
Tableau de bord des communautés de l'Estrie : mieux connaître pour mieux agir!

Paul Morin, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke et Directeur scientifique, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux CIUSSS-Estrie-CHUS
paul.morin@usherbrooke.ca

Jean-François Allaire, M.Sc., Agent de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS
j-f.allaire@usherbrooke.ca

Jacques Caillouette, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke
Jacques.Caillouette@USherbrooke.ca

Jerry Espada, Agent rural, CLD du Haut-Saint-François (Estrie)
JEspada.CLD@hsfqc.ca

Claude Charpentier, Ph.D., Professeur, Département de psychologie, Université Bishop's
ccharpen@UBishops.ca

Jeannette LeBlanc, Ph.D., Professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
Jeannette.Leblanc@USherbrooke.ca

Maryse Ruel, T.S., Organisatrice communautaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS, installation CSSS-IUGS
mrue.l.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ :

Au Québec, un patrimoine d'expériences en développement des communautés s'est constitué avec les années, aidé en cela par la reconnaissance gouvernementale qu'il s'agit d'une stratégie pertinente pour intervenir face aux inégalités sociales de santé. Cet article a pour objectif de présenter une expérience en développement des communautés dans la région de l'Estrie. Depuis 2008, l'Observatoire estrien du développement des communautés, en collaboration étroite avec la Direction de la santé publique de l'Estrie, coordonne une démarche intersectorielle d'animation à partir d'un Tableau de bord des communautés de l'Estrie comportant des données quantitatives et des données qualitatives. Une recherche interventionnelle a révélé que son principal effet est en amont, sur la planification des actions, la vision du territoire et la vision commune des problèmes et des solutions. Lorsque les acteurs se l'approprient, le potentiel de cette animation d'agir sur la qualité de vie des communautés est bien présent.

MOTS-CLÉS :

Développement des communautés, inégalités sociales de santé, recherche interventionnelle, savoirs d'expérience

INTRODUCTION

Depuis 2008, une expérience rigoureuse en développement des communautés se déroule sous l'impulsion de l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC, 2010), en collaboration étroite avec la Direction de la santé publique de l'Estrie (DSPE). Il s'agit d'un projet régional visant la mise en mouvement des communautés¹ de l'Estrie dans le cadre d'une démarche participative et intersectorielle de production et d'appropriation, par le plus grand nombre de ces communautés, de portraits locaux en fonction de leurs caractéristiques statistiques sociodémographiques, économiques, sociales et de santé, ainsi que de l'appréciation qualitative de leur potentiel de

¹ Notre définition de communauté réfère à un espace géographique défini dans lequel les citoyens y vivant partagent une réalité de vie (accès aux services, conditions économiques, etc.) (INSPQ, 2002).

développement. Ce projet fait suite à une démarche initiée par Boisvert (2007; 2008) quelques années auparavant dans une autre région du Québec :

« Ce dispositif a la prétention [...] en soutenant le développement des communautés par la co-construction des savoirs et le développement d'une intelligence collective, de forcer l'action sur les conditions de vie plutôt que les comportements, les habitudes ou le renforcement des compétences des individus. [...] Il met à jour les inégalités de conditions pour renforcer les capacités d'agir des communautés [...] la communauté mobilise tous les résidents dans la même croyance de la juste connaissance de ce qui peut être fait pour améliorer le sort de tous. C'est ainsi que s'accomplit, peu à peu, projet par projet, la réduction réelle des inégalités sociales, une façon tangible d'éliminer la pauvreté et l'exclusion plutôt que d'en reproduire l'existence ou, au mieux, d'en diminuer les effets » (Boisvert, 2010 : 8).

Ce dispositif a été adopté à l'époque par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2008a) dans le cadre de son Plan d'action 2009-2013 de développement durable pour « Renforcer la viabilité et la résilience des collectivités urbaines, rurales ou territoriales et des communautés autochtones » (objectif 19). Les régions de l'Estrie, de Chaudière-Appalaches et de l'Abitibi-Témiscamingue ont rapidement amorcé cette démarche, de façon à la fois semblable et différente, particulièrement sous l'angle des pratiques intersectorielles et des pratiques de transfert des connaissances.

Ce texte a pour objectif de présenter la démarche intersectorielle d'animation autour du Tableau de bord des communautés de l'Estrie (TBCE) en s'appuyant sur les résultats d'une recherche interventionnelle² subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). En introduction, nous présentons une brève recension des écrits quant aux inégalités sociales de santé qui contextualise dans un premier temps la description et l'analyse de ce projet régional. Les principaux moments de la création de l'Observatoire estrien du développement des communautés et de la mise en œuvre concertée du TBCE seront ensuite présentés au lecteur. Après une courte présentation de la méthodologie, les résultats issus de la recherche permettront de saisir les forces et les limites du TBCE concernant son appropriation, son utilisation et son potentiel de mobilisation. L'analyse de ces forces et limites permettra de poser finalement un regard sur les retombées et potentialités de cet outil quant à la réduction des inégalités sociales de santé.

