

information



formation



recherche



coopération
internationale

LES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002 :
UNE ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DE LEURS PRINCIPES DIRECTEURS

LE CAS DU DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME *NAÎTRE ÉGAUX* –
GRANDIR EN SANTÉ DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

LES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002 :
UNE ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DE LEURS PRINCIPES DIRECTEURS

LE CAS DU DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME *NAÎTRE ÉGAUX –
GRANDIR EN SANTÉ* DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

SEPTEMBRE 2003

AUTEURS

Angèle Bilodeau
Institut national de santé publique du Québec

Chantal Lefebvre
Institut national de santé publique du Québec

Denis Allard
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION ET VALIDATION

Cette évaluation met à contribution un comité de pilotage ayant pour mandat la révision et la validation de l'étude. Ce comité est composé de :

Thérèse Bouchez, médecin-conseil
Direction de santé publique des Laurentides¹

Lyne Jobin
Direction générale de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Rolande Pelneault, chef de l'administration des programmes Enfance-Jeunesse-Famille
CLSC des Hautes-Laurentides

Louise Picard, organisatrice communautaire
CLSC des Hautes-Laurentides

La version finale de l'évaluation fait consensus parmi les membres de l'équipe de recherche et du comité de pilotage.

Cette recherche a pu être réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

***Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.***

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2003-056

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2003
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-41711-9

© Institut national de santé publique du Québec (2003)

¹ Madame Thérèse Bouchez a participé aux travaux du comité de pilotage en remplacement de Madame Micheline Proteau, agente de planification, qui a assumé le rôle de coordonnatrice régionale du programme *Naître Égale – Grandir en santé*, pour la Direction de santé publique des Laurentides de 1998 à 2002.

SOMMAIRE

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, en continuité avec *La Politique de la santé et du bien-être* de 1992, maintiennent l'objectif, non encore atteint, de réduire la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance et les problèmes de développement cognitif, affectif et social des enfants. La stratégie privilégiée est celle de services précoces, intensifs et adaptés auprès des jeunes familles en situation d'extrême pauvreté. Suivant les expériences et les premières évaluations réalisées dans les régions d'Abitibi et de Montréal-Centre, précurseurs de l'application du programme, ce sont toutes les régions du Québec que les *PNSP* convient à la mise en œuvre de programmes intégrés de type *NÉGS*, s'adressant à une tranche spécifique de la population, en situation de grande pauvreté et d'exclusion. Les deux premiers effets attendus du programme sont de rejoindre la clientèle visée (50% des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté) et d'offrir de tels services à cette clientèle sur tous les territoires de CLSC du Québec.

Le déploiement de *NÉGS* dans le contexte des *PNSP* a été abordé au palier central, par la DGSP et l'INSPQ, avec une approche de leadership davantage que de contrôle technocratique. D'abord, un leadership a été exercé par la DGSP auprès du MSSS pour un rehaussement du financement dédié au programme. Ensuite, un soutien actif a été fourni au déploiement du programme en animant un lieu d'échange interrégional. Le contrôle technocratique a été surtout exercé par l'évaluation normative tenue dans le cadre du suivi d'implantation des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Au palier régional, la DSP des Laurentides a mis de l'avant une approche politique du déploiement de *NÉGS* dans ses sept territoires de CLSC, cherchant à rallier précocement les acteurs concernés (bailleurs de fonds, CLSC et organismes communautaires) en tenant compte de leurs intérêts respectifs et à créer les conditions minimales du déploiement. Deux controverses ont été soulevées par le déploiement du programme, celle du financement des CLSC en lien avec la clientèle à desservir et celle de l'autonomie et du financement des organismes communautaires. La DSP a établi avec les acteurs de la mise en œuvre (CLSC et organismes communautaires), à l'étape initiale du plan d'implantation, une dynamique d'échanges (qui dépasse la consultation) où ils ont pu négocier les conditions de leur engagement (financement, objectifs d'implantation, autonomie et reconnaissance). Elle s'est exercée à clarifier les rôles des CLSC et des organismes communautaires, à leur demande et à leur satisfaction. Elle a ainsi favorisé des plans d'implantation ajustés à la diversité des contextes locaux. Elle a opté pour une approche adaptative du programme en valorisant les structures existantes, en reconnaissant ce qui se faisait déjà comme une contribution à l'implantation du programme et en introduisant les idées maîtresses du programme-cadre par la formation et l'échange, plutôt que par des contrôles de conformité.

Au palier local, les CLSC ont maintenu le cap sur l'égalisation de leurs rapports avec le milieu communautaire en préservant avant tout les collaborations existantes et en ayant pour principe que la collaboration des organismes à *NÉGS* devait être librement consentie. Appuyés par la DSP, les CLSC ont cherché à insérer le programme dans les pratiques existantes selon une logique de combinaison des différents savoirs, entraînant les changements de pratique escomptés vers l'interdisciplinarité en CLSC

et, en certains territoires, des innovations au plan de l'action intersectorielle, tel le développement de projets de type *Ma place au soleil*. Les CLSC ont cherché à introduire *NÉGS* dans le réseau de services existants en périnatalité et petite enfance, en l'utilisant comme outil de changement, dans l'optique de rehausser la capacité d'accueil et d'action de ce réseau.

Ces pratiques ont généralement été favorables à la qualité des résultats atteints. Solidité du réseau d'acteurs et ancrage local du programme sont les premiers résultats des pratiques planificatrices et partenariales de la DSP et des CLSC. Ces pratiques ont favorisé le développement d'un réseau d'acteurs qui portent le programme et où sont engagés les acteurs communautaires sans qu'ils aient eu à formaliser cet engagement. La diversité d'application du programme, qui témoigne de la marge décisionnelle des acteurs, est un signe de son ancrage dans les territoires locaux. L'ancrage s'observe aussi dans l'accroissement de la pertinence du programme aux yeux des acteurs locaux, à mesure qu'ils l'implantent et que leurs sont dévoilés les nouveaux besoins sociaux. Ces conditions ont permis, sur certains aspects, un renforcement de la solidité du modèle d'action et de la viabilité du programme (résultats positifs sur le recrutement, la rétention des participantes et le respect des normes de précocité, intensité et continuité des suivis prévus au programme; innovation en postnatal là où la mobilisation intersectorielle fut suffisante). Cependant, le potentiel limité de l'action locale pour agir sur l'issue de grossesse des mères de milieux défavorisés demeure une question entière.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES.....	V
INTRODUCTION	1
1 D'où viennent ces principes et que visent-ils?.....	1
2 Quels sont ces principes et à qui s'adressent-ils?.....	3
3 Comment l'actualisation de ces principes sera-t-elle évaluée?	4
PREMIÈRE PARTIE	
LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	7
Chapitre I : Le cadre théorique.....	9
1 Les termes de la théorie de la traduction.....	9
2 La spécification de la théorie de la traduction en vertu du contexte de la santé publique.....	10
Chapitre II : Le cadre méthodologique.....	15
Chapitre III : La dimension participative de l'évaluation	19
DEUXIÈME PARTIE	
L'ANALYSE INTERNE DU CAS : LE DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME	
<i>NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ</i> DANS LES LAURENTIDES.....	23
Chapitre IV : La mise en contexte du déploiement du programme et ses acteurs	25
1 Le contexte de développement et de déploiement de <i>naître égaux - grandir en santé</i>	25
1.1 Un programme qui se développe suivant la tendance états-unienne des programmes communautaires globaux, tout en la dépassant	27
1.2 Le déploiement de <i>NEGS</i> dans le cadre des Priorités nationales de santé publique 1997-2002.....	28
2 La constitution du réseau.....	30
2.1 Premier palier : le central-régional	30
2.2 Deuxième palier : le régional - local	36
Chapitre V : Le déploiement de <i>Naître égaux – grandir en santé</i> dans la région des laurentides	49
1 L'évolution du sociogramme : une approche prospective d'intéressement des acteurs et de structuration du programme	49

1.1	La problématisation et l'intéressement des acteurs : réunir les conditions minimales de la mise en œuvre	49
1.2	Les arrangements inter-organisationnels mis en place	68
2	L'évolution du technogramme	72
2.1	Le suivi individuel à domicile réalisé par les CLSC	72
2.2	L'accompagnement communautaire.....	74
2.3	Le volet d'action intersectorielle.....	75
Chapitre VI : Approches planificatrices et partenariales et qualité du programme		
<i>Naître égaux – grandir en santé</i> laurentides.....		81
1	L'appréciation de la qualité du programme.....	81
1.1	La force d'entraînement et la solidité du réseau	81
1.2	L'ancrage du programme dans son milieu.....	82
1.3	La solidité du modèle d'action	84
1.4	La viabilité de la solution	89
2	L'explication du niveau de qualité du programme.....	90
CONCLUSION		95
BIBLIOGRAPHIE.....		101
SOURCES DE DONNÉES.....		107
ANNEXE 1	NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ – LAURENTIDES : UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ. GUIDE D'IMPLANTATION.....	119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs	13
Tableau 2	Intérêts fondamentaux des acteurs du projet <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> en fonction de leur position sociale et leur identité.....	48
Tableau 3	Financement accordé aux CLSC pour l'implantation d'un programme de type <i>NÉGS</i>	51
Tableau 4	Chronologie des événements de la mobilisation des CLSC et organismes communautaires dans le déploiement de <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> dans la région des Laurentides, 1998-2000	67
Tableau 5	Portrait évolutif des collaborations OC-CLSC pour le volet d'accompagnement communautaire	71
Tableau 6	Évolution de la couverture de la population cible par le volet de suivi prénatal en CLSC du programme <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	73
Tableau 7	Partenaires impliqués dans les regroupements d'action intersectoriels en janvier 2001.....	76
Tableau 8	Matrice de la dynamique processus - résultat du déploiement du programme <i>Naître Égaux - Grandir en Santé</i> dans la région des Laurentides	79

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité	12
Figure 2	Les arrangements inter organisationnels mis en place pour le déploiement du programme <i>NÉGS</i> dans la région des Laurentides	68
Figure 3	Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité / Projet de déploiement du programme <i>NÉGS</i> dans la région des Laurentides	94

INTRODUCTION

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, lancées en 1997 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sont le premier effort national pour doter le Québec de priorités de santé publique qui soient communes à l'ensemble des régions². Elles sont en cela précurseurs de l'actuel *Programme national de santé publique*³. Le MSSS veut par ce moyen renforcer certains choix faits antérieurement, au ministère même et dans les régions, et en ce sens, orienter le développement et tendre vers un encadrement de la pratique de santé publique.

Outre le choix de priorités, cette initiative du MSSS met de l'avant quatre principes directeurs que l'on veut structurants. Ces principes, sont *agir en amont des problèmes et comprendre pour mieux agir; s'engager davantage auprès des communautés; s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être, et intervenir de façon concertée et coordonnée*. Ils concernent les manières de faire en santé publique, dans la perspective de l'atteinte des résultats attendus. Tel que le soutient le MSSS, ces principes sont des « axes à partir desquels les actions sont accomplies ... et doivent donc se refléter dans ces actions » (MSSS, 1997, p. 25). L'application de ces principes devrait ainsi requérir des modifications dans les pratiques en santé publique, que l'évaluation devrait permettre d'apprécier (p. 86). La préoccupation pour l'évaluation de l'actualisation des principes directeurs est donc déjà inscrite dans l'énoncé des priorités.

1 D'OÙ VIENNENT CES PRINCIPES ET QUE VISENT-ILS?

Dans l'évolution du système de services de santé et de services sociaux, ces principes prennent racine dans les recommandations de la Commission Rochon (1988). Celle-ci mettait en cause le fonctionnement technocratique centralisé et l'efficacité (incapacité à répondre aux besoins) du système sociosanitaire et faisait le diagnostic d'un système pris en otage par les groupes d'intérêts. Elle mettait de l'avant des principes fondamentaux pour une réforme⁴, autour de quatre pôles : 1) l'efficacité⁵; 2) la décentralisation; 3) l'intersectorialité; 4) la démocratisation⁶. Au plan stratégique, découla un double virage, vers la prévention-promotion et vers l'atteinte de résultats en termes de réduction des problèmes de santé, plutôt qu'une formulation d'objectifs en termes de services accessibles et de qualité, virage qui prit forme dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Au plan structurel, il en découla : 1^e) la création des régies régionales en 1992 (transformation des CRSSS) devant concrétiser les idéaux de décentralisation et de démocratisation; 2^e) la réorganisation du champ

² Les *Priorités nationales de santé publique* ne couvrent que partiellement le champ de la santé publique, ne comprenant pas les secteurs de la santé environnementale et de la santé au travail.

³ Un tel programme était prévu dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991) mais n'avait jamais été actualisé. Il est inscrit à la récente *Loi 36 sur la Santé publique*.

⁴ Une réforme axée sur le citoyen (MSSS, 1990), qui donna lieu à une mise à jour de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 120, 1991).

⁵ La planification est l'outil privilégié de la rationalisation des services devant supporter leur efficacité.

