé courante se sont relayées pour faire partie de l'équipe entre l'été 2000 et l'été 2002. La première fut présente du début du projet pilote jusqu'en décembre 2000, la deuxième de décembre 2000 à septembre 2001, la troisième de septembre 2001 à mai 2002, et enfin, la quatrième à partir de mai 2002 jusqu'à la fin du projet pilote.

De plus, la première organisatrice communautaire de l'équipe milieu aura travaillé à temps partiel (une journée par semaine) dès l'implantation de l'approche milieu jusqu'à l'hiver 2001. On embauchait une nouvelle organisatrice communautaire quelques mois plus tard, soit en septembre 2001. Cette dernière travaille toujours au sein de l'équipe milieu à raison de deux jours et demi par semaine. Rappelons que l'organisation communautaire se trouve au cœur du modèle d'intervention de l'approche milieu. Dans le cadre de l'implantation de cette approche, le travail de l'organisatrice communautaire consiste principalement à favoriser l'établissement des partenariats avec les citoyens et les leaders des communautés locales. Celle-ci a donc été présente à un très grand nombre de tables ou de comités de concertation locaux ou territoriaux (à l'échelle de la MRC). Les nombreuses visites de reconnaissance, sessions de travail avec des associations ou organismes communautaires locaux et rencontres avec les leaders locaux ont permis aux intervenantes d'accumuler beaucoup d'information sur la dynamique sociosanitaire des villages et d'en faire part à l'équipe milieu lors des

réunions bimensuelles auxquelles elles participaient. Les deux organisatrices communautaires qui ont fait partie de l'équipe milieu ont, à tour de rôle, sondé l'opinion publique sur les besoins en matière de transport et sur la connaissance des services du CLSC, tissé de nombreuses relations de collaboration avec des citoyens et des leaders locaux, et encouragé les citoyens à participer au développement des regroupements de citoyens pour la santé¹¹.

Dans l'optique de préciser les orientations possibles de la pratique de l'approche milieu par le CLSC-CHSLD Les Eskers, l'un des administrateurs rédigeait, en décembre 2000, le document de travail *Pensons autrement : L'approche milieu comme mode d'intervention et d'organisation des services*. Ce document se voulait une présentation écrite plus précise et plus complète du projet que le précédent intitulé *Un territoire à occuper : Pour des services de santé à proximité*, notamment sur la transformation des façons d'offrir et de gérer les services dans le cadre d'une approche milieu. On trouvait dans ce texte :

- des arguments visant à démontrer en quoi le contexte sociosanitaire est favorable à l'implantation de l'approche milieu;
- une description sommaire de ce qu'est l'approche milieu;
- des suggestions de mandats et de tâches pour les intervenantes;
- les attentes quant aux changements attendus à l'application de l'approche milieu;
- quelques changements à apporter sur l'organisation des services.

Afin d'intensifier le partenariat CLSC-localité et aussi encourager le développement de l'*empowerment* chez les citoyens (particulièrement les parents de jeunes enfants), l'équipe milieu créait, au cours de l'hiver 2001, le comité famille de Saint-Félix-de-Dalquier. Ce comité famille composé de trois citoyennes et de trois intervenantes de l'équipe milieu mettait sur pied un groupe d'entraide parents-enfants visant à réunir quelques parents avec leurs enfants afin qu'ils se soutiennent mutuellement dans leur relation parents-enfants et pour faciliter la socialisation de certains parents et enfants de cette localité. Trois parents bénévoles se sont alors engagés à organiser et à faire fonctionner le comité, conjointement avec deux intervenantes de l'équipe milieu. De plus, trois parents bénévoles se sont occupés de l'animation lors des rencontres. Au total, 27 rencontres parents-enfants eurent lieu entre le printemps 2001 et l'hiver 2002. Ces rencontres se

11. Sortes de « comités santé » en cours d'implantation depuis quelques mois dans certaines des localités du projet pilote et dont nous expliquerons les objectifs ultérieurement.

sont poursuivies au printemps et à l'été 2002 et semblent appréciées par les participants et par les intervenantes et bénévoles qui organisent les activités du groupe.

Il est à noter également que, pour assurer une continuité au projet pilote, le CLSC et ses administrateurs déploierent certains efforts afin d'obtenir un financement de la part de la Régie régionale. En effet, les ressources financières et humaines se sont avérées insuffisantes au moment où l'équipe milieu n'avait plus d'organisatrice communautaire (printemps-été 2001). Ainsi, en mars 2001, le CLSC adressait une lettre à la Direction de santé publique de la Régie régionale afin d'obtenir un financement pour embaucher une organisatrice communautaire au sein de l'équipe milieu. On y rappelait les principaux objectifs du projet pilote et on y faisait un bref bilan des réalisations de l'équipe milieu. Cette requête fut toutefois refusée. Rappelons que la Régie régionale appuyait déjà le projet d'implantation de l'approche milieu par l'entremise du projet de recherche.

Sur le plan des relations syndicales-patronales, cette deuxième période fut notamment marquée par trois rencontres du comité syndical-patronal mis sur pied pour harmoniser l'approche milieu avec l'organisation du travail. La Direction des ressources humaines du CLSC-CHSLD Les Eskers prenait l'initiative de préparer une entente syndicale-patronale qui fut déposée en mai 2001.

Afin de mieux connaître les possibilités relatives au fonctionnement d'un CLSC au regard de l'approche milieu, l'équipe du CLSC organisait, en novembre 2001, une visite de deux jours au CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut. Cette visite prit la forme d'une sorte de formation sur l'approche milieu, car il fut possible de voir comment un CLSC appliquait cette approche au quotidien.

3.3 *Faire équipe avec les citoyens pour s'occuper de la santé*

L'équipe milieu du CLSC misait beaucoup sur la création des regroupements des citoyens pour la santé dans chacune des localités. On y voyait un moyen d'atteindre plusieurs des objectifs de départ. À partir de l'automne 2001 jusqu'à la fin du projet pilote, cela devenait même le principal objectif de l'équipe milieu, outre les réunions, la présence dans les locaux de santé et les autres tâches de chacune des intervenantes et administrateurs.

En septembre 2001, un document de travail fut produit par l'équipe afin de donner une orientation à ce projet de création de six regroupements des citoyens pour la santé, un par municipalité. On y expliquait les raisons d'être de ces regroupements et les conditions de succès anticipé. Ce document suggérait aussi une structure pour la composition de ces regroupements¹². On y exposait aussi des propositions quant au mandat de ces regroupements et aux démarches à entreprendre pour les mettre sur pied. Une deuxième version de ce document de travail était réalisée par la nouvelle organisatrice de l'équipe milieu (Annexe 8). C'est avec ce document en poche que l'équipe milieu entreprenait une tournée des conseils municipaux afin de leur proposer la mise en place d'un tel regroupement dans leur municipalité.

En janvier 2002, et avec pour objectif de réviser l'organisation du travail au sein de l'équipe milieu et l'horaire des présences des intervenantes dans les localités, l'équipe organisait une journée de réflexion. Deux documentaires sur l'approche milieu pratiquée par le CLSC Des Pays-d'en-Haut sont alors visionnés et commentés. On rediscute aussi des horaires et des tâches des infirmières de même que du rôle de la travailleuse sociale.

Les derniers mois de la période « projet pilote » de l'implantation de l'approche milieu, de février à avril 2002, ont été particulièrement productifs au plan du rapprochement avec certaines communautés et avec de nouveaux partenaires. Ainsi, une rencontre a eu lieu avec deux policiers de la Sûreté du Québec afin de coordonner l'action du CLSC et des parrains associés à chaque municipalité, de manière à mieux comprendre la dynamique sociale de chaque communauté qui influence les déterminants de la santé. Les rencontres de deux regroupements des citoyens pour la santé, celui de Berry et celui de Trécesson, ont été nombreuses et fertiles en projets et en recrutement de nouveaux bénévoles.

Par ailleurs, l'administration du CLSC doit faire très vite pour restructurer l'organisation des services et du travail afin de l'adapter aux objectifs de l'approche milieu et de faciliter la transition entre la fin du projet pilote et le début de l'approche milieu en tant que mode de fonctionnement établi. Les syndicats et employés sont évidemment partenaires dans ces efforts; la négociation était essentielle afin de respecter les intérêts de tous.

12. On proposait à ce moment-là qu'ils soient composés d'élus et de conseillers municipaux, d'agents de développement, de policiers de la Sûreté du Québec, de citoyens, de membres de l'équipe milieu du CLSC, etc.