1. Inégalités sociales de santé et développement des communautés³

Le développement des communautés constitue une stratégie privilégiée d'intervention visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être⁴. L'Institut national de santé publique du Québec définit le développement des communautés selon une explicite inscription territoriale : « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans

² Selon Alla et Kivits (2015), la recherche interventionnelle « est définie comme l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions, [...]. Elle a pour objectifs de démontrer l'efficacité des interventions, d'analyser les leviers à mobiliser, les mécanismes des interventions, leurs conditions et modalités de mise en œuvre, leur reproductibilité et durabilité. Elle repose sur l'expérimentation et sur la capitalisation des innovations de terrain et pour cela fait appel à un large éventail de disciplines, de méthodes et d'outils scientifiques. À visée opérationnelle, la recherche interventionnelle tend à produire des connaissances utiles à l'action et à la décision. »

³ « Les inégalités sociales de santé » réfèrent aux disparités que l'on observe entre des groupes sociaux quant à l'état général de santé. Elles se distinguent des « inégalités de santé » qui, elles, ne relèvent pas de la justice sociale (les inégalités de santé entre jeunes et vieux, par exemple) » (INSPQ, 2008).

⁴ Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales ayant une influence sur la santé et le bien-être des individus dans une société donnée.

physique, social et économique » (INSPQ, 2002 : 16). Afin que cela puisse se réaliser, il importe donc d'agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités sociales de santé car « la vie est courte, là où sa qualité est pauvre » (Wilkinson et Marmot, 2003 : 5). À cet égard, les données sont probantes : certains déterminants (revenu, travail, éducation) et les conditions de vie façonnent la distribution des risques en société. Un secteur d'intervention (comme celui de la santé) ne peut donc être le seul déterminant, bien au contraire (Frolich, de Koninck, Demers et al., 2008; Hawe et Potvin, 2009).

Au Canada et au Québec, on reconnaît que l'accessibilité universelle aux soins de santé n'a pas permis de diminuer les inégalités de santé (Comité sénatorial, 2009; MSSS, 2008b). Les problèmes des inégalités de santé sont donc complexes, issus de causes multiples, intersectoriels et multidimensionnels, comme l'a établi la Commission sur les déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2008).

Les inégalités sociales de santé se vivent sur des territoires et des milieux de vie bien spécifiques. On observe effectivement une répartition différentielle dans l'espace de la pauvreté et des facteurs de risque. Nombre de recherches ou mémoires (Bouffard, Hains, Courchesne et al., 1997, FCLSCQ, 1986) ont documenté ce cycle négatif de changement social au sein d'une communauté où sévit notamment un processus de déliaison sociale entre les individus, que l'on parle de quartier ou de municipalité rurale. Une culture de l'échec et une fracture socioterritoriale ont alors tendance à s'installer dans ces communautés. Les recherches ont démontré l'importance du capital socio-territorial⁵ dans la trajectoire de vie des individus et des communautés (Adams, Witten et Conway, 2009; Klein, 2010).

Afin d'agir sur les inégalités de santé, plusieurs politiques et rapports recommandent de mettre en place des interventions ancrées directement dans les communautés (Kelly, Morgan, Bonnefoy et al., 2007; IRSC, 2009). L'appropriation par les collectivités de leur devenir là où la notion de communauté prend toute sa signification ou, autrement dit, le territoire local⁶ « comme cadre spatial de cohésion sociale » (Claitier et Hamel, 1991 : 252) est maintenant conceptualisé par les chercheurs et les décideurs comme lieu stratégique pour agir sur les inégalités sociales de santé.

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a ainsi réalisé, sur la base des données probantes recensées dans la littérature, un guide de pratiques (2008) sur l'implication de la communauté dans la planification, la dispensation et la gouvernance des activités de promotion de la santé et les activités et initiatives visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ce guide de pratiques s'appuie sur le cadre théorique de Popay (2006). Celui-ci a mis en lien l'augmentation de la participation de la communauté, de son pouvoir d'agir et de son contrôle avec les différents niveaux de participation de la communauté, de l'information au contrôle de la communauté. Plus la communauté est en contrôle, plus les impacts des actions entreprises collectivement deviennent tangibles. Ces dimensions et niveaux d'implication sont mis en rapport avec quatre retombées : 1) les impacts sur les services, 2) le capital socio-territorial, 3) le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) de la communauté, l'amélioration des conditions de vie et des conditions matérielles et 4) l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé.

Il importe alors pour la recherche interventionnelle et l'intervention en santé des populations d'avoir des données au niveau local et de promouvoir les projets facilitant la capacité locale d'analyse de ces données, afin d'habiliter et de renforcer les capacités des communautés.

⁵ Le capital socio-territorial constitue le réservoir de valeurs, de compétences, de dispositions, de tensions et de contraintes dont dispose un territoire (Fontan et Klein, 2004).

⁶ Également désignée comme le « territoire vécu », cette notion réfère aux lieux géographiques où les citoyens d'un territoire se croisent, se fréquentent et forment ainsi une unité de sens permettant une cohésion sociale. On pense à un quartier urbain ou à un village rural.

2. L'Observatoire estrien du développement des communautés

En Estrie, une région du Québec où près de la moitié de la population vit en milieu rural (soit quelque 150 000 habitants), le développement des communautés est au centre d'une démarche régionale concertée entreprise dès l'an 2000. Celle-ci a culminé en octobre 2004 avec la tenue du colloque régional « Partenaires dans l'action! » qui a réuni 150 participants des quatre coins de l'Estrie. L'une des recommandations issues du colloque avait trait à la création d'un lieu d'échanges et de réflexions entre chercheurs et praticiens du développement des communautés.