⁶ Le principe de démocratisation était défini en terme de transparence des processus décisionnels, obtenue par la participation des citoyens aux instances décisionnelles.

de la santé publique en créant, en 1993, la Direction générale de santé publique au MSSS et les directions de santé publique des régies régionales, recentrant la santé publique comme constituante du système⁷; et surtout, 3^e) une vaste opération de reconfiguration des services, des structures et du système afin d'accroître la qualité de ses résultats (pertinence, efficacité, efficience). Cette restructuration cherche à répondre à deux impératifs majeurs : la nécessité de revoir certains modes de pratique à la lumière des développements technologiques récents et l'assainissement des finances publiques (Pineault & Tousignant, 2000). La planification et la mise en œuvre de ce *Défi Qualité – performance*, lancé par le MSSS en 1994, est alors confiée aux régies régionales⁸.

Dans les suites de la Commission Rochon, les régies ont mis en place de grands instruments de planification régionale (visée d'efficacité) ouverts à la participation (visée de démocratisation) (Rodrigue, 1993). Les plans régionaux d'organisation de services (PROS) figurent alors parmi les approches de planification expérimentées. Dans les faits, la participation a été mise au service de la concertation intersectorielle et de la coordination en associant les acteurs concernés par l'intervention, davantage qu'au service d'une démocratisation en associant les citoyens au processus décisionnel⁹. Le recentrage de la santé publique comme constituante du système sociosanitaire donna lieu, quant à lui, à une planification de la prévention – promotion et à un effort d'intégration de la prévention – promotion dans l'organisation des services¹⁰. Dans cet effort, la coordination entre les composantes du système et la concertation intersectorielle¹¹ (où la santé publique est particulièrement concernée) s'inscrivent dans une optique d'accroissement de l'efficacité.

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP)* (1997), en chantier même avant la création de la Direction générale de la santé publique en 1993¹², constituent dans ce contexte la contribution de la santé publique à l'atteinte des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*

⁷ La Réforme (1990) comportait aussi un renforcement de la mission préventive des CLSC.

⁸ À titre d'exemple à Montréal-Centre, cette opération de reconfiguration donna lieu aux deux plans successifs : *Vers un nouvel équilibre* (1995-1998) et *Le défi de l'accès* (1998-2001). Le plan de 1995-1998 mettait de l'avant trois virages, vers la prévention – promotion, vers les services ambulatoires et vers la satisfaction de la clientèle. Il a opéré une réduction des crédits de 3,320 milliards à 3,130 milliards de dollars (économie nette récurrente de 190 M\$) et entraîné une ré-allocation de 155,6M\$ pour le développement, dont 13,6M\$ en prévention – promotion (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997).

⁹ Les PROS proposent une planification par territoire, en fonction des besoins d'une population, à l'intérieur des balises des politiques publiques et cherchent à associer différentes catégories d'acteurs par la constitution de comités tripartites (secteur public, secteur communautaire, autres secteurs concernés). L'ouverture à la participation dans les PROS a opéré surtout vers les acteurs communautaires que l'on tend désormais à désigner de partenaires. Les premiers terrains d'essai ont été les services aux personnes âgées (1979), suivi de la déficience intellectuelle (1988) et de la santé mentale (1989-1991). Les évaluations qui ont été faites des premières expériences de participation aux processus de planification et de décision des PROS montrent généralement le difficile chemin de l'ouverture à la participation (Guay, 1991, Panet-Raymond, 1994; Lamoureux, 1994).

¹⁰ À titre d'exemple, à Montréal-Centre, le plan de transformation de 1995-1998 inscrit quatre priorités de prévention – promotion parmi les 11 priorités régionales et le plan de 1998 –2002 cherche l'intégration de la santé publique dans des continums de services allant de la promotion – prévention, au traitement, et à la réadaptation.

¹¹ Notons ici que les organismes communautaires sont considérés comme des acteurs autonomes, partenaires du réseau, et non comme des constituantes tels que le sont les établissements, tel que le reconnaît la loi 120 sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991).

¹² Ces priorités découlent d'un long processus ayant débuté en 1990 par la production, à la Direction de la santé publique du MSSS, d'un *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique* (MSSS, 1992). Ce cadre a été suivi de 16 cahiers thématiques en 1993 et 1994. Sous le titre de *Stratégie nationale de santé publique*, l'opération est reprise en 1995 sous la coordination de la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS et en association étroite avec les directions de santé publique (DSP) des régies régionales. Deux consultations internes au réseau ont été menées en 1995 et ont conduit à relancer le processus afin d'aboutir aux priorités lancées en 1997.

(1992). Elles sont considérées par les régies parmi d'autres orientations gouvernementales dans l'organisation régionale des services¹³. Ces priorités ont une portée opératoire en ce qu'elles se déclinent en une série de résultats attendus, en termes d'acteurs mobilisés, de déploiement de programmes ou de résultats sociosanitaires, et en ce qu'elles font l'objet d'un suivi évaluatif, malgré les embûches et les limites d'une telle opération (DGSP, MSSS, 1999, 2000, 2001). Pour leur réalisation, la DGSP sollicite la mobilisation du réseau de la santé et des services sociaux, et en premier lieu les CLSC, vu leur mandat d'intervention en santé publique sur le plan local. Elle sollicite également la collaboration des organismes communautaires, des différents groupes professionnels concernés, et de nombreux partenaires de différents secteurs de l'administration publique, notamment les secteurs municipal, de l'éducation, de l'environnement, des transports, de la justice et des loisirs.

2 QUELS SONT CES PRINCIPES ET À QUI S'ADRESSENT-ILS?

Les principes directeurs des *PNSP* sont alignés sur les pôles de l'efficacité et de la concertation intersectorielle inscrits dans la Réforme de 1990, tel que le montre le rappel historique qui précède. Ils trouvent aussi appui dans les savoirs et savoir faire plus spécifiques au champ de la santé publique. Ces principes interpellent les acteurs internes du système sociosanitaire et en premier lieu les professionnels de la santé publique, aux paliers central et régional, pour qu'ils s'en inspirent dans l'orientation de leur pratique, notamment dans leurs rapports avec les autres acteurs des champs d'action qu'ils investissent. Ces principes directeurs concernent les conditions d'implantation des priorités, c'est-à-dire la mobilisation de l'environnement et des intervenants, qui se situe en amont et détermine l'atteinte des résultats sociosanitaires¹⁴. Ces principes interpellent en premier lieu les pratiques planificatrices et partenariales des institutions publiques, par lesquelles sont mobilisés les communautés et les intervenants pour la poursuite des objectifs sociosanitaires que se donne l'État.

Le premier principe, *agir en amont des problèmes et comprendre pour mieux agir*, consiste, pour les acteurs de la santé publique, d'un côté à s'assurer que les interventions en promotion / prévention / protection répondent à des critères de pertinence, d'efficacité et d'efficience; et d'un autre côté à assurer le développement des connaissances sur les problématiques moins connues. Sur ce dernier aspect, les *PNSP* mettent de l'avant, comme ligne directrice, l'interdisciplinarité et l'intégration des différents savoirs, soit les savoirs pratiques et cliniques et les savoirs des chercheurs universitaires et des professionnels de la santé publique. Ce principe concerne donc le **rapport entre les savoirs dans un contexte pluraliste**. Le second principe invite à *s'engager auprès des communautés*. Il convie les professionnels de la santé publique à travailler en collaboration étroite avec les décideurs locaux et régionaux et autres acteurs des communautés afin de soutenir les dynamiques et initiatives des communautés. Ce principe concerne donc la **dynamique de la participation** des acteurs internes et externes des systèmes publics et des communautés à la planification (centrale ou régionale, voire

¹³ À titre d'exemple, dans son plan de 1998-2002, la Régie de Montréal-Centre a ajouté les priorités nationales aux quatre priorités régionales de prévention - promotion déterminées en 1995-1998 et reconduites pour 1998-2002.

¹⁴ Prenant appui sur Plantz et al. (1997) et Rossi & Freeman (1989), Allard et al., (1999) distinguent dans les résultats opérationnels en amont des résultats sociosanitaires ceux qui sont de l'ordre des conditions d'implantation (mobilisation de l'environnement et des intervenants) et ceux qui sont de l'ordre de la réalisation des interventions prévues.

locale) des politiques et programmes publics. Le troisième principe invite à la *concertation entre les acteurs concernés et à la coordination des actions*, dans l'actualisation des *PNSP*. Il concerne les **rapports de partenariat**, intersectoriel, public - communautaire, voire public - privé. Quant au quatrième principe, *s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être*, il interpelle en premier lieu le choix des priorités et des voies d'action, mais également les pratiques planificatrices et partenariales, dans le sens considéré par les trois premiers principes. Dans cette évaluation, notre attention se portera sur les trois premiers principes puisque l'évaluation de l'actualisation du dernier requiert une étude en soi.

3 COMMENT L'ACTUALISATION DE CES PRINCIPES SERA-T-ELLE ÉVALUÉE?

Puisque l'application des principes directeurs doit se refléter dans les pratiques, l'évaluation de cette actualisation se fera par l'observation des pratiques planificatrices et partenariales des instances de santé publique, au MSSS et dans les régions régionales, et cela, sous les aspects de la dynamique de la participation, du rapport entre les savoirs et du rapport social de partenariat.

Puisque l'effort de renouvellement des pratiques planificatrices et partenariales en santé publique vise notamment des objectifs d'efficacité, il nous apparaît nécessaire d'évaluer l'actualisation des principes directeurs en lien avec la qualité des résultats atteints, plutôt qu'en vertu d'une rhétorique sur la participation et le partenariat. De plus, puisque les pratiques planificatrices et partenariales sont des actions qui se déploient dans le contexte spécifique de chaque priorité dans chaque région, elles doivent être observées dans leur singularité afin, par la suite, de considérer leurs attributs plus généraux par lesquels elles sont reliées à l'évolution des pratiques de planification publique. L'étude de cas se présente pour cette raison comme un détour obligé de l'évaluation. Aussi, puisque l'esprit des principes directeurs, inscrits aux *PNSP* en 1997, participe d'un courant large de révision des approches planificatrices en santé publique, visible depuis la fin des années 1980, et qu'il était déjà évoqué dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), il n'apparaît pas que le lancement des priorités nationales en 1997 ait été un événement charnière ayant infléchi les pratiques de façon marquée. Il nous apparaît plutôt pertinent d'observer, dans les cas sélectionnés, les changements dans les pratiques en reculant si nécessaire avant la période 1997-2002.

Enfin, puisque certains résultats visés par les *PNSP* sont plus sensibles que d'autres à l'actualisation des principes directeurs, trois cas ont été retenus sur cette base et pas davantage, à cause des contraintes de temps. Le déploiement du programme *Naître égaux – Grandir en santé* dans la région des Laurentides est l'un de ces cas. Les deux autres sont les programmes de prévention du VIH/Sida chez les homosexuels, dans la région de Montréal-Centre, et le protocole de référence inter organismes en matière de violence conjugale, dans la région du Bas-Saint-Laurent. Le lecteur désireux de connaître les critères et la démarche qui ont conduit à la sélection des cas est prié de consulter l'annexe méthodologique du rapport synthèse de la recherche (Bilodeau et al., à paraître).

Suite à la présentation, en première partie, du cadre théorique et méthodologique de l'évaluation, la deuxième partie présentera l'étude du cas et sera suivie, en conclusion, d'une discussion sur l'actualisation des principes directeurs dans ce cas.

PREMIÈRE PARTIE

LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

La présente recherche vise à répondre à la question suivante : Comment les principes directeurs des *PNSP* ont-ils été intégrés aux pratiques des équipes de santé publique (centrale et régionales) et avec quels résultats ? L'étude cherche à décrire les pratiques planificatrices et partenariales déployées et à discuter de ces pratiques en rapport avec la qualité des résultats atteints.

Cette recherche part des résultats d'une évaluation des priorités régionales de prévention – promotion 1995-1998 de la région de Montréal-Centre, qui portait sur la relation entre les pratiques planificatrices et partenariales déployées par les acteurs et la qualité des programmes réalisés (Bilodeau, 2000; Bilodeau et al., 2002). Cette évaluation portait du constat que, en promotion de la santé, l'ouverture des pratiques planificatrices à la participation des acteurs concernés et l'adaptation des programmes en vertu de la spécificité des contextes étaient de plus en plus admises comme passages obligés pour l'atteinte de meilleurs résultats (Green & Kreuter, 1999; Syme, 1997; Goodman et al., 1996, 1998; Labonte & Robertson, 1996; McLeroy et al., 1994). Cette évaluation s'était donnée comme objectif d'éclairer la façon d'associer les communautés aux programmes de sorte à accroître la qualité des résultats.

Cette évaluation a montré que dans le développement des programmes, la dynamique de la participation qui est instaurée et les arrangements de partenariat qui sont conclus sont les deux aspects cruciaux où agir pour accroître leur niveau de qualité.