Pour résumer les grandes actions réalisées par le CLSC, son équipe milieu et leurs partenaires locaux au cours du projet pilote, mentionnons la mise sur pied de l'équipe et les réunions interdisciplinaires bimensuelles (avec la présence de deux administrateurs), l'ouverture des locaux de santé et les présences hebdomadaires systématiques des intervenantes dans les localités, de même que les services offerts dans ces locaux, et enfin, le rapprochement CLSC-localité notamment grâce aux regroupements des citoyens pour la santé. Ce sont là des moyens concrets qui furent mis en place pour faciliter l'atteinte des objectifs d'implantation de l'approche milieu.



Chapitre 4

Les résultats proprement dits de l'évaluation :
le processus d'implantation sous la loupe



CHAPITRE 4

Les résultats proprement dits de l'évaluation : le processus d'implantation sous la loupe

Maintenant que nous avons exposé le contexte d'implantation de l'approche milieu et de l'évaluation (chapitre premier), que nous avons présenté ce qui fait l'essence de l'approche milieu (chapitre 2) et que nous avons décrit sommairement les réalisations de l'équipe milieu au cours du projet pilote (chapitre 3), tentons à présent une interprétation du déroulement de la progression basée sur les liens qui peuvent être établis entre les objectifs de départ du CLSC, les actions qui ont été posées, le contexte d'implantation et les éléments théoriques de l'approche milieu.

Globalement, le but de l'exercice d'implantation de l'approche milieu était d'opérer un rapprochement entre le CLSC et les communautés locales. D'une part, on voulait que les gens du CLSC apprennent à mieux connaître les réseaux d'entraide qu'ont établis les gens de ces localités périphériques ainsi que leurs besoins; d'autre part, que les résidents des localités connaissent mieux ce que le CLSC peut leur offrir. On s'aperçoit entre autres qu'une présence trop partielle des intervenantes dans la localité¹³ ou l'absence de partenariat avec des personnes pivots mènent à une méconnaissance de l'environnement sociocommunautaire. Il est alors difficile de prévenir les situations de crise ou de détérioration des problèmes de santé d'un individu, ce qui fait qu'en bout de ligne, c'est l'intervention curative qui s'impose alors comme priorité.

De plus, l'idée du partage des responsabilités est également centrale dans le projet. En plus de vouloir laisser les citoyens reprendre, d'une certaine manière, le contrôle sur les déterminants de leur santé et encourager l'entraide, on veut aussi que soient partagées, au sein de l'équipe milieu, la responsabilité de la santé de quelques communautés territoriales et même la responsabilité du suivi de l'état de santé des citoyens.

À ces deux finalités de l'approche milieu adoptée par le CLSC s'ajoutent cinq objectifs qui constituent des moyens pour atteindre ces finalités :

13. Nous avons pu constater au chapitre 3 que chacune des intervenantes n'est présente que quelques heures par semaine dans chaque localité.

- intensifier¹⁴ le caractère proactif de l'intervention;
- améliorer l'accessibilité des services en milieu rural;
- communautariser les pratiques et favoriser l'*empowerment*;
- intensifier le travail en équipe interdisciplinaire.

L'analyse du présent chapitre s'articulera donc autour de cette structure des quatre objectifs d'implantation de l'approche milieu, précédée toutefois par une section sur la progression globale de l'implantation. Le chapitre se terminera avec des propositions d'indicateurs de progression pour le suivi de l'évaluation au cours des prochaines années.

4.1 Progression globale de l'implantation

Quel jugement pouvons-nous porter, en mars 2002, sur le degré de progression de l'implantation de l'approche milieu? De façon générale, la plupart des gens interrogés s'accordent pour dire que la pratique concrète de l'approche milieu n'est pas aussi développée qu'on ne l'aurait voulu. Les intervenantes de l'équipe milieu répètent souvent qu'il y a peu de changements majeurs dans leurs pratiques d'intervention. Pourtant, administrateurs et intervenantes constatent que les réunions pluridisciplinaires bimensuelles permettent des avancées majeures sur le plan de la gestion participative et du partage des responsabilités décisionnelles entre administrateurs et intervenantes de l'équipe. Plusieurs considèrent également avoir amélioré la collaboration interprofessionnelle grâce à ces réunions. Jamais avait-on vu deux administrateurs travailler d'aussi près avec une équipe pluridisciplinaire d'intervenantes et laisser ces dernières influencer l'orientation d'un projet pilote, comme cela a été le cas au cours des deux dernières années. Une certaine dynamique de collaboration a pu être observée selon eux. En dépit de cette nouvelle façon de faire, certaines intervenantes ayant fait partie de l'équipe milieu ont observé un manque d'écoute de leurs préoccupations de la part de la direction de l'équipe milieu et du CLSC. Toutefois, cet aspect du bilan ne remet pas en question le potentiel de développement de l'approche et les avantages qui en résultent.

14. Nous utilisons le terme « intensifier » car un certain degré de proaction était déjà observable dans les pratiques des intervenantes avant l'approche milieu. Toutefois, le modèle de l'approche milieu insiste fortement sur la prévention, la promotion de la santé et le caractère proactif de l'intervention. C'est pourquoi cela se retrouve dans les objectifs de l'équipe milieu du CLSC-CHSLD Les Eskers.

Essentiellement, les partenaires affirment que le rythme de progression est lent, mais qu'il est nécessaire qu'il en soit ainsi. On explique cette lenteur relative et incontournable par le fait que les efforts de chacun des partenaires du projet, spécialement ceux de l'équipe milieu, ont dû être concentrés sur la mise en place des conditions préalables à la pratique véritable du modèle d'intervention. En effet, avant de pouvoir dire que l'équipe milieu et ses partenaires locaux fonctionnent désormais par approche milieu, un travail de sensibilisation a dû être réalisé au sein du CLSC et des localités afin de convaincre l'entourage du bien-fondé de cette approche. On a notamment diffusé de l'information sur ce qu'est l'approche milieu et les pratiques qui y sont associées. Parmi les autres conditions préalables, mentionnons la nécessité d'aménager les locaux de santé et de rassembler un minimum de ressources matérielles. Cette tâche s'est avérée plus longue et difficile qu'on ne l'avait prévu. Par ailleurs, on a dû imaginer de nouveaux horaires de travail en tenant compte des distances à parcourir de la part des intervenantes.

Dans un premier temps, le partenariat entre le CLSC et les localités s'est surtout exprimé à travers la nécessité de collaborer à l'aménagement des sept locaux de santé. Parallèlement à ces démarches dans les municipalités, les administrateurs et les employés syndiqués ont entamé un dialogue afin d'harmoniser les pratiques de l'approche milieu avec les préoccupations relatives aux conditions de travail des syndiqués. Ces négociations se sont déroulées sur une période de plusieurs mois, mais à faible intensité, soit depuis le début de l'année 1999 jusqu'à la fin du projet pilote (juin 2002). On semble considérer cette période de discussion et de négociation comme une étape nécessaire et incontournable étant donné le contexte social et organisationnel dans lequel on doit manœuvrer. Évidemment, toute nouveauté majeure au sein d'une organisation demande une période d'ajustement et de négociation entre les employés.

4.2 Intensifier le caractère proactif de l'intervention

En poursuivant l'objectif d'intensification du caractère proactif de l'intervention, l'équipe milieu voulait « aller au-devant des citoyens ». On veut avant tout interpeller les citoyens des milieux ruraux qui, par leur position sociale, leur emploi ou par leurs occupations quotidiennes (bénévolat), sont susceptibles de percevoir des situations génératrices de problèmes chez leurs concitoyens. Ce sont les personnes pivots dont nous avons fait mention précédemment. Ainsi, les intervenantes professionnelles de l'équipe milieu et leurs partenaires (personnes pivots) espèrent rejoindre les

citoyens susceptibles de développer un problème de santé en les aidant avant qu'une demande formelle de services ne soit formulée.

Le niveau actuel de proaction n'est pas le même d'une intervenante à l'autre, car plusieurs intervenantes se sentent plus à l'aise dans les interventions de type thérapeutique ou intervention de crise qu'en situation de prévention. Le niveau de proaction atteint semble dépendre fortement de la charge de travail qui varie d'une semaine à l'autre et de l'intérêt personnel de chacune des intervenantes. Dans les périodes d'accalmie, les infirmières, l'organisatrice communautaire ou la travailleuse sociale ont pu aller au-devant des personnes à risque sans que ces dernières n'aient formulé de demandes formelles de services. Dans les périodes intenses où il y a beaucoup de cas à traiter et d'activités spéciales à réaliser, comme cela a été le cas pour les infirmières au cours de l'automne 2001 lors des vaccinations pour la grippe et la méningite (combinées à l'implantation du mécanisme de suivi systématique de la clientèle), les intervenantes étaient évidemment moins disposées et disponibles à être davantage proactives. Somme toute, et malgré des périodes très occupées, la connaissance des milieux semble s'être améliorée au moyen de l'approche milieu.