Des professeurs du département de travail social de l'Université de Sherbrooke et des praticiens – organisateurs communautaires en CLSC et agents de développement d'autres secteurs d'activités – se sont alors mis à la tâche et deux années plus tard, en juin 2006, se tenait l'assemblée générale de fondation de l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC, 2006).

Organisme à but non lucratif, l'OEDC regroupe des institutions publiques, des organisations issues de différents secteurs d'activité (milieu rural, jeunes, personnes âgées, femmes, communautés culturelles, économie sociale, santé, services sociaux, etc.) et des chercheurs de l'Université de Sherbrooke et de l'Université Bishop's issus de différentes disciplines (travail social, sociologie, psychologie). En tenant compte des logiques propres aux différents secteurs d'activités et aux différents acteurs, il s'agit de valoriser les savoirs d'expérience et d'outiller les acteurs locaux afin qu'ils puissent construire, dans une démarche de va-et-vient avec les chercheurs, des connaissances qui seront réinvesties directement dans des actions soutenant le développement de leur communauté.

2.1 Le Tableau de bord des communautés de l'Estrie

Les travaux visant la mise en place du TBCE ont été initiés en 2007 et depuis 2008, un comité régional de mise en œuvre, composé d'une vingtaine d'acteurs du milieu, se rencontre trois ou quatre fois par année pour orienter tous les travaux. On y retrouve des organisateurs communautaires de centres de santé et de services sociaux (CSSS), divers agents de développement (Centre local de développement, Société d'aide au développement des collectivités, Corporation de développement communautaire, etc.) et des représentants d'organismes régionaux (Centraide Estrie, Emploi-Québec, Table d'action contre l'appauvrissement en Estrie). Des chercheurs participent parfois à ces rencontres pour discuter des résultats de recherche ou simplement à titre d'observateurs.

Ce comité de travail a d'abord divisé le territoire estrien en 66 communautés statistiques, à partir de critères géographiques, statistiques, sociaux et économiques⁷ (33 à Sherbrooke et 33 dans les six territoires de Municipalité régionale de comté⁸). Ces communautés statistiques regroupent environ 5000 personnes et ont été délimitées par 73 acteurs clés de partout en Estrie. Le même comité a ensuite effectué le choix des indicateurs quantitatifs et qualitatifs scientifiquement et empiriquement reconnus et utiles pour les communautés. La production des données statistiques et des applications géomatiques a été réalisée par la Direction de la santé publique à partir, entre autres, des données des recensements de 2001 et de 2006, et plus récemment de 2011, de Statistique Canada. Le TBCE est donc constitué, pour chaque communauté statistique :

- 1) D'un tableau regroupant diverses statistiques démographiques sur l'emploi, l'habitation, le revenu, la santé, la sécurité et la participation démocratique;
- 2) D'énoncés qualitatifs et d'un guide d'animation d'une soirée de consultation citoyenne.

⁷ Pour une explication de l'utilisation du TBCE, voir

http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/guide_de_navigation_tbce_final_aout15.pdf

⁸ Une MRC est un organisme qui regroupe toutes les municipalités d'une région et qui est responsable de l'aménagement de son territoire.

Une démarche systématique de transfert de connaissances⁹ a été ajoutée au modèle initial proposé par Boisvert (2010). Ceci implique la réalisation de divers types d'activités, bien au-delà de la diffusion des informations, de sorte que l'individu puisse se positionner, décider d'intégrer les connaissances reçues à celles qu'il possède et être accompagné quant à l'application des connaissances dans la pratique. Cette stratégie, qui s'adresse aux décideurs, aux instances intersectorielles et à de nombreux acteurs clés, s'appuie notamment sur un exercice d'identification et de validation de faits saillants quantitatifs et qualitatifs par ces mêmes acteurs, qui s'approprient alors l'état de situation de leur communauté.

Afin de démarrer le projet sur le terrain, neuf communautés statistiques « pilotes » (une par MRC et trois à Sherbrooke) ont testé la démarche et les outils du TBCE. Chaque milieu a réuni une quinzaine d'acteurs clés pour discuter du potentiel de développement de leur communauté à l'aide d'outils mis au point par le comité de mise en œuvre. Une seconde série de rencontres avec ces communautés pilotes a ensuite permis aux citoyens de prendre connaissance des faits saillants (statistiques et ressortant de la première rencontre) et de cibler des opportunités ou des priorités d'action. Un site internet¹⁰ héberge le Tableau de bord de 66 communautés statistiques, une cartographie de certaines données statistiques, de même que plusieurs outils de mise en œuvre créés pour chacune des étapes de réalisation du projet (par exemple, un ordre du jour type et un guide d'animation pour chaque type de rencontre, etc.). En date du premier juin 2015, une démarche de mobilisation des communautés à l'aide du Tableau de bord a été réalisée dans 33 des 66 communautés statistiques de l'Estrie, incluant la démarche amorcée dans les neuf communautés statistiques pilotes.