La dynamique de la participation est le fruit de l'interaction entre le promoteur d'un projet et les acteurs qu'il cherche à mobiliser. Cette mise en mouvement des acteurs se fait autour d'une définition de la situation. Cette problématisation sera plus porteuse de succès si elle s'annonce comme provisoire et si elle comporte non seulement des informations sur le problème et les solutions mais aussi sur les acteurs concernés, leur position sociale, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. Une problématisation bien enclenchée identifiera les principales controverses qui divisent les acteurs et cherchera à dégager des points d'arrimage possibles vers lesquels ils peuvent trouver intérêt à converger. Le moment de la problématisation est crucial pour la qualité des programmes à cause de la dynamique de la participation qui s'y instaure. Cette dynamique sera suffisante si elle est permise un intéressement précoce (à l'étape de la décision) des acteurs, l'accès à une diversité de conceptions des situations, et si elle positionne les acteurs dans un rôle de négociation et d'influence (qui dépasse la consultation). Une telle dynamique de la participation, parce qu'elle donne accès et permet l'échange d'informations, agit sur la qualité de l'action en favorisant un élargissement des possibilités de convergence entre les acteurs.

Quant aux arrangements de partenariat, ils découlent d'un travail de construction de la coopération par la résolution des controverses qui divisent les acteurs, celles-ci ayant généralement trait aux rapports de pouvoir ou entre les différentes logiques d'action. Les compromis¹⁵ ainsi négociés sont une sorte de dosage entre les registres d'action des acteurs concernés, visant l'intérêt supérieur des populations qu'ils ont à desservir en commun, sans que tous les désaccords ou toutes les ambiguïtés ne soit levés, compromis néanmoins suffisants à l'implication des acteurs. Ce moment de l'élaboration de l'accord est crucial pour la qualité des programmes en ce qu'il structure les arrangements de partenariat. Dans ce processus, l'innovation est l'ingrédient actif associé à une plus-value de qualité de l'action. Pour que l'innovation opère, il faut que la dynamique participative entraîne une déconstruction – reconstruction des rapports de pouvoir entre les acteurs dans le sens de l'égalisation, et la confrontation - recombinaison de leurs logiques d'action, au-delà du seul effort de coordination administrative. Les arrangements de partenariat qui en découlent comportent des structures et mécanismes de réduction de la subordination découlant du déséquilibre structurel du pouvoir entre les acteurs¹⁶ et des représentations partagées de voies d'action autour desquelles s'associer.

Le renouvellement des rapports de partenariat se présente comme nécessaire à l'innovation dans l'intervention. Pour qu'émergent de nouvelles logiques d'action, les acteurs doivent parvenir à modifier leurs rapports sociaux et leurs règles. Sans un tel renouvellement, le processus résulte en une reconduction des logiques d'action antérieures, souvent sectorisées, ou en une extension de la logique d'action de l'acteur qui dispose initialement des bases de pouvoir. Des arrangements de partenariat qui ne comportent ni ne stimulent l'innovation ont moins de chance d'entraîner des résultats de qualité, devant une complexité accrue des problèmes et des contextes sans cesse changeants.

Considérant ces résultats, la présente recherche reprend le cadre théorique de cette évaluation afin d'évaluer, cette fois, l'actualisation des principes directeurs des *PNSP* qui interpellent les planificateurs dans le sens de l'ouverture à la participation et au partenariat. Elle en reprend aussi la méthodologie. Elle visera cependant à aller plus loin en cherchant à élaborer des indicateurs de pratiques plus prometteuses de sorte à outiller un suivi des pratiques. En outre, la présente évaluation a été assortie d'une dimension participative. Les trois sections suivantes abordent successivement le cadre théorique, le cadre méthodologique de l'étude et la dimension de la participation.

¹⁵ L'idée de compromis évoque ici une forme de coordination de l'action qui se construit dans un rapport de pouvoir, dans la friction, plutôt que d'évoquer le renoncement et la compromission.

¹⁶ Deux exemples de tels mécanismes et structures : 1^o l'adoption de principes et de dispositifs de réciprocité et d'équité (ex : représentativité équitable et contrôle équivalent sur l'information et la décision, reconnaissance mutuelle des atouts); 2^o le respect des structures locales et leur autonomie.

CHAPITRE I : LE CADRE THÉORIQUE

Le développement théorique sur les pratiques planificatrices et partenariales que l'on vient d'énoncer a été obtenu en recourant à une lecture socio-politique des situations, et en s'attardant particulièrement à l'innovation à l'œuvre, puisque l'actuel débat sur la qualité et l'efficacité de l'intervention en santé publique appelle à l'innovation.

La théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986; Akrich, Callon, Latour, 1988 a, b; Amblard et al., 1996), alors retenue au fondement de l'étude, est une théorie sur la coopération entre les organisations qui s'inscrit dans le prolongement des théories organisationnelles centrées sur le conflit. Au-delà de l'idée que la négociation soit l'avenue pour la résolution des conflits, la théorie de la traduction réfléchit sur l'élaboration du compromis et sur les formes organisationnelles, sociales et matérielles qui stabilisent ce compromis. Elle se présente comme une théorie sur la coopération et sur l'innovation. La théorie de la traduction est un outil d'analyse qui permet de suivre les transformations successives et donc, l'adaptation mutuelle du contexte, des acteurs et du projet, dans le développement d'une innovation. La notion d'acteurs utilisée ici pour désigner les organismes communautaires qui agissent en porte-parole des communautés, tout comme les organismes publics, signifie qu'ils occupent une position sociale comportant des contraintes et des atouts, qu'ils défendent des intérêts qui peuvent être différents, voire divergents, et qu'ils peuvent être divisés par des controverses découlant des enjeux qui les mobilisent. Ces acteurs développent des stratégies susceptibles de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts, compte tenu de leurs atouts, dans leur rapport aux autres acteurs sociaux¹⁷.

1 LES TERMES DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION

La théorie de la traduction conçoit les situations comme des *réseaux* où sont reliés les acteurs et les ressources qui y participent. La notion de *traduction* réfère aux ré-interprétations continues qu'opèrent les acteurs quant à leurs rôles et quant au produit innovant, partant de leurs intérêts respectifs et de leurs rapports de pouvoir, et conduisant à l'élaboration des compromis. La théorie soutient que la *controverse* précède toujours l'émergence d'une innovation, d'un changement, et le processus de construction de la coopération se fait par la résolution des controverses. Résoudre les controverses, c'est orienter les acteurs vers une solution, un compromis qui leur permet de coopérer tout en répondant, du moins partiellement, à leurs intérêts. C'est la clôture ou la non-clôture des controverses qui crée l'accord ou le désaccord entre les acteurs et la consolidation ou non de l'innovation. La

¹⁷ Le champ des théories organisationnelles qui propose une lecture socio-politique des situations avait été retenu dans cette évaluation, préférablement à une lecture fonctionnelle, à cause du potentiel explicatif de ces théories dans des situations où les enjeux de pouvoir sont importants. Le corpus classique des théories organisationnelles est constitué de l'approche par la contingence (Mintzberg), de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg), de l'approche par la régulation (Reynaud) et de l'analyse culturelle (Sainsaulieu). Ces auteurs conçoivent d'abord l'organisation comme un champ de conflits et de coopération et considèrent la question des rapports de pouvoir comme un détour obligé de l'analyse (Amblard et al., 1996). Les notions d'acteurs, d'intérêts, de stratégies et d'enjeux, centrales dans ce corpus, nous viennent du courant de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977). La théorie de la traduction constitue, avec la théorie des conventions (Boltanski & Thévenot, 1987, 1991), le principal développement théorique sur la construction de l'accord et de la coopération, dans ce champ (Amblard et al., 1996).

coopération entre les acteurs emprunte différentes *formes organisationnelles, sociales et matérielles* qui relient les acteurs et stabilisent le compromis pour une certaine durée. La théorie se complète avec la notion de symétrie entre, d'une part, le tissage des liens sociaux et les alignements d'intérêts, désignés de *sociogramme*, et d'autre part, la confection des produits - ici, des programmes de prévention – promotion -, désignés de *technogramme*. Le produit innovant ne peut émerger que s'il est porté par un réseau. De la même façon, la solidité du produit est liée à l'irréversibilité de ce réseau qui, elle-même, dépend de l'ancrage du produit. Ainsi un projet tient sa pertinence du degré de cohésion qu'il suscite; sa qualité, son utilité, son efficacité ne lui sont pas intrinsèques mais découlent de son développement.

L'analyse en termes de traduction (Callon, 1986) distingue quatre moments qui se chevauchent dans l'élaboration des réseaux et de l'innovation. La *problématisation*, comme mise en mouvement du processus de traduction, est la définition provisoire du problème ou de la situation par les promoteurs d'un projet ou d'une innovation, identifiant les acteurs concernés, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. En plus de positionner les acteurs, la problématisation permet d'identifier les principales controverses qui les divisent, de montrer les points de convergence auxquels ils doivent consentir et les alliances à sceller afin de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts. Le deuxième moment est celui de l'*intéressement*, soit l'ensemble des stratégies que déploient les différents acteurs en vue de rallier les autres acteurs autour d'un objectif commun et leur imposer un rôle défini. Dans la théorie de la traduction, la résolution des controverses et l'élaboration de l'accord opèrent par l'action d'un médiateur qui propose une problématisation et des passages incontournables, vu les intérêts respectifs des acteurs. Un intéressement réussi donne lieu au troisième moment, celui de l'*enrôlement* des acteurs, c'est à dire la négociation qui conduit à l'acceptation d'un rôle précis permettant de consolider le réseau. Enfin, la *mobilisation* concerne l'implication d'une masse critique d'acteurs dans le système d'action pour que l'innovation devienne pertinente, utile, indispensable.

2 LA SPÉCIFICATION DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION EN VERTU DU CONTEXTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Développée dans le contexte de l'entreprise et des innovations technologiques, la théorie de la traduction a été spécifiée pour une meilleure appréhension des innovations sociales dans le champ de la santé publique. Se référant à Monnier (1987), qui a repris la théorie de la traduction pour le compte des programmes publics, nous les concevons comme des espaces de négociation, des systèmes ouverts où les différents protagonistes négocient la structuration et la réalisation de l'action en même temps que leurs rapports sociaux et où ni les protagonistes, ni les ressources, ni les formes d'action ne sont stables et prédéterminés. Le processus de structuration de l'action opère de façon interactive et itérative au double plan du sociogramme et du technogramme, de telle sorte que les transformations du produit dans le temps ne peuvent être appréhendées sans une compréhension de l'évolution de l'interaction entre les acteurs, et vice versa. Cette logique interactive (principe de symétrie) caractérise aussi le rapport entre le processus de structuration de l'action et sa qualité. Ainsi, le *processus de structuration des programmes*, que nous cherchons à mettre en relation avec leurs attributs de *qualité*, constituent avec

les notions de *sociogramme* et de *technogramme* les dimensions conceptuelles fondamentales de l'étude.

Dans le champ de la santé publique, où prédominent les acteurs publics (intersectoriels) et communautaires, quatre types de rapports sociaux sont particulièrement en cause et viennent spécifier le sociogramme, i.e. les enjeux politiques et symboliques de la structuration des programmes et les formes sociales de la coopération. Il s'agit du rapport public / communautaire, articulé en recourant aux notions de complémentarité (de la portion de services du communautaire) et d'interdépendance égalitaire (Panet-Raymond, 1994; Vaillancourt, 1994); du rapport entre acteurs sectoriels, défini par le processus de sectorisation et de contrôle exercé sur un champ de pratique (Degeling, 1995); du rapport entre planification publique et autonomie des communautés locales, soit une approche technocratique et rationaliste, versus participative et adaptative des programmes publics (Berman, 1980; Rogers, 1983; Brunk et al., 1990; Fawcett et al., 1995; Gillies, 1998); enfin, du rapport entre les différents savoirs, scientifiques et d'expérience, institutionnels et communautaires, selon que l'approche est contributive des différents savoirs ou qu'elle consacre la suprématie de certains savoirs (logique de l'expert) (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995).

Afin de spécifier le technogramme, nous recourons au modèle d'action du programme, qui en précise les composantes et qui rend compte de la logique de l'intervention, ainsi qu'à l'action réalisée (couverture opérationnelle et populationnelle). Nous référons ici aux techniques de spécification de programmes dans le champ de l'évaluation (Allard, 1996, 2001).

Quant à la mesure de la qualité, elle porte sur les dimensions sociale et technique des programmes. La dimension sociale est la solidité et la force d'entraînement du réseau d'acteurs qui portent le programme, i.e. la capacité des acteurs de soutenir dans le temps la poursuite de l'action et la capacité du programme (et ses acteurs) de rallier les acteurs stratégiques et névralgiques à son développement. Quant à la dimension technique, elle nous est donnée par trois mesures : 1^e) l'ancrage du programme dans son milieu, i.e. sa pertinence aux yeux des acteurs des communautés, et son degré d'adéquation eu égard à la forme locale que prend le problème sur lequel on cherche à intervenir et aux possibilités qui sont offertes (ressources, capacités et limites des acteurs) dans le contexte où le programme s'insère (Fawcett et al., 1995; Wandersman et al., 1996; Gillies, 1998); 2^e) la solidité du modèle d'action, i.e. sa pertinence devant le problème à résoudre et sa faisabilité dans le contexte, eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels se réfèrent les acteurs du programme (Allard, 1996; Bilodeau et al., 1998); 3^e) la viabilité de la solution, i.e. a-t-on des indications à l'effet que la solution mise de l'avant résout le problème pour lequel elle est déployée, en se basant sur les premiers résultats proximaux observés (Bickman, 1985).