Persiste toutefois l'inquiétude de voir, à court terme, le nombre de demandes augmenter considérablement, si des demandes informelles viennent s'ajouter aux demandes formelles habituelles, sans que le CLSC n'ait les ressources humaines pour y répondre. Pourtant, la proaction est intimement liée à la prévention des problèmes de santé. En effet, le potentiel de l'approche milieu réside justement dans une baisse, à moyen et à long terme, des besoins en soins curatifs. On vise aussi à ce qu'un grand nombre des nouveaux besoins identifiés au cours des actions proactives des intervenantes soient pris en charge par de nouvelles aidantes naturelles.

4.3 Améliorer l'accessibilité des services en milieu rural

Pour le CLSC, la décentralisation des services représentait le premier moyen à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif de l'accessibilité des services qui caractérise l'approche milieu. Dans le contexte présent, l'amélioration d'accessibilité des services en milieu rural signifiait avant tout de surmonter l'éloignement entre le domicile d'une personne et le CLSC situé à Amos. Pour atteindre cet objectif, l'intérêt que portent les intervenantes et administrateurs du CLSC envers le monde rural et ses

réalités quotidiennes s'impose comme un atout majeur. Cet intérêt doit pouvoir, à tout le moins, se développer à mesure que progresse l'implantation de l'approche milieu.

Il s'agit sans doute de l'un des objectifs les mieux atteints par l'équipe milieu au cours des deux dernières années. Les locaux de services ont été mis en place, les intervenantes ont dispensé des services dans ces locaux et ont été beaucoup plus présentes dans les localités qu'avant l'expérience pilote. Peu à peu, elles commencent à être mieux connues des citoyens. Toutefois, des efforts supplémentaires sont à faire car certains leaders locaux affirmaient clairement ne pas connaître suffisamment les membres de l'équipe milieu. Selon eux, leurs concitoyens ne connaissent pas beaucoup plus qu'avant les intervenantes professionnelles qui pratiquent dans leur localité. C'est sans doute avec le temps, c'est-à-dire après quelques années, que les citoyens et leurs intervenantes en viendront à se connaître et à se faire confiance mutuellement. Or, la stabilité du personnel au sein de l'équipe milieu n'a pu être totalement maintenue et sera probablement difficile à assurer dans l'avenir. Cet état de faits pose un problème de continuité et d'ancrage dans le milieu pour le personnel.

Par ailleurs, jusqu'à quel point les intervenantes ont-elles de l'intérêt à faire davantage partie intégrante des communautés où elles travaillent? Il s'agit là d'une attente importante des localités. Toutefois, l'ensemble du personnel et des administrateurs du CLSC considèrent comme totalement impossible et anachronique le fait de voir les intervenantes habiter les villages ruraux où elles pratiquent leur profession et participer à la vie communautaire en tant que citoyennes. Cela correspond pour eux à la façon de faire des infirmières de colonie qui en réalité étaient de garde 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 car elles résidaient sur place. Le contexte socioprofessionnel d'aujourd'hui semble très peu propice à ce type de relation de proximité entre l'intervenante et le citoyen. L'urbanisation et le désintérêt à vivre en campagne sont notamment à la source de cette situation sociale. Ainsi, plusieurs intervenantes du CLSC qui sont originaires de l'une des localités rurales vivent maintenant en ville (Amos) par simple intérêt pour un mode de vie plus urbain. Elles conservent quand même souvent des relations étroites avec les gens qui habitent la localité et cela leur est utile dans leur pratique. L'équipe milieu a même profité de cet avantage d'avoir des intervenantes originaires d'une localité rurale pour mieux comprendre la dynamique sociale de la localité.

L'intérêt à vivre en ville représente malgré tout une tendance sociale majeure qui touche la région, la province et même au-delà. Nous pourrions y voir un obstacle à la pratique efficace de l'approche milieu. Du moins, cette hypothèse pourrait faire l'objet de recherches futures. Cependant, la pratique de l'approche milieu est certainement possible sans que les intervenantes ne résident dans les localités rurales. Ayons en tête d'ailleurs que l'émergence de l'approche milieu arrive au Québec et en Abitibi beaucoup plus tard que l'accélération de l'urbanisation.

Il semble toutefois que la relation de proximité entre l'intervenante professionnelle et le citoyen, permettant une meilleure connaissance des réseaux informels d'entraide, demande beaucoup plus de temps lorsqu'on ne réside pas dans la localité et que la confiance mutuelle peut être fragilisée par un roulement du personnel dans les localités. Paradoxalement, plusieurs intervenantes soutiennent que la connaissance approfondie du milieu et l'intégration dans une communauté peuvent aussi nuire à leur travail car certains citoyens préfèrent être aidés par une personne inconnue pour certains problèmes de santé. De plus, la qualité de vie des intervenantes peut être affectée par une présence continue dans les villages. Il n'y a plus d'horaire de travail à ce moment-là.

Sur le plan de la gestion, plusieurs partenaires ont observé que les démarches de l'équipe milieu et des partenaires locaux pour aménager et rassembler les équipements nécessaires aux interventions (celles des infirmières particulièrement qui demandent plus de matériel technique) ne furent pas aussi simples et rapides qu'on l'espérait.

Selon Guay *et al.* (2000), la décentralisation des services suggère également que le CLSC devienne davantage redevable face aux communautés locales. Cela s'inscrit dans la redéfinition de la relation CLSC-municipalité qui découle de la volonté d'implanter l'approche milieu. Il s'agit donc pour le CLSC de maintenir constamment la préoccupation de répondre le mieux possible aux besoins des populations en matière de santé et surtout de planifier des mécanismes d'évaluation dans lesquels les citoyens peuvent faire connaître leurs points de vue sur la qualité des services disponibles dans leur localité.

Dans cette perspective, nous avons pu constater que la mise en place des regroupements des citoyens pour la santé et les échanges qu'ils ont favorisés ont partiellement permis d'atteindre cet

objectif, offrant une tribune aux citoyens pour exprimer leurs points de vue sur le fonctionnement des services.

Au plan de l'intervention dans le milieu, nous avons constaté que certaines intervenantes de l'équipe milieu ne travaillent désormais que rarement dans leur bureau d'Amos, ayant accru leur présence dans les localités.

Sous l'impulsion de l'entrée en fonction d'une organisatrice communautaire en septembre 2001 — après six mois sans organisatrice au sein de l'équipe milieu, rappelons-le —, les collaborations CLSC-communautés se sont grandement développées. C'est notamment grâce à la création des regroupements des citoyens pour la santé que ce rapprochement s'est opéré. La mise en place de ces regroupements constituait d'ailleurs le principal mandat confié à cette intervenante. Ces regroupements ont permis aux membres de l'équipe milieu et aux leaders locaux (bénévoles engagés dans des organismes ou associations locales, élus, employés municipaux, curés) d'apprendre à travailler plus souvent ensemble, à mieux se connaître à travers les réunions de planification et les quelques activités comme le groupe d'entraide parents-enfants de Saint-Félix-de-Dalquier.

4.4 Communautariser les pratiques et favoriser l'empowerment

Au cours des derniers mois, des progrès significatifs ont été réalisés par l'équipe milieu relativement à la connaissance des communautés et la dynamique d'entraide spécifique à chaque localité. Aussi, quand vient le temps d'évaluer les besoins d'une personne en matière de services de santé, de planifier les soins et le suivi, cette meilleure connaissance de chaque communauté permet-elle de tenir compte davantage de l'environnement dans lequel évolue cette personne et d'adapter les services en conséquence.

De plus, les démarches de l'équipe milieu pour mettre en place des locaux de services et des regroupements de citoyens pour la santé semblent avoir eu pour effet de remettre la santé à l'ordre du jour des municipalités. Il s'agit sans doute d'un point de départ vers l'*empowerment* qui ne sera mesurable qu'à long terme. Pour l'instant à tout le moins, dans la liste parfois longue et hiérarchisée des priorités des municipalités, l'enjeu de la santé et des services disponibles localement s'y trouve.

Cependant, l'une des contraintes à l'implantation de l'approche milieu, et plus spécialement à l'*empowerment*, est que chacune des municipalités concentre ses efforts sur des priorités déjà établies et dans lesquelles la santé n'est pas toujours prioritaire. De plus, depuis quelques décennies, c'est-à-dire depuis la spécialisation des soins de santé, les bénéficiaires des services publics de santé se sont habitués à une sorte de dépendance envers les experts pour prendre soin de leur santé. Ils ont perdu le réflexe de recourir à leurs propres capacités d'agir et à leurs propres ressources pour se maintenir en santé ou retrouver la santé.