3. Des recherches au plus près du terrain et de ses acteurs

« Comment le travail des chercheurs peut mieux rencontrer le travail des agents sur le terrain? » Voilà la question fondamentale posée par de Koninck et Fassin (2004 : 11) dans l'introduction d'un numéro spécial de la revue *Santé, société, solidarité* et à laquelle nous souscrivons. À cet égard, l'apport des évaluations traditionnelles s'avère très limité quant à l'amélioration des pratiques sociales complexes et changeantes (Patton, 2011). De nouvelles approches d'évaluation cherchent à comprendre le « comment » et le « pourquoi » de la production d'effets voulus et non voulus en favorisant une co-construction du sens avec les acteurs terrain et diverses méthodes de collecte de données. Un corollaire d'une telle approche est l'association de l'ensemble des acteurs intéressés à une évaluation qui permet de tenir compte des relations et interactions entre eux. La coproduction des connaissances par des équipes composées de chercheurs et de cochercheurs (décideurs, intervenants, usagers de services, citoyens) apparaît ainsi de plus en plus comme une stratégie gagnante pour favoriser l'appropriation et l'application des connaissances (Conseil de la science et de la technologie, 2007).

La recherche interventionnelle présentée dans ce texte s'est fondée sur les constats d'une première évaluation produite sur l'implantation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie (TBCE) dans neuf communautés pilotes (Simard, Allaire, Boyer et al., 2012). Cette évaluation a mis en lumière le fait que le TBCE a favorisé certaines avancées en regard de la concertation intersectorielle et de la participation citoyenne. Toutefois, elle a indiqué que la mobilisation des acteurs et leur niveau d'appropriation du TBCE demeuraient un défi.

⁹ « Le transfert de connaissances réfère ici au processus par lequel des connaissances issues de la recherche ou de l'expérience font l'objet d'une réception, d'une adoption et d'une utilisation dans la pratique » (St-Cyr Tribble, Lane, Boyer et al., 2006 : 3)

¹⁰ www.oedc.qc.ca

2.1 Le Tableau de bord des communautés de l'Estrie

S'il n'existe pas de définition des pratiques de « post-hébergement » en raison de leur hétérogénéité, ce rapport tentait de comprendre la logique de cette diversité, de cette richesse qui représente en fait autant de réponses originales et alternatives aux besoins des jeunes. Cette démarche de recherche inductive montre que les objectifs, les moyens et les enjeux de ces pratiques justifient cette diversité. Les résultats portant sur les retombées et s'appuyant sur les témoignages de jeunes et d'intervenants montrent comment les Auberges accompagnent durablement les jeunes. Nous allons présenter ici ces résultats.

3. Le « post-hébergement », une pratique d'affiliation continue

Les pratiques de « post-hébergement » correspondent à l'aide apportée aux anciens ou ex-résidents. Concrètement, cela concerne des questions d'ordre psychologique, sanitaire ou social : la santé, le logement, l'emploi, ou la scolarité, entre autres. Si les pratiques sont hétérogènes, on observe toutefois des caractéristiques communes en matière d'objectifs, de moyens, d'enjeux et de retombées.

3.1 Méthodologie

La recherche interventionnelle détaillée dans cet article avait comme objectif d'évaluer la démarche du TBCE quant aux dimensions d'appropriation et de mobilisation afin d'être contributif au développement des communautés (Morin, LeBlanc, Charpentier et al., 2014). La question principale se formulait ainsi : Comment le déploiement du Tableau de bord des communautés de l'Estrie a-t-il la potentialité d'agir sur les déterminants sociaux et, à terme, sur l'équité en santé? Les sous-questions étaient les suivantes : a) Quels sont les mécanismes et les facteurs contextuels favorisant l'appropriation du Tableau de bord et la mobilisation des communautés? b) Comment les stratégies d'action développées dans le cadre du Tableau de bord peuvent-elles agir sur les déterminants sociaux? c) Quelles retombées potentielles sont déjà observables dans les communautés? d) Quels sont les méthodes et les moyens les plus pertinents afin de contribuer au développement des compétences des différents acteurs, y compris les citoyens?

La recherche s'est déroulée entre octobre 2011 et février 2013 dans deux territoires d'études, un urbain (1 cas supralocal et 3 cas locaux) et un rural (1 cas supralocal et 2 cas locaux). Des observations de consultations et d'activités dans les communautés (n=10), des entrevues individuelles (n=18) et de groupes (n=10) ainsi que des réflexions sur les résultats avec les personnes ayant participé aux entrevues et aux observations (n=3) ont permis d'obtenir des résultats de recherche modélisant les pratiques d'appropriation du TBCE et de mobilisation des acteurs à l'aide du TBCE.

4. Les résultats de la recherche interventionnelle

Trois résultats structurent notre analyse quant à l'appropriation et à la mobilisation :

- 1) L'importance du contexte est primordiale, influençant autant l'appropriation du TBCE que son potentiel de mobilisation. Les divers secteurs d'activités (emploi, éducation, santé et services sociaux ou milieu municipal) n'ont pas les mêmes cultures de concertation et d'action sur le territoire, ce qui produit des contextes variés selon les sites à l'étude.
- 2) L'influence du rapport aux savoirs sur l'appropriation du TBCE conditionne son utilisation. Nous interprétons le rapport au savoir comme le rapport aux formes de savoirs liées à l'utilisation du TBCE : savoirs scientifiques (statistiques), savoirs techniques (animation de groupe, prise de note, pratique de mobilisation, etc.) et savoirs d'expérience (réseaux formels et informels dans une municipalité, etc.). Dans plusieurs cas, le rapport aux savoirs scientifiques en était un d'extériorité à la réalité vécue sur le territoire, les savoirs d'expérience primant.