La **figure 1** suivante illustre le cadre conceptuel de l'étude et le **tableau 1** en présente l'opérationnalisation en dimensions, sous-dimensions et indicateurs.

Figure 1 Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité

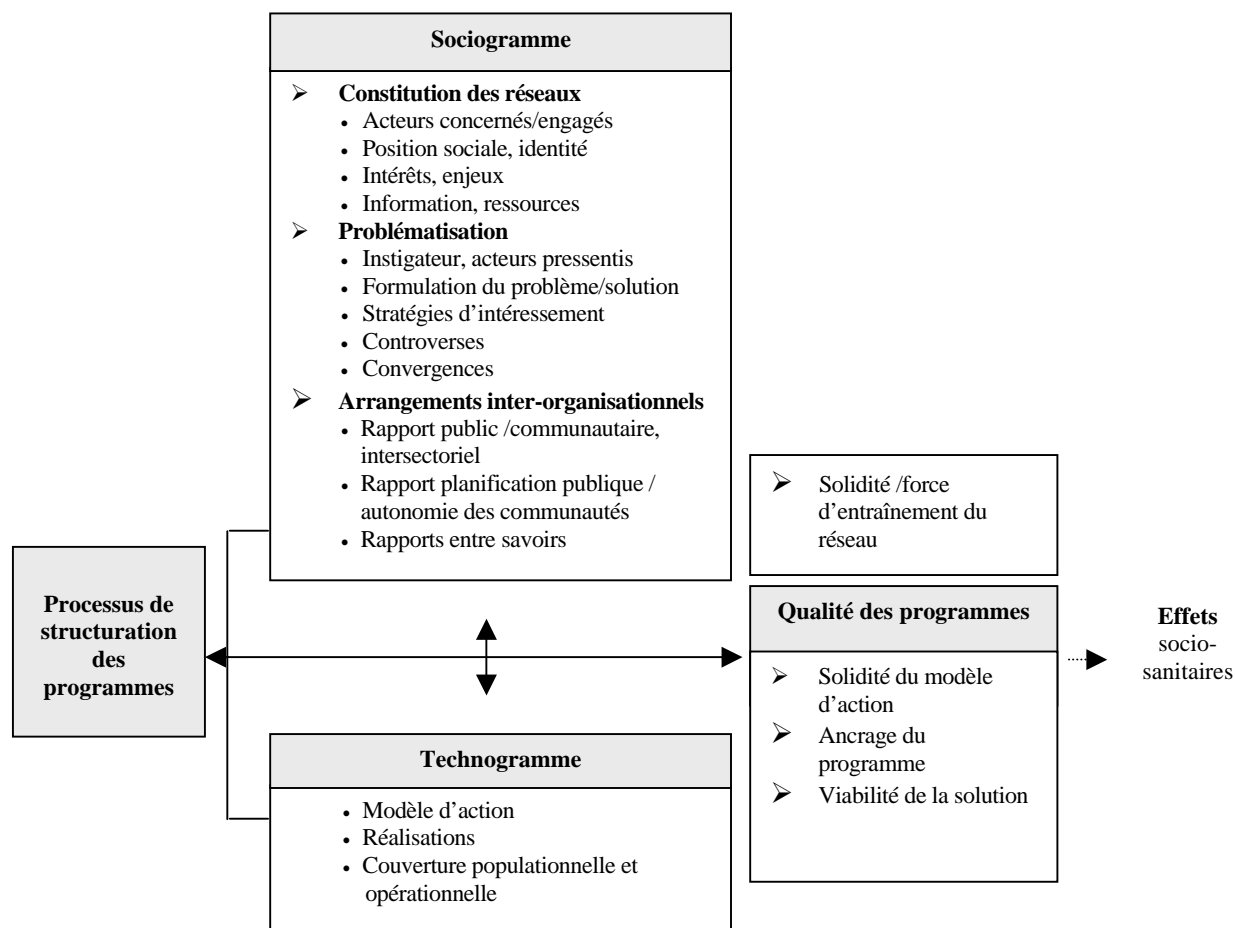


Tableau 1 Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES	
1 – SOCIOGRAMME	
1.1 – RÉSEAU : ACTEURS ET AUTRES ENTITÉS CONSTITUANTES	
1.1.1 Acteurs concernés, mobilisés, engagés.	Composition des réseaux par rapport aux acteurs concernés par le problème. Représentativité intersectorielle.
1.1.2 Position sociale	Acteur public / communautaire; régional / local; sectoriel. Précarité / stabilité des organisations.
1.1.3 Identité / Culture	Mission / Vision des problèmes et des solutions.
1.1.4 Intérêts / Enjeux associés à la structuration du programme	Intérêts respectifs des acteurs : objectifs recherchés vues culture et position sociale. Gains et pertes de pouvoir ou de capacités que les acteurs associent à leur engagement dans le programme.
1.1.5 Ressources	Ressources humaines, matérielles, financières que les acteurs mobilisent pour le programme. Richesse / rareté des ressources des communautés; suffisance et récurrence du financement.
1.1.6 Information	Expérience / connaissance qu'ont les acteurs du champ d'action. Accès / partage / contrôle de l'information.
1.2 – PROBLÉMATISATION	
1.2.1 Instigateur - traducteur / Acteurs à associer et rôles qui leur sont pressentis.	
1.2.2 Formulation du problème et des solutions selon les différents acteurs –lien entre ces discours hétérogènes.	
1.2.3 Stratégies d'intéressement	Stratégies de participation (association des partenaires) mises de l'avant par le planificateur pour : <ul style="list-style-type: none"> • l'établissement des priorités et voies d'action; • la sélection des partenaires et des projets. Positionnement des acteurs.
1.2.4 Controverses	Éléments de désaccord et de débat entre les acteurs, compte tenu des enjeux.
1.2.5 Convergences / Points de passage obligé	Degré d'interdépendance des acteurs (dans quelle mesure les intérêts poursuivis par chaque acteur ne peuvent être atteints sans le concours des autres). Arrimages incontournables pour la poursuite des intérêts respectifs des acteurs, vu leur degré d'interdépendance.
1.3 - ARRANGEMENTS INTER-ORGANISATIONNELS	
1.3.1 Rapport public / communautaire	Rapport de complémentarité de la portion de services du communautaire avec les établissements publics, dans l'atteinte des objectifs de l'État. Rapport d'interdépendance égalitaire :mission propre / reconnaissance mutuelle / création conjointe des projets.
1.3.2 Rapport entre les acteurs intersectoriels	Découpage du programme en zones de contrôle. Émergence de zones de décloisonnement.

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
1.3.3 Rapport entre planification centrale et autonomie des communautés locales	<p>Approches de planification technocratique <u>prp</u> participative</p> <p>Potentiel d'empowerment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acteurs décisionnels / contrôle de la décision aux différentes étapes de la planification et de l'évaluation (degré de contrôle des acteurs locaux sur les priorités et le développement de l'action); <p>Approche d'implantation adaptative ou programmée des programmes cadre.</p>
1.3.4 Rapport entre les savoirs : • scientif. <u>vs</u> pratiques • inst. <u>vs</u> communautaires	<p>Légitimité des différents savoirs / suprématie de certains savoirs.</p> <p>Approche contributive <u>prp</u> approche de prescription.</p>
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES	
2 – TECHNOGRAMME	
<i>1 – MODÈLE D'ACTION DU PROGRAMME</i>	
	Composantes du programme et logique de l'intervention.
<i>2 – COUVERTURE POPULATIONNELLE ET OPÉRATIONNELLE</i>	
	Populations visées / rejointes. Outils, activités prévues / réalisées.
B – QUALITÉ DES PROGRAMMES	
<i>1 – FORCE D'ENTRAÎNEMENT ET SOLIDITÉ DU RÉSEAU</i>	
	Engagement d'acteurs stratégiques (démission / exclusion d'acteurs). Représentativité des acteurs / secteurs concernés par le problème.
<i>2 – SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION</i>	
	Jugement porté sur le programme par ses acteurs, au plan de la vraisemblance d'implantation et d'intervention.
<i>3 – ANCRAGE DU PROGRAMME</i>	
	<p>Priorités et solutions reconnues pertinentes par les acteurs locaux.</p> <p>Théorie locale <u>prp</u> théorie générale des problèmes et des solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • concordance avec les données locales du problème; • concordance avec les capacités des acteurs, les ressources et obstacles dans la communauté.
<i>4 – VIABILITÉ DE LA SOLUTION</i>	
	Appréciation des changements (intermédiaires) observés par rapport aux objectifs visés.

CHAPITRE II : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie consiste en une étude interprétative, longitudinale et explicative cherchant à établir les liens entre les processus mobilisés et la qualité des résultats atteints. Ici, la notion de résultat signifie ce qui résulte des processus, en termes d'acteurs engagés, d'interventions réalisées et d'effets sociosanitaires¹⁸. Il s'agit de plus d'une étude comparative fondée sur l'analyse de trois cas.

Le caractère interprétatif, longitudinal, explicatif et comparatif de l'évaluation s'articule de la façon suivante. Les dimensions **interprétative** et **longitudinale** donnent lieu à un récit de la mobilisation des acteurs, de la construction des réseaux, des pratiques planificatrices et partenariales à la base de ces réseaux, de ce que les acteurs ainsi mobilisés ont réussi à produire, et de l'évolution de ce processus dans le temps. Le portrait proposé est une interprétation des événements qui se sont passés, tel que représentés dans les documents consultés, réalisée en vertu d'une théorie de la coopération et de l'innovation, soit la théorie de la traduction, retenue par les chercheurs. L'**explication** consiste ensuite en l'élaboration de liens de causalité entre les processus décrits, réseau et produit, et le degré de qualité de ce résultat. Les critères de qualité appliqués aux résultats, en référence à la théorie de la traduction, sont la force du réseau, l'ancrage du programme, la solidité de son modèle d'action et la viabilité de la solution. La dimension **comparative** de l'évaluation porte sur les trois cas à l'étude et conduit à dégager des constats d'un ordre plus général sur les caractéristiques des pratiques planificatrices et partenariales associées à une plus ou moins grande qualité du résultat atteint. Ces constats seront comparés au développement théorique de la recherche antécédente sur les priorités régionales de Montréal-Centre qui, lui-même, découle de l'analyse comparative de quatre cas.

À propos de la validité de l'explication fondée sur une méthodologie qualitative, des experts des méthodologies de la recherche et de l'évaluation en sciences sociales (Huberman & Miles, 1991; Yin, 1994; Mohr, 1999) rejettent la hiérarchie soutenue entre les méthodes qualitatives et quantitatives où l'expérimentation est la seule manière de faire de la recherche causale. Plutôt, la recherche d'observation (recherche de terrain), où dominent les méthodes qualitatives, est considérée par ces auteurs comme un outil efficace pour élaborer des explications spécifiques à un cas et des explications plus générales. Le travail d'élaboration d'une trame de signification qui assemble de façon cohérente les séquences d'événements ayant conduit à une situation donnée constitue une démonstration des processus qui sont effectivement à l'origine de résultats spécifiques et conduit à des explications vérifiables. L'élaboration de la causalité locale, spécifique à chaque cas, est le point de départ de l'élaboration d'une explication d'un ordre plus général qui s'obtient par l'analyse comparative de données de plusieurs cas. Rappelons ici que l'étude de cas est une méthodologie privilégiée dans des contextes où le chercheur ne peut exercer de contrôle sur les événements, contrôle qui est requis à la tenue d'expérimentation (Yin, 1994).

¹⁸ Nous distinguons ici les résultats opérationnels, soit : 1°) la mise en œuvre des conditions d'implantation, i.e. la mobilisation de l'environnement et des intervenants, et 2°) la réalisation des interventions prévues. Ces résultats se situent en amont des effets sociosanitaires attendus du programme. Les effets sociosanitaires se distinguent eux-mêmes en effets proximaux et distaux (Allard et al., 1999).

La méthodologie de l'analyse interne et comparative des cas comporte quatre étapes.

La première étape est celle de la collecte et du traitement des données. Les données proviennent de deux sources : 1) des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès des acteurs-clé des programmes; 2) des documents administratifs témoignant de l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des programmes, à leurs différents stades de développement, ont été colligés. Ces sources de données sont présentées à la suite de la bibliographie, sous forme de liste. Des transcriptions intégrales des entrevues ont été réalisées. Puis, les informations ayant trait aux dimensions et sous-dimensions du cadre conceptuel de l'étude ont été recueillies et codées par source de données et selon la chronologie, de sorte à constituer la **base de données** de l'étude.