Les effets de deux ans d'implantation de l'approche milieu sur la capacité des individus à prendre en main leur santé (avec l'aide des intervenantes mais dans une moindre dépendance) semblent limités. À long terme, cet objectif pourrait être atteint par un renversement des conceptions que nous nous faisons de l'aide professionnelle. Le rôle de « responsable » de la santé qui incombe actuellement entièrement aux professionnelles pourrait être remplacé par un rôle de guide ou d'accompagnant qui partage la responsabilité avec la personne en difficulté. À ce sujet, l'expérience du groupe de discussion parents-enfants de Saint-Félix-de-Dalquier aura permis à certaines mères de cette localité à reprendre confiance en leurs moyens personnels pour améliorer leur qualité de vie. Elles ont dû notamment organiser une partie des activités du groupe de discussion au moment où les intervenantes professionnelles du CLSC se retiraient partiellement de l'organisation, tout en continuant à soutenir les bénévoles actifs.

4.5 Intensifier le travail en équipe interdisciplinaire

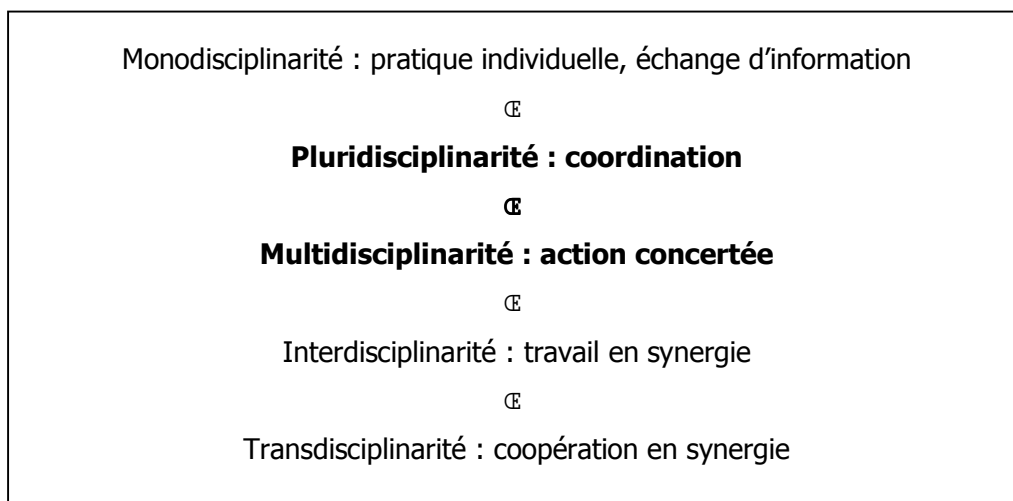
Soulignons dès le départ que la plupart des personnes qui ont œuvré au sein de l'équipe milieu présentaient une personnalité assez compatible avec les valeurs qui guident la pratique de l'approche milieu. Elles démontraient un intérêt manifeste pour cette approche de même qu'une ouverture d'esprit à tenter l'expérience et à changer certaines de leurs pratiques professionnelles. Cela constituait, sans nul doute, un atout majeur à l'implantation de l'approche milieu. Toutefois, plusieurs modifications à la composition de l'équipe milieu ont dû être apportées en cours de route. Ces changements sont notamment dus aux départs volontaires d'intervenantes en raison de désaccords à propos de l'organisation du travail et des services dans les localités. Ces départs sont aussi liés au fait que tous les membres de l'équipe milieu n'avaient pas la même conception de ce qu'est l'approche milieu et de la manière de l'appliquer. Au sein même de l'équipe milieu, les uns se

montraient encouragés et satisfaits des progrès réalisés, les autres plus critiques et même frustrés par la progression. Cette relative instabilité de la composition de l'équipe a eu des répercussions sur le climat de travail. Le travail d'équipe, la cohésion et, par le fait même, la collaboration interdisciplinaire furent inégales au cours des deux années du projet pilote. Soulignons malgré cela que le travail d'équipe en interdisciplinarité fut l'un des changements majeurs de l'équipe milieu si l'on compare l'approche milieu à une pratique plus traditionnelle, et ce, surtout au cours des derniers mois du projet pilote (automne 2001-hiver 2002). Ce roulement du personnel, que certains considèrent comme inévitable dans le contexte des CLSC, semble avoir eu des effets négatifs aussi sur la satisfaction des bénéficiaires et des leaders locaux au sein des localités rurales concernées.

Par ailleurs, avec la fin du projet pilote (mai 2002), l'administration du CLSC devait renouveler encore une fois l'équipe milieu dans le respect des règles d'embauche prévues par les conventions collectives. De plus, à partir de mai 2002, un seul administrateur aura la responsabilité de l'équipe milieu, soit l'actuel chef de l'administration des programmes et porteur de l'idée d'implanter l'approche milieu depuis l'origine du projet en 1999. Ces transformations obligeront un réajustement de la cohésion interne au sein de l'équipe milieu afin de poursuivre l'objectif de la synergie typique de l'interdisciplinarité.

En considérant le continuum de la collaboration professionnelle proposé par Guay *et al.* (2000), il semble que, globalement, l'équipe milieu ait surtout atteint la pluridisciplinarité ou la multidisciplinarité (Figure 2).

Figure 2 : Niveau atteint dans la collaboration interprofessionnelle



Certes, une ou plusieurs caractéristiques de chacun des stades de ce continuum ont pu être observées dans le travail de l'équipe milieu. Par exemple, nous pouvons dire que la monodisciplinarité a été exercée car une « pratique individuelle » a perduré malgré l'implantation progressive de l'approche milieu. Ainsi, les intervenantes ont parfois travaillé parallèlement (en « silos fermés », comme disaient certains partenaires), mais sans trop de compétition. Certains partenaires du projet pilote ont constaté que le travail d'équipe regroupant des gens de différentes disciplines au sein de l'équipe milieu a pu atténuer certaines rivalités interdisciplinaires présentes avant l'approche milieu. De plus, on a maintes fois affirmé que les « échanges d'information » et la « collaboration » qui en découlent (deux autres caractéristiques de la monodisciplinarité) avaient été facilités et naturellement intensifiés par les rencontres de travail bimensuelles.

En ce qui concerne la pluridisciplinarité, nous avons vu s'actualiser la « coordination » à de nombreuses reprises, à l'occasion des quelques discussions de cas où chacun, influencé par sa discipline (sciences infirmières, travail social, travail communautaire, administration ou sciences sociales), amenait des éléments de solution orientés vers des objectifs communs de bien-être de la personne en difficulté et de son entourage. C'est ce que Guay *et al.* appellent « l'addition de contributions spécifiques vers un objectif commun » (2000 : 6). La pluridisciplinarité étant très proche de la multidisciplinarité, nous pouvons soutenir que l'équipe milieu a pu, à certains moments, pratiquer cette multidisciplinarité par une « action concertée », c'est-à-dire par juxtaposition de différentes expertises. À quelques reprises, quoique de façon non systématique, plusieurs membres de l'équipe ont participé à des discussions visant à préciser le plan d'intervention qu'allait mettre en pratique l'intervenante responsable du cas en question. Ainsi pouvons-nous reconnaître des « actions concertées dans un plan d'intervention partagé » (Guay, 2000 : 6).

Quant à l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité, leur mise en application demeure embryonnaire même si un début de synergie a pu être vécu au sein de l'équipe à certains moments du projet pilote. De plus, l'interaction quasi quotidienne entre les membres de l'équipe a pu provoquer une sorte d'enrichissement mutuel typique de l'interdisciplinarité.

Comme pour l'objectif de l'*empowerment*, le processus pour atteindre un niveau avancé d'interdisciplinarité est long, il faut compter plusieurs années de perfectionnement avant d'y arriver. Il s'agit donc d'une mission à long terme que peut se donner le CLSC. Pour cela, des séances de formation s'avèrent essentielles, comme ce fut le cas pour le programme Naître égaux — Grandir en

santé (NÉ-GS) pour lequel une personne-ressource est venue animer une formation au cours du printemps 2001. Toutefois, le fait d'appréhender cet objectif à long terme ne doit pas empêcher le CLSC et son équipe milieu d'intensifier les efforts dès maintenant et de se donner des échéanciers et des indicateurs précis de progression. L'un des points de départ pourrait être la conception d'un mécanisme souple pour élaborer des plans d'intervention en équipe interdisciplinaire, puis l'expérimentation de ce mécanisme afin de l'améliorer.