- 3) Finalement, le dernier résultat a trait au potentiel de combiner divers savoirs en les alliant à des stratégies de développement des communautés. Cette combinaison illustre les conditions idéales d'utilisation du TBCE afin d'agir sur les déterminants sociaux. À cet égard, le contexte le plus structurant pour s'appropriier le TBCE et l'utiliser dans des pratiques de mobilisation est de combiner les savoirs impliqués (scientifiques, techniques et d'expérience) en les jumelant à des pratiques de développement des communautés existantes dans les milieux.

4.1 L'appropriation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie

L'appropriation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie est un processus progressif et complexe comportant deux composantes : diffusion et utilisation. La diffusion, c'est entrer en contact avec le TBCE, le comprendre et le juger utile. Plus on s'approche du local, plus les intervenants des divers secteurs ont été mis en contact avec le TBCE par des réseaux d'acteurs du développement. Toutefois, là où le TBCE était porté par un nombre élargi d'acteurs de divers secteurs, un nombre important d'acteurs supralocaux (MRC) et locaux ont été rejoints. Quant à la compréhension, plusieurs résultats ont été observés. Entre « un ramassis de données statistiques disponibles ailleurs », un « outil statistique avec une échelle territoriale originale » et un « outil de planification ou un levier pour la mobilisation », tout un continuum de perceptions par les acteurs du terrain a été recueilli par la recherche.

Finalement, l'appropriation implique de le juger utile. La perception de l'utilité est directement liée au paradigme de développement du territoire (Cary et Joyal, 2010). Lorsque les acteurs se considèrent comme des spécialistes du développement des communautés dans une perspective de développement sectoriel en silo et *top down*, il se produit une fermeture aux réalités globales du développement. À l'inverse, lorsque le développement des communautés est ancré dans un paradigme de développement territorial intégré et cohérent, le TBCE est perçu comme un outil efficace pour développer une vision commune des enjeux du développement de communautés et pour activer la mise en mouvement de la communauté.

4.2 Les formes d'utilisation du Tableau de bord des communautés de l'Estrie et les résultats associés

Utiliser le TBCE, c'est le mettre en application dans divers contextes. Plusieurs formes d'utilisation mènent à des résultats différents. Dans un cas, l'utilisation technique permet de revoir sa planification ou ses actions. L'utilisation pour soutenir un collectif mène à prendre en compte ensemble l'aspect territorial des actions. Cette utilisation a été observée en particulier pour planifier le développement d'un territoire (dans les communautés) où les actions concernent la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale (à l'échelle supralocale). L'utilisation des données statistiques du TBCE s'est alors avérée particulièrement utile. Finalement, l'utilisation à visée mobilisante est moins fréquemment observée. Une combinaison des diverses données du TBCE avec des stratégies d'animation afin de mobiliser des citoyens, des agents de développement et des gestionnaires vers des actions concrètes sur les déterminants sociaux peut donner des résultats structurants.

La mobilisation à l'aide du TBCE ne s'est pas effectuée d'office, passant par diverses formes d'utilisation, pour dans certains cas devenir une utilisation mobilisante : « Au début, le TBCE c'était comme une loupe, pour voir de très près nos communautés. Maintenant, on le prend plus comme une loupe pour allumer des feux sur le territoire, semer des projets, faire bouger les gens, les éveiller » (Un agent de développement). Pour que le TBCE contribue à la mobilisation, l'utilisation doit s'effectuer avec une visée du développement territorial intégré, être introduite dans les pratiques du développement des communautés et avoir une opportunité pour le faire. Selon les contextes, les mêmes agents de développement utilisent parfois le TBCE pour mobiliser ou uniquement pour planifier.

Les utilisations observées de cette nature étaient de divers ordres : amorce à la mobilisation dans une municipalité rurale avant qu'une crise ne survienne (deux cas); cohérence des actions dans un comité consultatif de développement social (un cas), validation des actions pour mobiliser des acteurs municipaux autour des enjeux du logement (un cas). Un fait demeure dans tous ces cas, soit l'importance du rapport des agents de développement avec le milieu comme facteur de succès. Le lien que ces agents entretiennent avec les milieux permet d'intégrer plus aisément le TBCE dans les pratiques de mobilisation des milieux accompagnés.

4.3 L'exemple du déploiement du TBCE à Sherbrooke

L'exemple de Sherbrooke servira à illustrer les divers résultats présentés. Trois arrondissements de cette municipalité (Jacques-Cartier, Mont-Bellevue et Lennoxville) ont constitué les terrains de recherche. Nous avons ainsi été à même de constater que le TBCE n'est pas employé de la même manière selon les milieux.