Au fur et à mesure du recueil de l'information, des remarques ont été rédigées à propos de la signification des informations recueillies, en vertu du cadre conceptuel de l'étude, et suggérant des connexions avec les informations recueillies sur d'autres dimensions. En cours de codage, des mémos comportant des essais de théorisation sur les dimensions et les relations entre elles, sur les récurrences, les « *patterns* », ont été rédigés. Ces **remarques et mémos analytiques** ont été à la base de l'analyse descriptive de la structuration de chaque programme.

L'opération de codage complétée, pour chaque cas, un **matrice chronologique des principaux événements** du sociogramme et du technogramme a été réalisée (insérée au tableau 4). Partant de ces outils, soit la base de données, la matrice chronologique des événements et les remarques et mémos, l'analyse interne des cas a été réalisée. C'est la deuxième étape de la recherche. Cette analyse a consisté en une description de l'histoire des programmes, en vertu du cadre conceptuel de l'étude, en montrant l'évolution de l'interaction entre sociogramme et technogramme, jusqu'à leurs attributs de qualité. Puis les informations contenues dans ces narrations ont été présentées de façon systématique et synthétique, pour chaque cas, dans une **matrice mixte**, selon **la chronologie** et **la dynamique processus – qualité du résultat**. Les données sur la qualité du résultat y sont inscrites assorties d'une appréciation selon trois niveaux (+, ±, -). Ces matrices ont consisté à retenir les événements du processus de structuration des programmes, sociogramme et technogramme, et le moment de leur avènement, de même que les attributs de qualité des programmes, préparant l'analyse explicative. Dans la présentation de ce cas, cette matrice est insérée en deuxième partie au tableau 8.

La troisième étape de l'évaluation causale est celle de l'élaboration, pour chaque cas, d'une explication locale. Cette explication est élaborée selon la logique d'une causalité itérative, i.e. liée à l'antériorité d'un événement par rapport à un autre et à la construction d'un lien logique entre ces réalités (Huberman & Miles, 1991; Bernard, 1993). Partant du niveau de qualité des programmes, l'analyse a consisté à remonter aux dimensions antécédentes, à retracer les itérations du sociogramme et du technogramme qui se sont succédées, à repérer les conditions actives du processus qui ont été à l'origine de la qualité du résultat, et à élaborer au plan conceptuel les liens de causalité. Il s'agit ici d'une causalité locale dans le sens des événements et processus qui ont effectivement été à l'origine de résultats spécifiques. Les propositions explicatives de chaque cas identifient donc les dimensions du processus de structuration qui ont influencé, de manière plausible, les attributs de qualité des

programmes. Les propositions explicatives élaborées ont été ensuite représentées dans des **diagrammes de la causalité locale** où figurent les interrelations entre les principales dimensions antécédentes et les attributs de qualité. Dans ce cas, ce diagramme est présenté à la figure 3.

La quatrième étape est celle de l'analyse comparative. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le rapport synthèse de l'évaluation des trois cas (Bilodeau et al., à paraître). Cette comparaison part des matrices de la dynamique processus – qualité de chaque cas, des propositions explicatives et des diagrammes de la causalité locale qui en ont découlés. L'analyse comparative cherche alors, à partir des explications locales, à dégager des facteurs explicatifs de la qualité des programmes qui sont d'un ordre plus général. Les dimensions antécédentes les plus significatives dans chaque cas sont alors comparées et mises en relation avec les dimensions de qualité de telle sorte à dégager des propositions théoriques explicatives d'un ordre plus général. Ce développement sera comparé au développement théorique de la recherche précédente (Bilodeau, 2000), de telle sorte à discuter du potentiel de généralisation des résultats. Il s'agit ici d'une généralisation théorique, plutôt que statistique, dans le sens où ce sont les théories pour la compréhension d'un phénomène dans différents milieux qui sont la cible de la généralisation d'une théorie élaborée pour la compréhension de ce phénomène par l'étude de quelques cas (Yin, 1994).

CHAPITRE III : LA DIMENSION PARTICIPATIVE DE L'ÉVALUATION

Deux dispositifs assurent la dimension participative de l'évaluation, soit un comité de pilotage du projet, central et inter cas, et un comité de pilotage interne à chaque cas. Pour comprendre la finalité de ces dispositifs, il faut rappeler l'objet de l'évaluation et la façon dont les chercheurs ont proposé de l'analyser. L'objet d'évaluation est l'actualisation des principes directeurs des *PNSP* dans différents domaines d'intervention. Les chercheurs ont identifié dès le départ un certain nombre de contraintes qui orientaient la connaissance de cette actualisation :

- les principes directeurs ne sont pas directement observables; ils ne le sont qu'au travers des pratiques de planification et de partenariat qui se sont développées dans les projets sur le terrain;
- si l'utilité de la recherche est de préciser des indicateurs qui pourront être suivis dans les projets futurs, il faut observer des cas exemplaires qui permettent de repérer et de construire ces indicateurs;
- ces cas exemplaires ne peuvent être observés qu'en rétrospective;
- pour être exemplaires, ces cas doivent être jugés avoir produit des résultats d'une qualité suffisante pour justifier l'analyse des pratiques de planification et de partenariat les ayant générés.

Il va de soi que la question initiale du projet et la formulation de ces contraintes ont été discutées avec le prescripteur de l'évaluation, ici le MSSS, qui a été associé à certains choix à l'étape de la conception du devis. Mais les responsables de l'évaluation ont fait accepter dès le départ le fait que les contraintes énoncées impliquaient certaines décisions devant être prises, appuyées et discutées dans le cadre de comités de pilotage.

Il a d'abord été proposé et accepté qu'un comité de pilotage du projet, associant le MSSS, les chercheurs et des représentants des cas, puisse répondre aux questions suivantes :

- Quelles interventions de santé publique, parmi les priorités nationales de santé publique, peuvent rendre le mieux compte de l'actualisation des principes?
- Quels cas exemplaires choisir et dans quelles régions?
- Quelles conclusions tirer de l'évaluation comparée des cas exemplaires? Quelles recommandations adresser aux instances planificatrices, centrale et régionales, en santé publique, quant au renouvellement des pratiques dans l'esprit des principes directeurs?
- Que retenir comme indicateurs de l'actualisation des principes directeurs?

Ce comité de pilotage du projet est composé du coordonnateur de l'évaluation annuelle des *PNSP*, M. Pierre Patry; de la responsable des mesures de soutien pour le suivi des *PNSP*, Mme Lyne Jobin; de la responsable du programme de santé publique, Mme Marthe Hamel; d'un représentant de chacune des

trois directions régionales de santé publique des projets étudiés; des deux chercheurs de l'INSPQ responsables du projet, Mme Angèle Bilodeau et M. Denis Allard.

Il a aussi été proposé et accepté qu'un comité de pilotage soit créé pour chacun des cas analysés afin de garantir une évaluation adéquate du cas choisi, à la fois dans les sources d'information qui permettent d'en rendre compte et dans les résultats d'analyse et d'interprétation qui sont tirés de cette information. Pour le cas exemplaire du déploiement du programme *Naître égaux – Grandir en santé* dans la région des Laurentides, le comité de pilotage a la composition suivante : Mesdames Louise Picard et Rolande Pelneault, du CLSC des Hautes-Laurentides, Madame Thérèse Bouchez, de la Direction de santé publique des Laurentides, Mme Lyne Jobin de la Direction générale de santé publique du MSSS, et l'équipe de recherche, soit Mme Angèle Bilodeau, M. Denis Allard et Mme Chantal Lefebvre de l'Institut national de santé publique du Québec.

À cause de la demande même d'évaluation qui vient du MSSS et qui vise à apprécier l'effet d'orientation générale des principes directeurs sur le partenariat et l'engagement des communautés dans la mise en œuvre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le caractère participatif du projet d'évaluation ne se situe pas au niveau du questionnement initial. En cela, notre projet se rapproche plus d'une évaluation centrée sur l'utilisation (Patton, 1997) qui identifie clairement un utilisateur privilégié, ici les directions de santé publique du MSSS et des régies régionales, avec lesquelles la perspective de recherche et les résultats attendus ont été négociés. Avec la création d'un comité de pilotage du projet qui participe aux décisions sur le choix des cas exemplaires et à l'analyse comparative finale pour des fins d'utilisation des résultats, nous nous approchons de l'évaluation participative pragmatique telle que définie par Cousins et Whitmore (1998). Ce type d'évaluation implique des acteurs organisationnels dans l'orientation et la traduction des résultats d'évaluation à des fins utilitaires par opposition à une évaluation participative émancipatrice qui vise plus l'*empowerment* des bénéficiaires ou des exclus d'un programme. Cela ne signifie pas que notre projet, en ayant des retombées d'amélioration des pratiques planificatrices et de partenariat, ne pourra pas avoir d'effet d'*empowerment* sur les bénéficiaires et les exclus, mais il n'est pas conçu pour produire cet effet en cours de processus d'évaluation. Par ailleurs, les concepteurs, les gestionnaires et les intervenants, surtout ceux des comités de pilotage des cas exemplaires, pourront certainement profiter des effets d'habilitation de leur participation à la démarche d'évaluation pour la suite de leur implication dans le programme évalué. Mais dans le présent projet, l'objectif de la participation dans un comité de pilotage est de tirer des conclusions utilisables par une majorité d'acteurs pour le plus grand nombre possible de programmes actuels et futurs.

Le rôle qu'on demande de jouer aux membres des comités de pilotage des cas est de ce point de vue fondamental. Bien que le cadre théorique et les méthodes de recherche aient été définis au départ en accord avec le prescripteur de l'évaluation, les comités de pilotage des cas ont la responsabilité de valider l'analyse tirée du matériel recueilli sur le terrain par les chercheurs en confrontant cette analyse à leurs connaissances, leurs expériences et leurs propres interprétations (Rebien, 1996). Les comités de pilotage ont donc un rôle majeur à jouer dans le produit final qui sera diffusé puisque les chercheurs s'engagent à tenir compte de leurs demandes de modifications et d'ajustements, et si la chose s'avère

impossible, à mentionner les limites exprimées. On admet volontiers dans les écrits que le chercheur puisse jouer un rôle de « critique » (Rallis, 2001) de la qualité d'un programme en appliquant sa propre grille d'appréhension de la réalité. Il devient tout aussi pertinent que, dans un comité de pilotage, les autres acteurs puissent avoir le même droit face aux chercheurs. Le défi d'un comité de pilotage devient alors de créer cet espace de dialogue qui est plus qu'un simple échange d'arguments mais qui permet une véritable délibération (House et Howe, 2000), cherchant à fonder l'argumentation sur des preuves empiriques ou logiques et permettant de la faire progresser vers une compréhension commune plus nuancée et des choix pour l'action (Edelenbos et Van Eeten, 2001). Il demeure aussi fondamental que les traces de ce travail de véritable dialogue puisse trouver leur place dans le rapport d'évaluation.

Dans cette perspective, les travaux des comités de pilotage qui portent sur la critique des rapports préliminaires de recherche se déroulent en quatre étapes :

1^e) Envoi du rapport de recherche sur le cas aux membres du comité et lecture du document avec le questionnement suivant :

- Êtes-vous en accord ou non avec l'analyse produite sur les pratiques de planification et de partenariat de ce cas? Quelles objections et quelles nuances apporteriez-vous?
- Êtes-vous en accord ou non avec le jugement porté sur la qualité des résultats atteints dans ce cas? Quelles objections et quelles nuances apporteriez-vous?
- Êtes-vous en accord ou non avec l'interprétation qui est faite du lien entre les pratiques et la qualité obtenue? Avez-vous une autre interprétation ou des précisions à apporter à celle qui est fournie par les chercheurs?

2^e) Première rencontre du comité où les membres énoncent leurs commentaires, où les chercheurs apportent les précisions qui sont utiles et disponibles, où une décision est prise sur les corrections possibles du rapport.

3^e) Envoi du document corrigé aux membres du comité avec indication des modifications effectuées et intégration des traces de délibération.

4^e) Échange final visant à valider le document révisé et à obtenir un consensus autour de sa publication. Élaboration des premières pistes quant à la portée des résultats, en préparation de l'analyse comparative des cas.

La possibilité de rendre compte des délibérations dans le rapport final n'oblige pas à obtenir un consensus total pour la publication du rapport. Elle n'oblige qu'à faire état des divergences d'opinion qui subsistent à la fin des discussions et qui ne trouvent pas de solutions dans les données empiriques disponibles à ce moment.

Dans le cas *NÉGS*, le rapport de recherche a été acheminé pour validation au comité de pilotage le 29 juillet 2002 et la première rencontre du comité de pilotage a été tenue le 18 octobre 2002. Le rapport a été bien accueilli dans son ensemble mais il a été retenu que des ajustements mineurs étaient requis à la description qui était faite des pratiques planificatrices. Au cours de décembre 2002 et février 2003, les corrections ont été faites et le rapport portant les traces des modifications a été acheminé au comité de pilotage le 27 mars 2003. Les derniers échanges de validation des corrections se sont faits par voie électronique et téléphonique en mai-juin 2003 et ont donné lieu à un consensus sur la publication de l'étude.