Soulignons qu'en dehors de l'approche milieu, les collaborations étroites au sein du CLSC s'expriment surtout entre les intervenantes œuvrant dans le même type de services. À titre d'exemple, les infirmières qui travaillent aux soins à domicile collaborent étroitement et ont des réunions régulières et fréquentes. Elles collaborent aussi nécessairement avec les autres intervenantes des services de soutien à domicile provenant d'autres disciplines, soit les travailleuses sociales, les techniciennes en assistance sociale et les auxiliaires familiales, mais de façon beaucoup moins intense. Notons à ce sujet que plusieurs intervenantes du CLSC ne faisant pas partie de l'équipe milieu se montrent satisfaites des collaborations interdisciplinaires actuelles (en dehors de l'approche milieu), et ce, même si ces dernières sont peu développées.

4.6 Quelques indicateurs de progression pour la suite de l'implantation

Les nombreuses discussions avec les membres de l'équipe milieu et les partenaires du projet ont permis d'identifier quelques indicateurs de progression. C'est aussi à partir de l'ensemble des documents de travail internes de l'équipe et du contenu des entrevues que les indicateurs suivants ont été puisés, puis reformulés :

en ce qui concerne l'objectif qui englobe la proaction, la prévention et la promotion de la santé :

- nombre d' « offres ouvertes » de services effectuées à des personnes de l'entourage d'une personne en difficulté (avant qu'une demande formelle soit faite par un citoyen);
- nombre d'activités de promotion de la santé;
- nombre d'activités de prévention réalisées;

en ce qui concerne l'objectif d'accessibilité :

- présence d'un local de santé aménagé dans les sept localités;
- types de services disponibles dans les localités rurales;
- nombre d'interventions réalisées dans les localités, en comparaison avec le nombre d'interventions réalisées à Amos;
- temps de présence des intervenantes dans les localités;
- degré de connaissance des services du CLSC par les citoyens des localités rurales;
- diversité des sources de demandes de services;

en ce qui concerne l'objectif d'*empowerment* :

- nombre d'aidés devenus aidants;
- activités santé prises en main par des citoyens (ex. : transport des prises de sang);
- degré de confiance des citoyens en eux-mêmes et en leur entourage pour prendre soin de leur santé;

en ce qui concerne l'objectif de communautarisation :

- connaissance des réseaux sociaux d'entraide par l'équipe milieu;
- nombre d'interventions de soutien par une intervenante professionnelle auprès d'un aidant naturel;
- travail d'équipe avec les citoyens et les leaders locaux afin de mieux orienter les services de santé dans chacune des localités, notamment par la mise sur pied des regroupements des citoyens pour la santé;

en ce qui concerne l'objectif d'interdisciplinarité :

- nombre de rencontres formelles de l'équipe interdisciplinaire;
- nombre de cas discutés en équipe interdisciplinaire;
- évaluation des besoins d'une personne en équipe et avec une approche biopsychosociale;

en ce qui concerne l'objectif de polyvalence :

- diversité des types d'interventions, des programmes et des activités réalisées par chacune des intervenantes.

Cette liste d'indicateurs de progression est non seulement incomplète, mais aussi encore trop générale. Par exemple, quels indicateurs pourrions-nous examiner pour mesurer l'avancement de l'approche biopsychosociale, elle-même indicateur d'interdisciplinarité? L'exercice d'identification des objectifs, des indicateurs et des critères d'implantation fut relativement long et décousu. Pourtant, il s'agit d'une base fondamentale pour la bonne marche d'un projet pilote et de son évaluation. Entre la planification trop rigide et l'improvisation exagérée, un juste milieu doit être possible et poursuivi. Ce constat a amené l'équipe milieu à vouloir se doter d'un plan d'actions complet et structuré afin de pouvoir suivre la progression de l'implantation de l'approche milieu à la suite du départ de l'agent de recherche.



Conclusion

CONCLUSION

Sommaire des atouts, des obstacles et des défis à venir

Certains progrès ont été réalisés au cours du projet pilote, et ce, pour l'ensemble des objectifs d'implantation de l'approche milieu. Même si une relative lenteur d'implantation fut notée par plusieurs partenaires et que des obstacles non négligeables se dressent encore devant les « promoteurs », la plupart des partenaires du projet considèrent qu'il vaut la peine de persévérer dans l'implantation de cette approche milieu et de la faire entrer dans le fonctionnement officiel du CLSC, c'est-à-dire qu'elle perde son statut de projet pilote. Toutefois, aucune accélération significative de la progression de l'implantation n'est à prévoir si les efforts de planification et d'application des pratiques de l'approche milieu ne sont pas intensifiés de manière significative.

Si, comme pendant les deux années de projet pilote, les administrateurs et intervenantes ne trouvent pas le temps, l'énergie, l'argent et les ressources humaines (ce qui revient souvent au même) pour intensifier les efforts, l'implantation suivra probablement le même rythme, plutôt insatisfaisant, à moins qu'on ne réussisse à transformer significativement les pratiques d'intervention et de gestion sans ajout de personnel ou d'argent, ce qui constitue aussi un enjeu de taille de l'approche milieu.

Entre autres obstacles, mentionnons la grande difficulté d'harmoniser les activités informelles d'intervention de l'approche milieu avec les commandes venant du MSSS et de la Régie régionale. Les activités reliées à des programmes provinciaux et à des priorités régionales amènent les intervenantes à consacrer du temps à la poursuite de ces objectifs. Afin de justifier les budgets, les résultats de ces activités et interventions formelles doivent pouvoir être mesurés, ce qui est plus difficile en ce qui concerne les activités typiques de l'approche milieu. C'est ce que plusieurs appellent « le blanc d'œuf » du travail des intervenantes, c'est-à-dire l'ensemble des actions posées pour préparer une intervention formelle pouvant être compilée dans les statistiques informatisées du réseau de la santé. Il s'agit par exemple des approches informelles auprès du citoyen, permettant de mieux connaître son environnement social, des réunions de planification des activités de prévention, des tâches administratives qui sont plus nombreuses quand on est une intervenante dans une équipe milieu, etc.

Plusieurs pratiques font obstacle aux volontés de changements reliées à l'implantation de l'approche milieu. Nous avons fait mention notamment de l'habitude d'attendre les demandes officielles de services avant d'intervenir de façon informelle auprès des personnes. De plus, beaucoup de citoyens ont encore le réflexe de se rendre à l'hôpital pour tout type de problème qui souvent pourrait être résolu ou évité par l'action des intervenantes du CLSC en collaboration avec des concitoyens. Afin de favoriser l'*empowerment*, on devra dans l'avenir insister davantage sur les « responsabilités » et les « devoirs » du citoyen en matière de maintien de sa santé plutôt que de toujours parler de ses droits, même si ces derniers doivent être maintenus.

Certes, l'ouverture d'esprit des membres de l'équipe milieu aura permis de poursuivre énergiquement l'implantation de l'approche milieu. Leur curiosité et leur volonté d'expérimenter de nouvelles façons de faire a pu représenter un atout majeur de progression. Cependant, si cette ouverture d'esprit n'est pas préservée et développée par l'ensemble des administrateurs et des intervenantes de l'établissement, les chances d'accélération de l'implantation seront minces. Rappelons que l'implantation de l'approche milieu s'est déroulée dans un contexte parfois difficile dans lequel certaines intervenantes, administrateurs et citoyens des localités ont mis en doute la pertinence de certaines caractéristiques de l'approche milieu et même de l'approche milieu globalement.

De plus, une méconnaissance du modèle de l'approche milieu et des subtilités de ses pratiques au sein du CLSC et dans les localités aura sans doute nui à l'implantation. Aussi, des séances de formation et des rencontres supplémentaires avec des gens qui ont vécu l'approche milieu pourraient sans doute être très profitables au cours des prochains mois.

D'autres actions encore faciliteraient grandement la progression de l'implantation. Par exemple, la nouvelle équipe milieu devra trouver les moyens d'appliquer systématiquement les pratiques de l'approche milieu retenues. Un plan d'actions détaillé pourrait ainsi servir de grille de suivi après le départ de l'agent de recherche. Enfin, pourquoi ne pas concevoir un mécanisme clair et souple pour l'élaboration de plans d'intervention en équipe interdisciplinaire?

Nous devons aussi tenir compte de certaines collaborations établies avec différents partenaires locaux qui se sont solidifiées au cours des derniers mois du projet pilote, particulièrement de janvier à avril 2002. Par exemple, les regroupements des citoyens pour la santé de deux des sept localités

sont actifs et leurs membres semblent avoir à cœur le développement de leur regroupement. Il s'agit là d'un atout important sur lequel l'équipe milieu devra continuer à mettre des efforts.