La vision du TBCE

La vision qu'ont les acteurs du TBCE et de la démarche influence positivement ceux qui en perçoivent l'utilité, ce qui augmente leur sentiment d'être à l'aise avec cet outil. À l'inverse, ceux qui y jettent un coup d'œil plus superficiel ont de la difficulté à trouver comment s'en servir efficacement. Cette difficulté de se servir du TBCE proviendrait de plusieurs raisons : la connaissance et l'habileté qu'ont les acteurs à se servir de données statistiques, leur rapport à l'information plus abstraite, la datation des données statistiques¹¹, leur sentiment d'être capable de bien interpréter les données et leur capacité de faire des liens entre leurs savoirs d'expérience et le savoir d'expertise que représentent les outils du TBCE.

Sur ce dernier point, il semble difficile pour certains de comprendre comment certains faits saillants peuvent nourrir leur réflexion et orienter leurs actions. Les savoirs d'expérience sont alors un repli facile, car ils ne déstabilisent pas les habitudes établies. Un croisement des savoirs est donc nécessaire pour que les échanges renforcent l'action.

Un soutien qui facilite l'utilisation

En ce qui a trait à l'utilisation du TBCE, il est manifeste que l'accompagnement et le soutien apporté par les personnes ressources de la Direction de la santé publique, de l'observatoire estrien du développement des communautés et des organisateurs communautaires du CSSS-IUGS ont fortement aidé. Sans ces acteurs habilités à utiliser le TBCE, les milieux auraient eu plus de difficultés à effectuer certains liens. La démarche et l'outil ne sont pas toujours simples d'approche, avec plusieurs termes techniques, de longs tableaux, etc. L'accompagnement auprès des citoyens, décideurs et élus, en tant que médiateur entre les divers types de savoirs, gagnerait probablement à être bonifié par diverses formations.

Une appropriation qui influence l'utilisation

Selon le degré d'appropriation, les acteurs ont plus ou moins utilisé le TBCE. Plus l'appropriation était grande, plus l'utilisation adaptée aux besoins était grande et plus une souplesse dans son utilisation était observée. Par exemple, deux tables de concertation de quartier, l'une pour son plan d'action, l'autre pour le portrait des communautés de son territoire, l'ont utilisé, chacune selon ses besoins spécifiques. L'appropriation ouvre également des possibilités de changer ses stratégies d'intervention afin de mieux les adapter aux particularités sous-territoriales à l'interne des arrondissements à une échelle de communautés statistiques, qui représentent bien les quartiers à Sherbrooke. Certains acteurs ont saisi cette opportunité et ont adapté leur travail en conséquence.

¹¹ Le TBCE a depuis été mis à jour avec les données du recensement de 2011 et devrait être mis à jour avec les données du recensement de 2016 lorsque ces données seront rendues disponibles.

Mobilisation des communautés ou planification?

Le TBCE vise également la mobilisation de communautés. Les rencontres d'appréciation du potentiel constituent un départ pour une telle mobilisation. Toutefois, nous ne pouvons affirmer que ces activités ont été employées dans cette perspective. Cette étape de la démarche TBCE a plutôt été utilisée afin de soutenir la planification des arrondissements, dans la perspective de mieux adapter les interventions aux besoins des communautés. Certains participants à ces rencontres ont cependant été mobilisés afin de participer aux travaux d'un comité de développement social et communautaire en vue d'établir un lien avec des démarches locales et les actions à l'échelle de l'arrondissement. Un frein important au soutien de mobilisations, déjà présentes ou en création à la suite de rencontres de consultation, a été la faible disponibilité des ressources d'accompagnement.

En regard de l'action du TBCE, la potentialité d'action sur les déterminants sociaux se manifeste par son action en amont, sur la planification des actions, la vision du territoire et la vision commune des problèmes et des solutions. Lorsque les acteurs se l'approprient, le potentiel est bien présent. Il est vrai que les acteurs ont à développer leur capacité à collaborer ensemble, à comprendre que leur mandat est aussi compatible avec le mandat des partenaires. Malgré ce potentiel, les actions ne se réalisent toutefois pas nécessairement, sans parler que les résultats peuvent être variables.

5. Quel est le potentiel d'action du Tableau de bord des communautés de l'Estrie sur les déterminants sociaux de la santé?

Le TBCE a le potentiel, selon l'analyse issue des entrevues et des observations effectuées en cours de recherche, de contribuer à l'action en soutien à des projets et approches ayant des impacts directs sur un ensemble diversifié de déterminants sociaux. Le TBCE, en lui-même, n'agit pas sur ceux-ci, mais il a le potentiel de contribuer à la mise en place de contextes structurants permettant de mieux agir sur les déterminants sociaux, en particulier dans sa prise en compte des réalités territoriales et micro-territoriales.

Parmi ces retombées, nous avons circonscrit quelques domaines d'action afin de les illustrer concrètement. En regard de la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, il y a utilisation des TBCE statistiques dans presque tous les plans d'action supralocaux de lutte à la pauvreté et dans le plan d'action régional en Estrie, tant sur le plan du diagnostic que de la planification des actions. Ceci a notamment été utile pour la répartition des sommes gouvernementales disponibles pour les activités. Dans le champ de l'habitation, deux principales utilisations ont été observées : 1) pour cerner les réalités de l'habitation dans deux MRC, en combinaison avec d'autres statistiques et 2) pour planifier le développement du logement communautaire en Estrie, permettant ainsi de cibler les besoins de chaque communauté.