DEUXIÈME PARTIE

L'ANALYSE INTERNE DU CAS : LE DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME *NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ* DANS LES LAURENTIDES

L'étude de ce cas s'étend sur trois ans, de 1998 à 2001, concordant avec les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Le fil conducteur de la présentation du cas est le suivant. Nous présentons d'abord, au **chapitre IV**, le contexte du déploiement du programme de même que les acteurs qui sont concernés, pour la période étudiée. Le contexte étant posé, nous présentons au **chapitre V** la structuration du programme dans les Laurentides.

Le chapitre V organise l'information autour de l'évolution du sociogramme et du technogramme. Le sociogramme y est présenté sous les aspects de la problématisation (façon de poser le problème et les solutions) et de l'intéressement des acteurs (stratégies déployées par les acteurs pour susciter l'adhésion à leur problématisation), des convergences et des divergences de points de vue, voire des controverses, de même que leur négociation et leur issue (résolution ou non résolution). Puis, les arrangements de coopération auxquels parviennent les acteurs sont décrits de même que le technogramme issu de ces arrangements, pour la période afférente, le technogramme étant le produit observable (les plans et activités), modulé par la façon dont les acteurs négocient leurs rapports et notamment leurs conflits pour produire l'action.

Enfin, nous présentons, au **chapitre VI**, le niveau de qualité du programme et l'élaboration des liens entre ce niveau de qualité et les processus mobilisés.

CHAPITRE IV : LA MISE EN CONTEXTE DU DÉPLOIEMENT DU PROGRAMME ET SES ACTEURS

1 LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT ET DE DÉPLOIEMENT DE NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ

Les années 1970 ont vu naître et se développer le système de santé communautaire au Québec. La santé maternelle et infantile en a été le premier domaine d'intérêt en donnant lieu, en 1973, à la première politique québécoise de périnatalité, qui fut d'ailleurs la première politique de santé préventive à être adoptée au Québec. La situation de la périnatalité de l'époque au Québec l'exigeait. La Commission Castonguay-Nepveu (1970) révélait un taux de mortalité infantile parmi les plus élevés du Canada; des taux de mortalité infantile très supérieurs dans les régions éloignées du Québec par rapport aux régions plus urbanisées, et plus élevés dans les zones urbaines pauvres par rapport aux zones plus favorisées; et de surcroît, des écarts considérables entre les hôpitaux du Québec quant aux taux de mortalité périnatale¹⁹.

La décennie 1970 fut consacrée à une réorganisation des soins obstétricaux hospitaliers et à la mise en place à travers tout le Québec (entre 1975 et 1978) du programme universel des cours prénatals par le biais des Départements de santé communautaire (DSC) et par la suite, des CLSC. Les bilans évaluatifs de 1980 montraient l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité maternelle et périnatale mais ne montraient aucun gain au niveau de la réduction de la prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et de l'insuffisance pondérale (moins de 2 500 grammes à la naissance). Et différents rapports²⁰ étaient là pour rappeler que les progrès dans la réduction de la mortalité périnatale n'avaient pas réussi à effacer les écarts entre les milieux les plus pauvres et les mieux nantis. De façon concomitante, l'évaluation des cours prénatals montrait que ceux-ci ne rejoignaient pas les femmes qui en avaient davantage besoin, celles des milieux les plus défavorisés. Ce qui indiquait la voie au développement de la décennie suivante, celle des inégalités à la naissance et des programmes ciblant les milieux à risques élevés au plan social.

Dès lors, les DSC et CLSC commencent à orienter leurs programmes vers les femmes des milieux défavorisés. Le Ministère commande une série d'avis en périnatalité en vue d'orienter la deuxième politique de périnatalité du Québec (1993). L'un de ces avis, *Naître égaux et en santé* (Colin et al., 1989), produit par le Comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse des DSC, est consacré aux inégalités à la naissance et comporte un *Programme intégré de services en périnatalité* auprès des femmes de milieux défavorisés, inspiré des « Comprehensive perinatal care » expérimentés aux États-Unis. Ce programme vise à réduire le taux de nouveau-nés de poids insuffisant et pour cela, à assurer aux femmes enceintes de milieux défavorisés un soutien global et personnalisé par une intervenante privilégiée.

¹⁹ La mortalité périnatale est le taux de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de 7 jours pour 1 000 naissances vivantes et mortinaissances. La mortalité infantile est le taux de décès d'enfants de moins d'un an par 1000 naissances vivantes.

²⁰ Conseil des Affaires sociales, 1983, 1984; Pelchat Y., Wilkins R., 1986.

Par ailleurs, des organismes, certains depuis plusieurs années, ont développé des interventions préventives en périnatalité auprès des milieux défavorisés. Le Dispensaire diététique de Montréal (dès 1940) fait ici figure de précurseur de l'intervention nutritionnelle adaptée à ces femmes. Des CLSC et des organismes communautaires ont aussi mis en place différentes initiatives, dont les projets OLO²¹. On voit alors naître au DSC Maisonneuve-Rosemont le premier programme intégré de services périnataux systématisés, qui deviendra *Naître égaux – Grandir en santé (NÉGS)* (Martin et al., 1995). Ce DSC en a coordonné à compter de 1989 l'implantation dans trois régions du Québec, l'est de Montréal (quatre CLSC), l'Outaouais et l'Abitibi (trois autres CLSC), assortie d'une évaluation de l'implantation et des effets. Après quatre années d'expérimentation de *NÉGS* (1989-1994), c'est 34% des femmes enceintes sous-scolarisées (< 11 ans) des sept territoires d'implantation qui y furent rejointes (Boyer, 1994)²².

Si, au cours de la décennie 1980, des gains ont continué d'être enregistrés au niveau de la mortalité périnatale et infantile, ramenant alors le Québec à une position comparable à celle de la plupart des pays occidentaux, au chapitre de la prématurité et de l'insuffisance pondérale, le Québec affiche toujours un retard au début des années 1990²³. Et cette mauvaise performance continue de cacher des écarts entre milieux pauvres et mieux nantis²⁴. Devant cette situation, la deuxième *Politique de Périnatalité* du Québec (1993) maintient le cap sur les services intensifs et adaptés auprès des milieux défavorisés. La politique identifie la pauvreté comme un puissant facteur déterminant l'issue de la grossesse et évoque la nécessité de mesures socioéconomiques visant à s'attaquer aux inégalités sociales. Elle propose à cet égard un travail interministériel en vue d'un plan d'action gouvernemental. Dans son domaine de compétence, la politique table sur des mesures de réduction des conséquences de la pauvreté par une amélioration du système de soins de santé et de services sociaux, particulièrement par le développement d'approches novatrices où figurent les programmes intégrés de prévention en périnatalité, de type *Naître égaux – Grandir en santé (NÉGS)*, qui s'adressent en priorité aux femmes enceintes des milieux défavorisés. La politique reprend ici les mesures mises de l'avant un an plus tôt dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a).

²¹ Suppléments alimentaires Oeuf-Lait-Orange et certains des éléments du Programme intégré de services en périnatalité -information sur la grossesse et l'accouchement, soutien.

²² L'étude d'implantation du programme indique que 70% des femmes rejointes n'étaient pas connues de leur CLSC. Ce qui montre l'ampleur du défi pour les CLSC de rejoindre ces familles (Martin et al., 1995).

²³ De 1980 à 1991, la mortalité périnatale est passée de 11,5 à 8,0 et la mortalité infantile est passée de 9,6 à 5,9. Le Québec n'est dépassé que par le Japon (4,6), Singapour (5,5), la Suède (5,6) et la Finlande (6,1) (taux pour 1 000). Cependant, de 1980 à 1991, le taux d'insuffisance pondérale n'a que très légèrement diminué (6,5% à 5,8%) et le taux de prématurité est passé de 5,7% à 6,7%. Pendant ce temps, avec un programme énergique, la France ramenait son taux de prématurité de 6,8% en 1981 à 4,8% en 1988-1989, alors que le taux d'insuffisance pondérale est en deçà de 5% depuis plusieurs années dans la plupart des pays européens (MSSS, 1993). Des données québécoises plus récentes montrent que le taux d'insuffisance pondérale a continué de décroître en 1992 et 1993 (5,65%) pour remonter en 1994 (5,89%) (Joseph et al., 1997). Le récent portrait de santé des québécois (p. 43), produit par l'INSPQ (2001) fait état, pour la période 1996-1998, d'un taux de mortalité infantile de 5,2 pour 1000 naissances vivantes et de mortalité périnatale de 7,1 pour 1000 naissances totales. Ce portrait indique également, pour la période 1996-1998, un taux de naissance de faible poids (- de 2500 g) de 6%, un taux de naissance prématurée de 7,2 % et un taux de naissance ayant un retard de croissance intra-utérin de 8,6%.

²⁴ Le taux d'insuffisance pondérale est de 10% chez les québécoises pauvres, un taux comparable à celui des pays en voie de développement tels le Sénégal, le Tchad ou la Jamaïque, alors que les québécoises les plus favorisées obtiennent des taux autour de 4%, comparables à ceux des pays les plus avancés comme la Finlande ou la Suède (Pelchat & Wilkins, 1986). De façon générale les nombreuses études européennes et américaines sur le sujet montrent qu'en milieu de pauvreté, la prématurité y est une fois et demie plus élevée, l'insuffisance pondérale à la naissance y est du double, de même que la mortalité périnatale et infantile (Colin et Desrosiers, 1986, cité dans Comité Famille-Enfance-Jeunesse des DSC, 1992).

1.1 Un programme qui se développe suivant la tendance états-unienne des programmes communautaires globaux, tout en la dépassant

Ainsi, *NEGS* découle d'une politique où des problèmes parmi les plus importants, tels la sous-scolarisation, l'insuffisance de revenu et les inégalités sociales, qui déterminent l'état de santé et de bien-être des familles, se trouvent écartés à titre de problèmes pour être considérés comme des facteurs de vulnérabilité qui affectent certains groupes sociaux, avec d'autres facteurs tels l'absence d'information ou les risques environnementaux du milieu de vie, les habitudes de vie, le peu de recours aux mesures préventives, facteurs de vulnérabilité qui commandent des mesures compensatoires. La *Politique de périnatalité* de 1993 (renouvelée dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*) ne s'intéresse ainsi qu'aux problèmes qui peuvent être considérés par les services sociaux et de santé. Cette vision des problèmes et des solutions reproduit ici le modèle de plusieurs politiques et programmes publics du domaine social.

Pour mieux comprendre l'esprit de cette politique et du programme *NEGS*, il faut tenir compte de l'intensité de la pauvreté. On distingue ici le seuil de grande pauvreté qui est fixé à 60% du seuil de pauvreté et en dessous duquel, en 1991, vivait 10% de la population québécoise, extrême pauvreté qui comporte aussi des dimensions sociales et culturelles²⁵. C'est cette frange de la population, qui tend à demeurer de façon permanente dans la pauvreté, qui est particulièrement visée par les programmes de type *NEGS*. L'appartenance au milieu défavorisé augmente l'importance de tous les facteurs de risques associés à une issue de grossesse défavorable (facteurs biologiques, habitudes de vie, environnement social, recours et adéquation des services de santé) et les conséquences de la pauvreté chez les enfants apparaissent très tôt, en termes de retards de développement, de troubles du langage, de difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Et à cause d'une progression plus grande de la pauvreté chez les groupes sociaux les plus susceptibles d'avoir des enfants (les jeunes et les femmes) et d'une fécondité plus élevée chez les femmes de milieux défavorisés, la population cible de tels programmes tend à s'accroître.

La *Politique de périnatalité* de 1993 et le programme *NEGS* qui en découle se situent dans la tendance canadienne et états-unienne des États qui, devant l'accroissement de la pauvreté, cherchent par des mesures sélectives à réduire les conséquences de cette pauvreté, et surtout à en réduire les conséquences chez les enfants. Si, en 1998, le Canada figure en première place dans l'échelle de développement humain des Nations Unies, il figure bon dernier, avec les États-Unis, en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux enfants²⁶ et il est, toujours avec les États-Unis, le pays qui investit

²⁵ « On parle de « précarité quand il y a absence d'une ou plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes ou aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Ainsi, les chômeurs, les travailleurs à emplois précaires et à petits salaires, les chefs de familles monoparentales, les personnes vivant en région éloignée et appauvrie, les immigrants, etc, se retrouvent en situation de précarité. Cependant, « quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger et devient persistante, elle engendre la grande pauvreté. Elle compromet alors gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (définitions du mouvement ATD-Quart Monde) » (Colin, 1992, p. 14).