Annexe 1

Les trois schémas
d'entretien utilisés



SCHÉMA D'ENTREVUE n° 1

AVEC LES GENS DE L'ÉQUIPE MILIEU

Consultation individuelle, informelle, non enregistrée, préliminaire à l'évaluation proprement dite avec les gens de l'équipe milieu :

1. C'est quoi au juste l'approche milieu?
2. C'est quoi « le milieu »?
3. Pourquoi mettre en place une approche milieu?
4. Bref historique du déroulement de l'approche milieu depuis le début de la démarche jusqu'à aujourd'hui.
5. D'où vient l'idée? Qui a pris l'initiative?
6. À quel moment le projet a-t-il débuté?
7. Ce que vous attendez de l'évaluation.
8. Ce qui pourrait être amélioré actuellement dans l'application de l'approche milieu.
9. Quelles sortes d'information vous aideraient dans votre travail?
10. Ce que vous attendez de l'approche milieu.
11. Votre rôle jusqu'à présent dans le projet.
 12. Dans l'avenir rapproché.
13. Ce qui a le mieux fonctionné jusqu'à présent.
14. Ce qui a été le plus difficile.
15. Gens concernés par l'approche milieu.
16. Intérêt de chacun face à l'approche.
17. Résultats utopiques, rêvés, en mars 2001, en mars 2002. Ce que l'approche milieu aura apporté, amélioré.
 18. Au plan des services à la population.
 19. Au plan de votre travail et de l'organisation du travail.
20. Aspects de l'approche milieu à évaluer.
21. Qu'est-ce que vous aimeriez qu'on évalue exactement?
22. Suggestion de façons d'évaluer ces aspects.
23. Questions à poser aux gens concernés (intervenantes, gestionnaires, bénéficiaires, leaders locaux).
24. Sur quels services ou sur quels types de services l'approche milieu a-t-elle le plus d'impact?
 25. En quoi?
26. Caractéristiques fondamentales d'une approche milieu.
27. Ce qui est incontournable si l'on veut appliquer véritablement cette approche.
28. Ce qui représente un objectif de base à atteindre, sans quoi l'approche milieu ne sera pas appliquée.
29. Ce qui m'aiderait, selon vous, à comprendre l'approche milieu.
30. Où aller?
31. Qui consulter?
32. Quoi faire?

SCHÉMA D'ENTREVUE n° 2

Questions posées aux INTERVENANTES et ADMINISTRATEURS de l'équipe milieu :

1. Progression générale de l'implantation de l'approche milieu.
2. Bilan du projet. Quel bilan peut-on faire du projet jusqu'à maintenant?
3. État d'esprit face au projet pilote. Où en es-tu personnellement avec le projet d'approche milieu?
4. Niveau de satisfaction devant la progression et le fonctionnement du projet pilote.
5. Contraintes observées ou appréhendées.
6. Agents facilitants.
7. Progression des projets spéciaux.
 8. Groupe d'entraide parents-enfants de Saint-Félix-de-Dalquier. Quel bilan?
 9. Regroupement des citoyens pour la santé. Un bon départ?
10. Gestion (organisation) du projet pilote.
11. Planification du projet pilote (plan de développement).
12. Identification des objectifs et des moyens préconisés.
13. Organisation du travail.
14. Gestion du personnel et des horaires.
15. Travail d'équipe au sein du CLSC.
 16. Fonctionnement de l'équipe.
 17. Climat d'équipe.
 18. Échange d'information.
 19. Entraide.
20. Coopération, collaboration avec les partenaires locaux (concertation).
21. Liens créés, tissés avec gens des localités. Significatifs?
22. Ententes avec les municipalités.
23. Collaboration avec les organismes du milieu.
24. L'intervention dans les communautés. Ce qui a changé dans nos pratiques d'intervention.
 25. Ce qui a changé dans nos manières d'offrir les services.
26. Finalement, la pertinence actuelle de poursuivre l'approche milieu.
27. Ce qui devrait être amélioré prioritairement dans le système de santé actuel.
28. Ce qui « ne marche pas » dans le système de santé actuel.
29. Ce qui « ne marche pas » dans les services et l'organisation des services du CLSC-CHSLD Les Eskers.
30. Problèmes dans la manière d'intervenir AVANT l'approche milieu.

Questions posées uniquement aux INTERVENANTES de l'équipe milieu :

31. Comment se vit l'approche milieu dans ton travail depuis l'an passé?
32. Description de ton expérience dans le projet pilote.
33. Description détaillée d'une semaine type de travail au cours du dernier mois.
34. Interventions réalisées et nombre de personnes « rejointes ».
35. Choses réglées, choses entamées.
 36. Villages visités et déplacements automobile.
 37. Réunions.
 38. Paperasse remplie.
 39. Autres.

Questions posées uniquement aux ADMINISTRATEURS de l'équipe milieu :

40. Ce que c'est d'être administrateur de CLSC dans l'optique de l'approche milieu.
 41. Ce que l'on fait.
 42. Ce que ça implique.
 43. Ce que ça change.

Questions posées uniquement à des LEADERS LOCAUX :

44. Que pensez-vous des objectifs que s'est fixés l'équipe milieu du CLSC?
45. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter en ce qui concerne les échanges entre l'équipe milieu et les responsables de la municipalité?
46. Y a-t-il suffisamment de communication?
47. Quel bilan faites-vous de l'implication des gens de votre localité dans le projet jusqu'à présent?
48. Bénévoles.
49. Administrateurs de la municipalité.
50. Quel bilan faites-vous du processus d'implantation de l'équipe milieu dans le cadre du projet?
51. Satisfaction face au projet de groupe d'entraide parents-enfants.
52. Avez-vous toujours de l'intérêt à ce que se poursuivent ce groupe et l'approche milieu?
53. Quelles sont vos principales attentes pour l'avenir du projet?

SCHÉMA D'ENTREVUE n° 3

Questions posées uniquement aux ADMINISTRATEURS de l'équipe milieu :

1. Qu'est-ce qui avait poussé le conseil d'administration et le comité de gestion à accepter de tenter l'expérience de l'approche milieu?
2. Qu'est-ce qui a changé dans ton travail de gestion depuis le début du projet pilote?
3. Qu'est-ce qui a changé dans notre façon d'intervenir?
4. Jusqu'à quel point l'administration peut-elle imposer un changement organisationnel (comme adopter l'approche milieu) aux intervenantes du CLSC? Est-ce que c'est le moment, en avril 2002, de l'imposer?

Questions posées uniquement aux INTERVENANTES de l'équipe milieu :

5. En quoi consiste ton travail concrètement au cours d'une journée type? Une semaine type? Un mois type?
 6. Interventions typiques réalisées, nombre de personnes « rejointes », avec qui tu es en contact.
 7. Choses réglées, choses entamées, villages visités et déplacements automobile, réunions, paperasse remplie, autres.
8. Qu'est-ce qu'on fait de différent quand on est dans l'approche milieu?
9. Comment perçois-tu ton rôle dans le cadre de l'approche milieu?
10. Trouves-tu que l'approche milieu c'est beaucoup de l'organisation communautaire?

Questions posées uniquement à l'ORGANISATRICE COMMUNAUTAIRE de l'équipe milieu :

11. D'après ce que tu as entendu aux Pays-d'en-Haut, serais-tu intéressée à faire une partie du travail que fait l'agent de réseau là-bas?
 12. Faudrait-il que tu travailles à temps plein pour combiner cela avec ce que tu fais actuellement?

Questions posées uniquement aux LEADERS LOCAUX :

13. Êtes-vous satisfaits du partenariat établi entre la municipalité et le CLSC?
14. Est-ce que chacun fait sa part de manière équitable, selon vous?
15. Quels sont, selon vous, les principaux problèmes de santé actuels et à venir dans la localité?

Questions posées aux ADMINISTRATEURS et INTERVENANTES de l'équipe milieu :

16. Progression générale de l'implantation de l'approche milieu.
 17. Trouves-tu qu'on a atteint nos objectifs de départ?
 18. Quels étaient ces objectifs?
 19. Bilan du projet. Quel bilan fais-tu du projet jusqu'à maintenant?
 20. État d'esprit face au projet pilote. Où en es-tu personnellement avec le projet approche milieu?
 21. Niveau de satisfaction face à la progression et au fonctionnement du projet pilote.