En ce qui a trait à la gouvernance territoriale, le TBCE contribue aux changements en fournissant l'occasion aux agents de développement, aux décideurs et aux citoyens de se rencontrer pour définir une vision commune du territoire et des enjeux, en particulier en milieu rural, à l'aide d'animations sur le potentiel de développement de leur communauté. Ce changement a été observé dans tous les milieux, mais à des degrés divers, selon les dynamiques propres à chaque milieu. Ces animations sur le potentiel de développement de leur communauté ont également influencé la dimension de la cohésion sociale. Le TBCE favorise le sentiment d'appartenance et les liens sociaux dans certaines municipalités et quartiers; il s'agit d'un effet observé à la suite des rencontres qualitatives d'appréciation du potentiel, en particulier quand cette rencontre a réuni les acteurs clés d'une communauté.

Dans le domaine des services sociaux et services de santé, nous avons observé que le TBCE sert d'outil de diagnostic et de surveillance pour répondre aux besoins des territoires, autant pour la Direction de santé publique de l'Estrie que pour des tables de concertation locales, au niveau des réseaux locaux de service. Finalement, sur le plan de l'aménagement du territoire, le TBCE favorise la prise en compte des préoccupations des citoyens, notamment en regard de certains aménagements

reconnus comme nécessaires par les citoyens et pris en compte par les instances publiques. Dans deux arrondissements de Sherbrooke, par exemple, des passages piétonniers ont été développés pour accéder facilement au transport en commun.

EN CONCLUSION : DU POTENTIEL AU RÉEL, UNE QUESTION DE CONTEXTE

Le travail social qui « [...] a pour finalité la restauration ou la consolidation de liens sociaux » (Conseil supérieur du travail social, 2014 : 12) est directement interpellé par ces résultats, qui démontrent la pertinence de travailler au plus près des habitants des territoires afin d'agir efficacement avec et pour les communautés dans l'amélioration de leurs conditions de vie (Laforest, 1987).

Certains contextes sont donc structurants pour produire des retombées sur les déterminants sociaux. En particulier, il est nécessaire de tenir compte des contextes et des opportunités dans les communautés pour utiliser le TBCE efficacement et au moment approprié. Pour cela, les agents de développement et les décideurs doivent être en lien avec les milieux et à l'écoute de leurs besoins. De plus, le TBCE doit idéalement être intégré à des stratégies d'accompagnement, ce qui favorise son utilisation. Également, il doit être combiné à des outils d'accompagnement pour produire des actions. Il est fréquemment nécessaire d'aller chercher l'approbation des décideurs pour obtenir les appuis nécessaires aux actions. Finalement, des ressources humaines et financières doivent être disponibles pour soutenir les actions choisies. Ce sont là les conditions permettant au potentiel d'action sur le développement des communautés de se concrétiser.

Le TBCE servant habituellement de démarche ou d'outil pour orienter les actions efficacement, il est nécessaire que la poussée initiale soit suivie de stratégies d'accompagnement, de liaison ou de financement pour que les idées et actions se transforment en retombées concrètes. À cet égard, un accompagnement qui favorise la réflexion permettrait de mieux combiner les savoirs. Ceci nous semble indispensable pour bonifier le potentiel d'action du TBCE. Une utilisation optimale du TBCE va donc de pair avec une combinaison des savoirs dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie de développement des communautés.

Ces résultats ont été évidemment soumis aux diverses parties prenantes du TBCE. Des ajustements ont ainsi notamment été apportés au site de l'observatoire estrien du développement des communautés afin de le rendre plus convivial. Toutefois, c'est sur le terrain que la situation s'est considérablement modifiée. La conjoncture sociopolitique met actuellement en jeu la pérennité de ce projet régional d'animation intersectorielle puisque nombre d'acteurs sont présentement fragilisés (par exemple, les agents de développement en milieu rural ont tout simplement été rayés de la carte, tout comme les Conférences régionales des élus). Ces changements pourraient avoir comme conséquence de diminuer de manière importante le potentiel d'action du TBCE, le passage du potentiel au réel ne s'effectuant que grâce à un accompagnement de qualité des communautés¹².

¹² L'appui financier de la Fondation Lucie et André Chagnon à l'OEDC, spécifiquement pour les actions reliées au TBCE, permet d'espérer que le projet survivra aux présentes décisions gouvernementales qui nuisent grandement à la stratégie de développement des communautés au Québec.

ABSTRACT:

Over the years, Québec has built a legacy of experiences in the area of community development, and has been supported in this by government recognition of the fact that this constitutes a pertinent intervention strategy for dealing with the social inequalities of health. This article presents a community-development experience in the province's Estrie region. Since 2008, the Observatoire estrien du développement des communautés, in close collaboration with the Estrie's Public Health Directorate, has coordinated an intersectoral approach based on a trend chart of Estrie communities consisting of quantitative and qualitative data. Intervention research revealed a primarily upstream effect in terms of planned actions, the vision of the territory, and a shared vision of problems and solutions. When adopted by the players, this intersectoral approach can potentially have quite an impact on the quality of life of communities.