²⁶ Selon les données du Conseil canadien de développement social (1996), un enfant sur cinq au Canada vit sous le seuil de la pauvreté. Les données recueillies dans le cadre du Forum national sur la santé des Canadiens (1996) montrent que ce taux est de trois enfants sur cinq dans les familles monoparentales. Au Canada, 45% des familles monoparentales vivent sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 20% au Royaume-Uni et 15% en France (Renaud, 1997).

le moins dans des politiques d'aide à la famille²⁷. L'État québécois²⁸ pour sa part prenait position dans la lutte à la pauvreté des familles en adoptant en 1997 deux projets de loi, dans le sillon de sa récente politique familiale (1997). L'un porte sur les prestations familiales et comporte des crédits d'impôt pour enfants et des allocations visant les familles à faible revenu. L'autre consiste en la création des Centres à la petite enfance (0-4 ans), largement financés par l'État (5\$/jour payés par les parents) et dont l'usage est gratuit pour les prestataires de la sécurité du revenu.

L'État canadien intervient quant à lui principalement dans le cadre de deux programmes communautaires, le *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)* et le *Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)*, gérés en partenariat avec les provinces et territoires. Ces programmes, mis en place à partir de 1994, visent à réduire les effets de la pauvreté chez les enfants, et notamment l'insuffisance pondérale à la naissance, en intervenant auprès des mères de milieux très défavorisés par des actions communautaires axées sur l'alimentation et l'allaitement. Ils recoupent une partie des actions visées dans le programme *Naître Égaux – Grandir en santé*, en ce qui a trait au volet de suivi individuel en période pré et post natale. *NEGS* dépasse ces programmes particuliers en ce qu'il comporte des stratégies à la fois d'*empowerment*, d'action intersectorielle et d'influence sur les politiques publiques, adoptant en cela une approche écologique d'intervention.

1.2 Le déploiement de *NEGS* dans le cadre des Priorités nationales de santé publique 1997-2002

En 1997, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* s'inscrivent en soutien des objectifs énoncés dans *La Politique de la santé et du bien-être* de 1992 et formulent des résultats attendus pour 2002. Elles viennent réitérer l'importance d'agir en amont des problèmes de santé, avant que ne se manifestent les difficultés. Le MSSS maintient sa position en soutenant que l'objectif de services intensifs et adaptés auprès des familles en situation d'extrême pauvreté n'est pas encore atteint. Il recommande l'extension du soutien aux parents jusqu'à deux ans après la naissance et la mise en place de programmes de développement cognitif, affectif et social des enfants d'âge préscolaire. Surtout, il faut que le réseau sociosanitaire réussisse à rejoindre précocement et davantage les parents en situation d'extrême pauvreté.

Suivant les expériences et les premières évaluations réalisées dans les régions d'Abitibi et de Montréal-Centre, précurseurs de l'application du programme, c'est maintenant toutes les régions du Québec que les *PNSP* appellent à emboîter le pas et à mettre en place des mesures intensives, de type *NEGS*, s'adressant à la tranche de la population se trouvant en situation de grande pauvreté et d'exclusion (GPE). Les deux premiers effets attendus du programme sont 1) de rejoindre au moins 50% de la clientèle visée (femmes enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté) et 2)

²⁷ Le Canada investit 0.9% de son PNB dans des services ou des bénéfices pour les familles, comparé à 2 à 3% dans les pays d'Europe. Au Canada, investir 1% de plus du PNB signifierait d'ajouter 7 milliards \$ dans de telles politiques (Renaud, 1997).

²⁸ L'effort budgétaire du Québec pour venir en aide aux enfants est de loin le plus important au Canada. Il est, per capita, de plus de trois fois l'effort de la Colombie Britannique et de plus du double de celui de l'Ontario (site Internet du Gouvernement du Québec, dans DSP, juillet 1997).

qu'en 2002, tous les territoires de CLSC offrent le service. La mesure de l'atteinte de ces objectifs se fait par le biais du monitoring associé aux *PNSP*. On espère ainsi que l'application du programme engendrera les effets pour lequel il a été conçu, s'il réussit à rejoindre la clientèle visée.

À ce jour, les résultats de l'étude évaluative portant sur les effets de la phase prénatale du programme montrent que l'on obtient ici des résultats comparables à ceux engendrés par les programmes états-uniens du même type. L'essai randomisé conduit entre 1994 et 1998, auprès de 1 340 femmes des dix territoires de CLSC pilotes de Montréal-Centre et d'Abitibi Témiscamingue, indique que près de 50 % des femmes enceintes défavorisées ont été rejointes par le programme (Boyer et al., 2001a)²⁹. Le programme n'a toutefois pas davantage d'effets sur la réduction de la prématurité, du retard de croissance intra-utérine et de l'insuffisance pondérale à la naissance qu'un programme de distribution de suppléments alimentaires jumelé aux services courants. Ce résultat reflète d'ailleurs les résultats observés dans toutes les études randomisées portant sur le même type d'intervention. Les résultats de l'étude indiquent que le programme n'agit pas non plus sur la réduction du tabagisme. C'est plutôt du côté des bénéfices psychosociaux pour les mères que le programme enregistre des gains modestes, notamment l'accès à un plus grand soutien social, en complément du soutien du réseau habituel, et un effet protecteur du programme à l'endroit des symptômes dépressifs en période postnatale. On relève par ailleurs que les femmes ayant bénéficié du programme ont tendance à allaiter davantage, qu'elles consomment plus de produits laitiers, de légumes et de vitamines et qu'elles ont tendance à faire moins d'anémie postnatale (Boyer et al., 2001a). Dès lors, ses concepteurs et promoteurs voient le programme comme un chantier de recherche-action permettant de réfléchir aux voies d'intervention les plus prometteuses quant aux problématiques à résoudre en lien avec les effets de la pauvreté des mères et des familles sur la santé et le développement des enfants.

Ainsi, tout en constatant les limites des programmes communautaires globaux à atteindre les résultats escomptés, l'*Avis sur le déploiement de NÉGS* de l'INSPQ (Boyer & Laverdure, 2000) recommande la poursuite du programme et encourage ses promoteurs à en améliorer l'efficacité. De concert avec cette orientation, le Groupe de Travail National *Naître Égaux – Grandir en santé* (GTN - *NÉGS*)³⁰, créé afin de soutenir le déploiement de *NÉGS* dans le cadre des *PNSP*, se dote d'un comité ayant comme mandat de se pencher sur le contenu du programme, dans une perspective d'amélioration de l'action.

Développé par une Direction régionale de santé publique, le programme *Naître Égaux – Grandir en santé* est donc maintenant appelé, par une remise à niveau réalisée conjointement par les acteurs des différentes régions sociosanitaires, non seulement à un déploiement mais également à un développement renouvelé, grâce notamment à l'intervention de l'INSPQ et du GTN - *NÉGS*, au palier central-régional. Il s'agit maintenant d'un emblème dans le domaine de l'intervention en périnatalité qui, par la mise en valeur d'une approche écologique et communautaire, a commencé d'imprégner dans les territoires une vision intégrée de la périnatalité.

²⁹ L'amélioration des stratégies de recrutement de la clientèle expliquerait cette percée dans le recrutement. On observe aussi un taux élevé de rétention des participantes au sein de l'étude (91%).

³⁰ Ce groupe de travail réunit des professionnelles de toutes les Directions de santé publique du Québec, du MSSS ainsi que de l'INSPQ.

Défendant le paradigme de programme intégré, *Naître égaux – Grandir en santé*, premier programme de ce type en périnatalité au Québec, doit composer en cours de mise à jour et de déploiement avec une nouvelle initiative gouvernementale d'envergure, fondé sur les mêmes bases théoriques, le *Programme de Soutien aux jeunes parents (PSJP)*³¹. Ce nouveau programme, introduit de prime abord en parallèle, cible une population plus spécifique que *NÉGS*, soit les parents de moins de vingt ans faisant face à des difficultés multiples, et doit s'implanter en s'associant les mêmes intervenants. Le défi du déploiement de *NÉGS* est dès lors la mise en valeur du paradigme d'intervention sur lequel il fut bâti en dépit à la fois de ses limites à atteindre certains de ses objectifs, de l'absence de financement dédié et dans le contexte de l'implantation d'un autre programme gouvernemental dans le même champ, bénéficiant d'un financement dédié.

2 LA CONSTITUTION DU RÉSEAU

Naître égaux – Grandir en santé est un programme public qui se veut être aussi un programme communautaire en ce qu'il souhaite, par l'action intersectorielle, mobiliser les communautés autour de la cause des enfants et des familles en situation de pauvreté. Son déploiement opère en deux paliers, d'abord du central au régional où sont engagées les instances publiques, directions générale et régionales de santé publique, puis du régional au local où sont sollicitées les instances publiques, directions régionales de santé publique et CLSC, et les organismes communautaires et leurs instances régionales.

2.1 Premier palier : le central-régional

2.1.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux et sa Direction générale de santé publique

Au palier central, le **ministère de la Santé et des Services sociaux** est chargé de déterminer les grandes priorités, les objectifs et les orientations en matière de santé et de services sociaux et de veiller à leur application. Il doit notamment 1^o) établir les politiques; 2^o) voir à leur mise œuvre et à leur évaluation; 3^o) répartir équitablement les ressources entre les régions et 4^o) assurer la coordination des programmes de santé publique et prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection de la santé publique (MSSS, 2002, p. 7)³². C'est la **Direction générale de santé publique** qui assure l'élaboration et l'actualisation des orientations du MSSS en matière de santé publique en vue de l'amélioration, de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être de la population. Elle assure, entre autres, la conception, la coordination et l'évaluation des priorités et de l'actuel *Programme national de santé publique* en concertation avec les partenaires du ministère (MSSS, 2002, p. 29). La DGSP est donc

³¹ Dans la foulée du Sommet de la jeunesse de 1999, un investissement de 22M\$ est annoncé pour le développement et la mise en œuvre de ce programme, sur plusieurs années. Le *PSJP* est destiné aux jeunes familles confrontées à divers problèmes, dont la toxicomanie. Il permet à ces dernières de bénéficier d'un soutien intense et continu, à compter de la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant, soit à l'âge de cinq ans, ceci afin d'améliorer les chances de développement sain et sécuritaire des jeunes enfants.

³² Pour les autres fonctions que doit assumer le MSSS, référer à : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (mai 2002). Plan d'organisation administrative du MSSS. Québec : Gouvernement du Québec, 58 p.

porteuse des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et du déploiement de *Naître Égaux – grandir en santé*.

Pour la DGSP, la mise en place des *PNSP* et l'atteinte des résultats constituent un passage vers l'actuel *Programme national de santé publique* qui vise une action de santé publique davantage coordonnée à l'échelle nationale. Eu égard à ces objectifs, l'enjeu pour la DGSP réside dans l'atteinte par les régions des résultats anticipés dans les priorités, soit, dans le cas de *NEGS*, d'atteindre 50 % de la clientèle visée par les trois mesures du programme, et ce malgré l'absence d'un financement additionnel dédié. Plutôt, on s'appuie sur le financement rendu disponible dans le cadre de transferts réalisés en lien avec le virage Prévention – Promotion, lié à la reconfiguration du réseau découlant de la loi 120 (1991).

De façon plus générale, l'influence du MSSS se fait sentir dans le déploiement du programme par les recommandations formulées par la Commission Clair (2000) pour le financement et l'organisation des services de santé, où la prévention occupe une place importante³³. Eu égard aux enfants et aux jeunes, la Commission adhère aux conceptions proposées dans les avis antérieurs (MSSS, 1991³⁴) sur l'intervention précoce auprès des tout-petits, soulignant la vulnérabilité des enfants issus des milieux défavorisés, plus nombreux à naître avec un poids insuffisant et à mourir en bas âge, ainsi que sur la grossesse à l'adolescence également plus fréquente dans les milieux pauvres et désorganisés. En lien avec ces enjeux, la Commission propose « *Des services préventifs auprès des femmes enceintes, des nouveaux parents et des jeunes enfants (0-5 ans) vivant en milieu défavorisé* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 41). La Commission recommande également une offre de services de base pour les jeunes et les familles ainsi que la mise en place de réseaux de services intégrés pour des clientèles spécifiques³⁵.

Au chapitre du financement, la Commission Clair (2000) recommande de mettre en place une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur, se disant favorable à la reconnaissance de la contribution générale du tiers secteur à l'équilibre du système de services sociosanitaires et à sa pleine participation dans la vie du réseau³⁶. Cette reconnaissance devrait se matérialiser par un partenariat renouvelé par lequel le MSSS et ses différents partenaires gouvernementaux prendraient les mesures nécessaires pour favoriser son épanouissement et sa maturité (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 179)³⁷.

³³ Au chapitre de l'organisation des soins, « l'urgence de prévenir » est en effet la première recommandation mise de l'avant par la Commission qui propose ni plus ni moins qu'une refonte des modalités de l'offre de services autour de la prévention des problèmes sociaux et de santé, de la continuité et de l'intégration des services.

³⁴ De l'avis de la Commission, il faut maintenir le cap sur une intervention précoce, tel que le proposait, dès 1991, le rapport *Un Québec fou de ses enfants*, qui indiquait que : « À tout prendre, vaut mieux intervenir d'abord massivement dans le milieu des tout-petits » (MSSS (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du groupe de travail sur les jeunes. Cité in *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, 2000, p. 40).