22. Gestion (organisation) du projet pilote, planification, organisation du travail, gestion du personnel et des horaires.
23. Travail d'équipe au sein de l'équipe milieu, fonctionnement de l'équipe, climat d'équipe, échange d'information, entraide.
24. Coopération, collaboration avec les partenaires locaux (concertation).
25. L'intervention dans les communautés. Ce qui a changé dans nos pratiques d'intervention.
26. Ce qui a changé dans nos manières d'offrir les services.
27. L'implantation progressive ne pourrait-elle pas être sur l'application des principes de l'approche milieu et sur les changements progressifs de pratiques plutôt que sur les secteurs géographiques d'implantation?
28. Quels sont les avantages de la spécialisation des intervenantes pour un type de service particulier, pour des programmes ou des problématiques particulières, pour des clientèles d'âge?
29. Quels en sont les inconvénients?
30. Quels sont les avantages de la polyvalence?
31. Quels sont les inconvénients de la polyvalence?
32. Faire un sondage en mars 2002 pour jauger l'intérêt des intervenantes à travailler de la sorte.
33. Quels sont les organismes communautaires avec qui le CLSC entretient des rapports étroits de collaboration?
34. Est-ce que la volonté d'implanter l'approche milieu est reliée à une volonté du CLSC d'être plus « communautaire », i.e. à vocation communautaire, proche des communautés, des organismes communautaires, des citoyens et bénévoles socialement engagés?
35. Est-ce que la volonté d'implanter l'approche milieu est reliée à une volonté réelle du CLSC d'accentuer sa mission de prévention?
36. Quels facteurs devraient être considérés quand vient le temps de constituer une équipe milieu pour un secteur géographique donné?
37. Quels sont, selon toi, les moyens efficaces qu'on a mis en place pour implanter l'approche milieu?
38. Contraintes observées ou appréhendées.
39. Agents facilitateurs.
40. Qu'est-ce qui pourrait être fait dans les prochains mois pour faire progresser l'implantation de l'approche milieu?
41. Quels signes nous démontreraient que l'approche milieu « fait son chemin » dans le CLSC? Et dans les localités?
42. Finalement, la pertinence actuelle de poursuivre l'approche milieu.
43. Ce qui devrait être amélioré prioritairement dans le système de santé actuel.
44. Ce qui « ne marche pas ».
45. Ce qui « ne marche pas » dans les services et l'organisation des services du CLSC-CHSLD Les Eskers.
46. Problèmes dans la manière d'intervenir avant l'approche milieu.
47. Les intervenantes sont-elles plus présentes qu'avant dans les localités?
48. Si oui, combien de fois plus présentes? Deux fois plus présentes?
49. Quels sont les avantages de la spécialisation des intervenantes pour un type de service particulier, pour des programmes ou des problématiques particulières, pour des clientèles d'âge?
50. Quels en sont les inconvénients?
51. Quels sont les avantages de la polyvalence?
52. Quels sont les inconvénients de la polyvalence?
53. Quand on fait cinq ou six cas de soins à domicile dans une demi-journée de travail, on a pour une demi-journée (en moyenne) à remplir les cinq ou six dossiers?
54. Exemple plausible : 60 minutes pour une rencontre à domicile = environ 10 minutes pour remplir le dossier?
55. À quoi ressemblent ces dossiers?

56. Est-ce une bonne idée de profiter des demi-journées de temps de présence au local pour « faire ces dossiers »?
57. Combien de temps consacre-t-on en moyenne pour faire les téléphones, pour confirmer les rendez-vous du lendemain auprès des clients? Et pour préparer le matériel à emporter le lendemain?
58. Qu'est-ce qu'une intervention « significative » dans ton esprit à toi (pas selon les normes du CLSC)?
59. Dans quels secteurs de la MRC aimerais-tu le plus travailler?
60. Aimerais-tu travailler plusieurs années dans le même secteur géographique?

Questions récurrentes :

61. Qu'est-ce qui a changé dans notre façon d'intervenir dans les communautés du nord-ouest de la MRC?
62. Quels sont les avantages de la spécialisation des intervenantes pour un type de service particulier, pour des programmes ou des problématiques particulières, pour des clientèles d'âge?
 63. Quels en sont les inconvénients?
 64. Quels sont les avantages de la polyvalence?
 65. Quels sont les inconvénients de la polyvalence?
66. [Soumettre la définition de l'approche milieu et lui demander ce qu'il en pense.]
67. [Faire l'inventaire des types de services et des données sur les types de services.]
68. Qu'est-ce qu'un fonctionnement par l'approche milieu pourrait apporter de positif dans le CLSC? Dans les localités, pour les citoyens?
69. Sens-tu que beaucoup de monde au CLSC serait prêt à s'engager dans une voie qui irait vers ce type d'intervention?
 70. Par exemple, rendre le CLSC plus « communautaire » qu'il ne l'est actuellement?
 71. « L'intervention réseau », i.e. en équipe interdisciplinaire et en partenariat avec l'entourage (réseau social) de chaque bénéficiaire?
72. Satisfaction des relations de travail intervenantes/gestionnaires actuellement.
 73. Collaboration intéressante?
 74. Compréhension mutuelle?
75. Le CLSC est-il déjà un CLSC fortement axé sur la prévention (par rapport à d'autres CLSC)?
 76. Quelle forme prend la prévention/promotion de la santé au CLSC pour chacun des types de services?
 77. Dépistage = forme de prévention? Vaccination = autre forme de prévention? Conseils = autre forme encore? Cliniques?
 78. C'est suffisant?
 79. Contexte québécois des CLSC et du système de santé favorable à l'expansion des activités de prévention?
 80. Est-ce utopique de vouloir faire plus d'activités de prévention/promotion?
 81. « Harmonie » entre les politiques de santé ou plans d'actions du MSSS, de la Régie régionale et du CLSC Les Eskers?
 82. C'est quoi les « paniers de services »?
83. Intervenantes et gestionnaires suffisamment proches des citoyens? Ruraux en particulier?
84. Bonne connaissance des réseaux d'entraide dans les localités rurales?
85. Intervenantes intéressées à travailler en milieu rural?
86. Est-ce qu'il y a une pénurie d'intervenantes professionnelles au CLSC actuellement?
 87. Si oui, est-ce que c'est le manque d'argent (dont on a parlé lors de notre entretien du 14 décembre) qui empêche le CLSC d'engager plus d'intervenantes?
 88. Sinon, c'est quoi?
89. Est-ce que le CLSC est performant? Efficience, etc.

90. Principales contraintes des gestionnaires?
91. Titre? C'est quoi ta job [en 5 minutes!...]?
92. Quels programmes sont actuellement réalisés par le CLSC?
93. C'est quoi les priorités du CLSC en terme de types de services à offrir aux citoyens?
94. GMF? Vaccinations? SAD?
95. Par ordre d'importance, les intervenantes s'identifient à : 1. Un type de service; 2. Aux programmes qu'elles réalisent (ou aux problématiques dans lesquelles elles excellent); 3. À des clientèles d'âge en particulier (personnes âgées, bébés, enfants, ados, adulte).
96. Ce qui est le plus difficile à gérer actuellement au CLSC?
 97. On manque éternellement d'argent?
 98. De personnel? Si oui, comment contrer la pénurie d'infirmières par exemple?
99. Y a-t-il un besoin de renouvellement des méthodes d'intervention?
100. Grande mobilité des intervenantes d'un type de service à un autre (ex. : des SAD au scolaire)?
101. C'est une bonne idée l'approche milieu?
102. Pour quelles activités le CLSC collabore-t-il avec le Centre de réadaptation La Maison (santé physique)? Clair Foyer (déficience intellectuelle)? et la Maison de la famille?



Annexe 2

Grille de codification



GRILLE DE CODIFICATION

Théorie	Proaction	Indicateurs	Gestion	Atouts
Méthodologie	Accessibilité	Critères	Intervention	<i>possibles</i>
Actions	Décentralisation	Appréciation	Partenariat	<i>vécus</i>
<i>préparation</i>	Communautarisation	<i>implantation</i>		Obstacles
<i>publicité</i>	<i>Empowerment</i>	<i>pertinence</i>		<i>possibles</i>
<i>équipe</i>	Interdisciplinarité	<i>résultats</i>		<i>vécus</i>
<i>locaux</i>	Polyvalence	<i>couverture</i>		Bénéfices
<i>présences</i>		<i>ressources</i>		<i>possibles</i>
<i>famille</i>		<i>satisfaction</i>		<i>vécus</i>
<i>regroupements</i>		<i>efficience</i>		<i>surprises</i>
<i>syndicat</i>				Pervers
				<i>possibles</i>
				<i>vécus</i>
				Responsabilités
				<i>possibles</i>
				<i>vécues</i>
				Recommandations



Annexe 3

Schéma des différences entre l'approche réactive et l'approche proactive





Annexe 4

Tableau de comparaison des types de pratiques communautaires





Annexe 5

Structure organisationnelle des équipes
milieu du CLSC Des Pays-d'en-Haut





Annexe 6

Horaire du mois de mai 2002 pour l'ensemble
des intervenantes de l'équipe milieu et
pour l'ensemble des localités du projet pilote





Annexe 7

Horaire du mois de janvier 2001
pour la localité de Launay





Annexe 8


Document de présentation des regroupements
des citoyens pour la santé
(présentation PowerPoint)



Définition de l'approche milieu :

Modèle d'intervention qui se caractérise par une importante décentralisation des services au niveau des petites communautés et une grande proximité entre les intervenants professionnels et les citoyens.