KEY WORDS:

Community development; social inequalities of health; intervention research; experiential knowledge

RÉFÉRENCES

- Adams, J., Witten, K. et K. Conway, (2009). « Community development as health promotion : evaluating a complex locality-based project in New-Zealand », *Community Development Journal*, n° 2, 140-157.
- Alla, F. et J. Kivits. (2015). « La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social », *Santé Publique* 3, vol. 27, 303-304.
- Boisvert, R. (2010). « Indicateurs et dispositif de connaissance du développement des communautés : éléments de synthèse relatifs à une instrumentation soutenant l'intelligence collective des milieux de vie », *Vie économique*, 1-9.
- Boisvert, R. (2008). *Les indicateurs de développement des communautés : transfert des connaissances et expérimentation de la fiche d'appréciation du potentiel des communautés*, Agence de la Santé et des Services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 41 p.
- Boisvert, R. (2007). *Les indicateurs de développement des communautés : vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*, Rapport général, Projet parrainé par le MSSS et l'Agence de la santé de la Mauricie et du centre-du-Québec, 64 p.
- Bouffard, D., Hains, D., Courchesne, F., Richard, P., Gravel, J-P, Mercier, C. et N. St-Martin (1997). *Pauvreté et CLSC : vers de nouveaux modes d'intervention*, Sherbrooke, 97 p.
- Cary, P. et A. Joyal (dir.) (2010). *Penser les territoires*, Montréal, PUQ.
- Claitier, C. et B. Hamel (1991). « Les services urbains : le défi du partenariat pour le milieu communautaire », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 35, n° 95, 257-285.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations, Ottawa.
- Conseil de la science et de la technologie (2007). *Privilégier des approches de la recherche dans Défi Pauvreté. Plan stratégique de recherche et de transfert de connaissances pour lutter contre la pauvreté*, Gouvernement du Québec, 41 p.
- Conseil Supérieur du travail social (2014). *Refonder le rapport aux personnes : Merci de ne plus nous appeler usagers*, Paris, 187 p.
- De Koninck, M. et D. Fassin (2004). « Les inégalités sociales de santé : encore et toujours », *Santé, société et solidarité*, n° 2, 5-11.
- FCLSCQ (1986). *Les CLSC face aux enjeux des années 90*, Mémoire présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux, 10 p.
- Fontan, J.-M. et J.-L. Klein (2004). *La mobilisation du capital socio-territorial : le cas du technopôle Angus*, *Lien social et Politiques*, n° 52, 139-149.
- Frolich, K., de Koninck, M., Demers, A. et P. Bernard (dir.) (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, PUM, Montréal.
- Hawe, P. et L. Potvin (2009). « What is population health intervention research? », *Can J Public Health*, 1000 (1), I8-I14.

- Institut national de santé publique du Québec (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, 50 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, 106 p.
- IRSC/CIHR (2009). *Plan stratégique 2009-2014. L'équité en santé : une nécessité*, Ottawa, 28 p.
- Kelly, M. P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. et V. Bergman (2007). *The social determinants of health : developing an evidence base for political action*, Final report to WHO, Commission on the social determinants of health, Measurement and evidence knowledge network, Geneva, 165 p.
- Klein, J.-L. (2010). *Les conditions de réussite des initiatives locales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui mobilisent des ressources de l'économie sociale*, CRISES, Collection Études théoriques, Montréal, UQÀM, 52 p.
- Laforest, M. (1987). « De la pratique intégrée en travail social : une analyse des principales manifestations », *Service Social*, vol. 36, n° 2-3, 213-236.
- Morin, P., LeBlanc, J., Charpentier, C., Robitaille, M., Caillouette, J., Espada, J. et M. Ruel (2014). *Tableau de bord des communautés de l'Estrie : renforcer l'action sur la qualité de vie (déterminants sociaux de la santé)*, Rapport de recherche déposé aux IRSC.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). *Plan d'action 2009-2013 de développement durable*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b). *Programme national de santé publique, mise à jour*, Québec.
- NICE (2008). *Community engagement to improve health*, NICE public health guidance 9, London, 90 p.
- Observatoire estrien en développement des communautés (2006). *Une initiative pour favoriser le maillage entre les acteurs travaillant avec et pour le bien-être des communautés*, Sherbrooke, 14 p.
- Observatoire estrien en développement des communautés (2010). *Tableau de bord des communautés de l'Estrie, Un outil novateur d'aide à la décision*, Rapport d'activités présenté à la Conférence régionale des élus dans le cadre du fonds de développement régional, Volet 1 : projet structurant, Sherbrooke, 15 p.
- Organisation mondiale de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération*, Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use*, The Guilford Press, New York.
- Popay, J. (2006). *Community engagement and community development and health improvement : a background paper for NICE*, London.
- Simard, P., Allaire, J.-F., Boyer, G., Morin, P. et M. Des Roches (2012). *Évaluation du processus d'implantation du Tableau de bord des communautés en Estrie*, Programme de subvention en santé publique 2008-2010, Rapport déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- St-Cyr Tribble, D., Lane, J., Boyer, G., Aubé, D., Blackburn, F., Brassard, C., Labadie, J.-F., Le Gall, J. et H. Belleau (2006). *Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC*, rapport de recherche FQRSC, 39 p.
- Wilkinson, R. et M. Marmot (dir.) (2003). *Social determinants of health, The solid facts*, Copenhagen, WHO.