Approche milieu

- 
- Local du CLSC
 - Regroupement des citoyens pour la santé

Définition de la santé :

État de bien-être complet sur le plan physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Les facteurs pouvant influencer la santé :

- les pratiques et convictions spirituelles;
- le soutien social;
- les rapports avec les autres;
- la paix;
- la justice;
- l'économie;
- le revenu;
- l'environnement;
- les politiques;
- la participation des citoyens au processus décisionnel.

Réf. : Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pourquoi mettre en place un Regroupement des citoyens pour la santé?

Pour la municipalité

- Pour que la population participe à la prise en charge de la santé des gens de la municipalité.
- Pour que les citoyens de la municipalité soient informés de ce que fait le CLSC (achalandage dans les locaux de services, services disponibles, services rendus, ressources disponibles, orientation des services, programmes en cours, etc.).
- Pour que le conseil municipal ainsi que les différents participants du Regroupement soient informés régulièrement de la progression de l'approche milieu dans la localité.

Pour le CLSC

- Pour que les intervenants du CLSC connaissent mieux les préoccupations santé des citoyens.
- Pour que le travail des intervenants de l'équipe milieu soit davantage influencé par les intérêts de la communauté.

À quoi pourra servir le Regroupement?

- Identifier les besoins des citoyens en ce qui concerne la santé.
- Déterminer des éléments de solution aux besoins identifiés.
- Élaborer un plan d'action annuel.
- Faire en sorte que de nouveaux citoyens s'impliquent dans la municipalité.
- Susciter le dialogue entre les participants.
- Présenter annuellement un bilan des services offerts et des activités réalisées dans le cadre de l'approche milieu (CLSC).
- Permettre au CLSC d'adapter sa manière d'intervenir.

Qu'est-ce qui peut assurer la réussite de ce projet?

- Que les élus et les fonctionnaires de la municipalité connaissent bien toutes les particularités du projet et se greffent au Regroupement.
- Que le Regroupement ne vienne pas remplacer les comités déjà existants, mais soit complémentaire.
- Qu'une personne soit clairement identifiée pour faire l'animation du Regroupement. (Il s'agit d'un rôle de rassembleur et non de dirigeant. Le CLSC suggère que ce soit fait par l'organisatrice communautaire de l'équipe milieu.)
- Que tous les participants du Regroupement se sentent responsables face au progrès de celui-ci.
- Que la composition du Regroupement soit représentative du milieu.

Composition possible du Regroupement :

- un ou plusieurs élus municipaux;
- l'agent de développement, s'il y a lieu;
- un policier de la Sûreté du Québec assigné à la municipalité;
- un ou plusieurs citoyens sensibilisés à l'amélioration de la santé de la communauté;
- un ou plusieurs citoyens responsables (coordonnateur) d'un organisme d'aide;
- trois personnes de l'équipe milieu du CLSC (un administrateur, l'organisatrice communautaire, une intervenante);
- animateur jeunesse.

Prochaines étapes :

- trouver des candidats pour faire partie du Regroupement;
- fixer la date pour la première rencontre du Regroupement;
- déterminer des règles de fonctionnement pour le Regroupement (fréquence des réunions, lieu des réunions, horaire, etc.);
- déterminer des priorités d'actions.



Bibliographie



BIBLIOGRAPHIE

- BEAUDOIN, André (2000). « L'évaluation des programmes et des interventions dans la perspective du développement du travail social ». Dans DESLAURIERS, Jean-Pierre et Yves HURTUBISE (dir.). *Introduction au travail social*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- BEAULÉ, Guillaume et Paule SIMARD (2002). *L'approche de proximité en milieu rural : Quel modèle pour le Témiscamingue?* Rouyn-Noranda, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- BOURASSA, Marc-André (2001). *Le discours des citoyens sur la viabilité des communautés forestières : Le cas de la MRC d'Abitibi*. Rouyn-Noranda, Chaire Desjardins en développement des petites collectivités/Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- CHABOT, Denis *et al.* (1993). « Une approche proactive d'intervention communautaire en milieu rural ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 12(1):177-198.
- CLSC-CHSLD Les Eskers (2000). *Pensons autrement : L'approche milieu comme mode d'intervention et d'organisation des services*, document de travail interne. Amos, CLSC-CHSLD Les Eskers.
- CLSC-CHSLD Les Eskers (2000). *Un territoire à occuper : Pour des services de santé à proximité*, document de travail interne. Amos, CLSC-CHSLD Les Eskers.
- CONNEL, James P. et Anne C. KUBISH (1998). « Applying a Theory of Change Approach to the Evaluation of Comprehensive Community Initiatives : Progress, Prospects and Problems ». Dans FULLBRIGHT-ANDERSON, Karen *et al.* *New Approaches to Evaluating Community Initiatives : Theory, Measurement and Analysis*. New York, Aspen Institute.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001). *L'appropriation par les communautés de leur développement*. Sainte-Foy, Gouvernement du Québec.
- CRÉPEAU, Catherine (2001). « Deux nouveaux centres universitaires affiliés ». *La nouvelle* (Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 4(5):7.
- DUCLOS, Pierre (2001). « Pour un rapprochement entre connaissance et action ». *La nouvelle* (Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 4(5):1-2.
- ELOY, Pascaline (2001). « L'Institut de gériatrie de Sherbrooke relève le défi du partenariat ». *La nouvelle* (Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 4(5):8.
- GUAY, Jérôme *et al.* (2000). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche milieu*. Sainte-Adèle, CLSC-CHSLD Des Pays-d'en-Haut.
- GUAY, Jérôme (2001). « L'intervention de réseau et l'approche milieu ». Dans DUFORT, Francine et Jérôme GUAY (dir.). *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

- GUBA, Egon G. et Yvonna S. LINCOLN (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, London, New Delhi, Sage Publications.
- HADLEY, Roger *et al.* (1987). *A Community Social Worker's Handbook*. Londres, Tavistock Publications.
- HÉBERT, Michel (2000). « L'interdisciplinarité : Une équipe multidisciplinaire en action ». Dans DESLAURIERS, Jean-Pierre et Yves HURTUBISE (dir.). *Introduction au travail social*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- LABRIE, Vivian (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- LACHAPELLE, René (1994). « Une approche par clientèle ou une approche par milieu ? » Dans FAVREAU, Louis *et al.* (dir.). *Pratiques d'action communautaire en CLSC : Acquis et défis d'aujourd'hui*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LAMOUREUX, Henri, Robert MAYER et Jean PANET-RAYMOND (1984). *L'intervention communautaire*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- LEMIRE, Jacques et Andrée GENDRON (2001). « Vers le développement des meilleures pratiques en CLSC, en CHSLD et centre de santé ». *La nouvelle* (Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 4(5):3.
- MIDY, Franklin *et al.* (1998). *Guide d'évaluation participative et de négociation*. Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles/Coalition des tables régionales d'organismes communautaires/Centre de formation populaire/Université du Québec (4 fascicules).
- PANET-RAYMOND, Josée (2001). « À l'aide des aidantes naturelles ». *La nouvelle* (Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec), 4(5):9.
- PARÉ, Isabelle (2001). « Les groupes de médecine de famille : Réinventer la médecine sans réinventer la roue ». *Le Devoir*, lundi 4 juin, A1.
- PATTON, Michael Quinn (1978). *Utilization-focused Evaluation*. Beverly Hills, Sage Publications.
- RUBIN, Herbert J. et Irene RUBIN (1995). *Qualitative Interviewing : The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, Sage.
- SANTÉ CANADA (1997). *Prendre en main sa santé : L'apport des infirmières et des médecins, Étude exploratoire*. Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé.
- VALLA, Jean-Pierre, Denis CHABOT et Lise BERGERON (2000). *La prévention des problèmes de santé mentale en milieu scolaire chez les enfants de 4 à 11 ans : Réflexion sur les modalités d'intervention*, document de travail. Université de Montréal/Université du Québec à Montréal/Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.