³⁵ Ces clientèles sont 1^e) les personnes âgées en perte d'autonomie; 2^e) les personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale et 3^e) les personnes ayant des maladies complexes, souvent de nature chronique.

³⁶ On précise que le tiers secteur est : « *Soucieux et jaloux, à bon droit, de son autonomie, il est un partenaire efficace et incontournable dans la production de services* » et qu'il « ... est souvent celui qui intervient le plus sur le plan des déterminants de la santé, c'est-à-dire du côté social de la réalité sanitaire » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 178).

³⁷ Dans la stratégie de financement des besoins prioritaires proposées par la Commission, on indique : « *Le partenariat avec le tiers secteur et les entreprises privées augmentera les services à la personne et à la communauté, accélérera les investissements et diminuera le recours à des fonds publics* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 193).

Recommandant la mise en place de réseaux de services intégrés de 1^{ère} ligne, la Commission Clair précise, au chapitre de la gouvernance, que « *Ce changement oblige à une action concertée de tous les acteurs et établissements chargés de dispenser ces services sur son territoire, notamment les CLSC, les cabinets de médecins, les CHSLD, les hôpitaux dits de proximité et les organismes communautaires* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 227). Dans la même foulée, la Commission recommande la reconnaissance de la contribution des organismes communautaires et propose 1^o) que les établissements et les régies régionales reconnaissent la contribution essentielle des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des coopératives dans le secteur de la santé et des services sociaux et 2^o) définissent avec eux de nouvelles modalités permettant d'évaluer les résultats de leur prestation spécifique de services à la population (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 229)³⁸.

Ces recommandations donneront le ton aux orientations subséquentes qui seront prises par le MSSS. Ainsi, l'importance de la prévention – promotion sera-t-elle réitérée dès février 2001 ainsi que la volonté du gouvernement d'agir, par des programmes spécialisés, dans des services à la jeunesse destinés aux plus vulnérables³⁹, dont le *Programme de Soutien aux jeunes parents (PSJP)*⁴⁰. En ce qui concerne les organismes communautaires, le MSSS indique qu'ils demeurent ses partenaires privilégiés, mais qu'il appartient au ministère de l'emploi et de la solidarité (MES) de baliser ce partenariat, alors qu'il est à élaborer une politique gouvernementale sur l'action communautaire⁴¹. La question des réseaux de services intégrés avec le secteur communautaire, recommandés par la Commission, sera par ce biais ni plus ni moins qu'évitée par le MSSS qui retournera l'enjeu au MES.

Pour le déploiement du programme *NÉGS* dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et en ce qui concerne l'enjeu évident de son financement, les recommandations de la Commission Clair et sa préoccupation pour la prévention auprès des enfants et des jeunes créeront une ouverture pour la structuration et la consolidation de l'action préventive réalisée sur le terrain, notamment auprès des mères les plus démunies.

³⁸ On précise que : « *Les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les coopératives jouent un rôle essentiel dans le secteur de la santé et des services sociaux. Certains oeuvrent dans le domaine de la promotion et de la défense des droits des personnes, d'autres offrent des services complémentaires à ceux des établissements du réseau. Ces organismes sont nés de la solidarité collective et des besoins de la communauté. Ils ont leurs caractéristiques propres et une autonomie, ce qui constitue leur richesse. Lorsqu'ils offrent des services au réseau et qu'ils sont financés par le réseau, justement pour ces services, ils doivent toutefois être responsables et imputables de leurs résultats* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 229).

³⁹ Allocution de Madame Pauline Marois et de Monsieur Gilles Baril à l'occasion d'une conférence de presse sur leurs grandes orientations en matière de santé et de services sociaux, le 26 février 2001.

⁴⁰ Le ministre Baril, délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, indique que, non seulement l'accent est mis sur la prévention et les services de première ligne, mais également sur des services spécialisés, tel le projet 0-5, initié dans la foulée du Sommet de la jeunesse. Il annonce que « *Très bientôt, 3000 jeunes familles par an, des familles qui sont confrontées à diverses difficultés comme, par exemple, la toxicomanie, pourront compter sur un soutien intense et continu. La jeune mère sera suivie dès sa grossesse et jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant, à l'âge de 5 ans, pour ainsi améliorer les chances de développement sain et sécuritaire des jeunes enfants* » (Allocution de Madame Pauline Marois et de Monsieur Gilles Baril à l'occasion d'une conférence de presse sur leurs grandes orientations en matière de santé et de services sociaux, le 26 février 2001).

⁴¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (Septembre 2001). Politique gouvernementale. L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec. Québec : Gouvernement du Québec, 59 p.

Ainsi, pour la DGSP, les enjeux associés au déploiement du programme *Naître Égaux – Grandir en santé* et à sa mise à niveau par le GTN - *NEGS* seront de défendre auprès du MSSS la pertinence du maintien du programme. Et ceci, en dépit des résultats mitigés de l'étude sur les effets de la phase prénatale et dans le contexte du développement en parallèle du *PSJP* (ou projet 0-5 ans), au sein même du réseau, mais transitant par une autre direction du MSSS (Direction des services à la population). Ce nouveau programme (en devenir) bénéficie de fonds qui lui sont dédiés, provenant directement du palier central, tandis que sa légitimité, au plan des services à la population, s'appuie notamment sur le fait qu'un grand nombre de jeunes se trouvent en difficulté dans les CJ, aux prises avec de multiples problématiques, créant un engorgement des services et révélant les limites, pour la santé des jeunes, d'une approche par gestion de crises. Par contre, au plan du contenu, ce programme en élaboration tend à s'inspirer de plus en plus des moyens et des acquis développés du côté de *Naître Égaux – Grandir en santé*. En même temps, suite à l'évaluation des effets du volet prénatal de *NEGS* et à l'*Avis* de l'INSPQ sur son déploiement (février 2000), un vaste chantier de travail a été mis en place pour réaliser la mise à jour du programme. Le but de ce chantier est de maintenir les acquis et de renforcer le programme de manière à atteindre l'ensemble des objectifs de santé et de bien-être visés. C'est donc le rôle et la place de *NEGS* dans la programmation centrale en périnatalité, et un arrimage avec le *PSJP*, que la DGSP doit défendre auprès du MSSS, sur la base de l'expertise de la santé publique dans le domaine.

2.1.2 L'Institut national de santé publique du Québec

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a pour mission la construction des savoirs et la transformation des pratiques en santé publique, depuis sa création en 1998. Par la mise à contribution de l'expertise en programmation de ses professionnels et chercheurs, l'Institut agit en soutien aux acteurs ministériels et régionaux de santé publique. Pour le déploiement des programmes de type *Naître - Égaux Grandir en santé* au Québec, ce soutien donne lieu à l'*Avis sur le déploiement* (Boyer & Laverdure, 2000) adressé à la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP). L'INSPQ prendra part au groupe de travail provincial (GTN - *NEGS*) entourant le déploiement et la mise à niveau du programme au Québec, à mesure que la TCNSP exprimera le besoin d'être alimentée pour une prise de décision éclairée en regard du déploiement de ce programme.

L'intérêt de l'INSPQ au dossier du déploiement du programme, qu'il partage avec ses partenaires régionaux et ministériel, est de trois ordres. D'abord, contribuer à la mise à jour de *NEGS* après dix ans d'expérimentation, de sorte à fournir une perspective sur la portée des résultats et identifier les bénéfices encourus par l'implantation du programme. Le second intérêt ou enjeu est, par le transfert de connaissances, de contribuer à l'appropriation du programme par les acteurs régionaux (DSP). Un troisième intérêt est de soutenir l'élaboration du *PSJP*, en même temps que la mise à jour de *NEGS*, avec l'optique d'harmoniser leurs paradigmes d'intervention et d'éviter les dédoublements dans la mise en oeuvre.

2.1.3 Le Groupe de travail national *Naître Égaux – Grandir en santé* (GTN-*NÉGS*)

Le Groupe de travail national *Naître Égaux – Grandir en santé* (GTN - *NÉGS*) a été mis sur pied en décembre 1999, avec l'assentiment du comité de concertation provincial en promotion – prévention (comité PP)⁴², et émerge comme mécanisme de soutien aux répondants régionaux pour le déploiement du programme, dans le cadre du suivi des *PNSP* 1997-2002⁴³.

En effet, le 2^e bilan ayant montré une grande variabilité dans l'implantation⁴⁴ et l'atteinte des résultats, il apparaît nécessaire de briser l'isolement des professionnels tout en se dotant d'une vision commune du programme. Puis, dans la foulée des rencontres tripartites se déroulant simultanément à la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) où siègent des représentants du MSSS, de l'INSPQ ainsi que des directions de santé publique, le groupe de travail deviendra tripartite⁴⁵. En juin 2000, la structure de fonctionnement du Groupe national de travail *NÉGS* comprend un comité de coordination ainsi que des groupes de tâches, le tout sous l'égide du comité Prévention-promotion de la TCNSP. En 2000-2001 les priorités du GTN - *NÉGS* sont le soutien; la formation; le contenu du programme; la recherche et en premier lieu le financement, identifié comme le principal défi du déploiement⁴⁶.

Ainsi, les Directions régionales de santé publique, par le biais de leurs répondantes *NÉGS* au groupe de travail, participent à la révision du programme, reflétant en cela la position et les enjeux régionaux dans le contexte du déploiement. Le GTN - *NÉGS*, en conséquence du soutien apporté aux acteurs régionaux pour l'appropriation du programme, soutiendra les demandes d'allocations financières de la DGSP au MSSS en s'appuyant sur la valeur des expertises spécifiques développées en santé publique et en cherchant à maintenir les aspects spécifiques de *NÉGS*, notamment par leur financement, dans l'arrimage avec le *PSJP*.

⁴² Le comité PP s'est donné des priorités dont le développement des communautés et la réduction des inégalités sociales ainsi que le développement et l'adaptation sociale des jeunes, à l'intérieur de laquelle s'inscrit le groupe de travail *NÉGS* (Résumé de la rencontre du groupe de travail provincial *NÉGS*, tenue le 17 avril 2000, 6 p.)

⁴³ Ce groupe de travail comme tous ceux qui sont constitués partant du comité de concertation provincial PP sont « ad hoc », ont un bien livrable et une durée de vie limitée. Le premier objectif de ce groupe est de : « *Se donner des moyens pour se soutenir mutuellement, pour partager les informations, pour identifier les besoins, trouver et partager les réponses à ces besoins* » (GTN - *NÉGS*, 10 mars 2000, p. 1).

⁴⁴ Suite aux deux premiers bilans annuels des *PNSP* (1999 et 2000), on constate la variabilité d'une région à l'autre du degré d'implantation de *NÉGS* et du taux d'atteinte des populations à rejoindre. On constate que 31,5 % de la population visée est rejointe (femmes sous-scolarisées, vivant dans la pauvreté), mais que seulement 11,5% de la population rejointe reçoit le programme prévu (programme intense, précoce et continu). Seulement 23% des CLSC offriraient le programme de base *NÉGS* (Exécutif du comité provincial *Naître Égaux – Grandir en santé* (21 août 2000). Priorités nationales de santé publique. Plan d'action 2000-2001 et structure de fonctionnement du comité provincial *Naître Égaux – Grandir en santé*. Document de travail, 5 p.)

⁴⁵ Des objets de travail correspondant aux préoccupations respectives des trois instances seront identifiés : le soutien mutuel des répondants *NÉGS* des DSP, la consolidation du réseau d'influence interpellant particulièrement le MSSS, l'enrichissement du contenu du programme, la formation et la recherche qui concernent également l'INSPQ.

⁴⁶ On préconise l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales et régionales pour assurer le financement des programmes de type *NÉGS*. L'un des moyens privilégiés sera de s'assurer que la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) profite de la Commission d'étude sur l'organisation et le financement de la santé et des services sociaux pour insister sur la nécessité d'intervenir adéquatement auprès des familles en situation de grande pauvreté et soutenir par un financement approprié des programmes de promotion prévention comme *NÉGS* (Plan d'action 2000-2001 GTN - *NÉGS*, p. 3).

2.1.4 Santé Canada

Santé Canada se situe au palier fédéral comme bailleurs de fonds des programmes publics, notamment le *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)* et le *Programme canadien de nutrition périnatale (PCNP)*.

Le *PACE*, mis sur pied par le gouvernement fédéral en 1992, vise à assurer des services pour soutenir le développement des **enfants à risque** de moins de sept ans⁴⁷, par le versement de fonds à des groupes communautaires. L'action communautaire vise, dans une optique de prévention, à permettre aux collectivités de développer un ensemble de services intégrés pour promouvoir la santé et le développement social des enfants vulnérables et leurs familles, et à favoriser l'investissement précoce auprès des enfants pour les préparer à fréquenter l'école puis à prendre une part active à la société en général. Il entend établir et améliorer des services en se gardant de doubler ou de remplacer d'autres programmes gouvernementaux.

Quant au *PCNP*, en place depuis 1994, il est un programme sélectif conçu pour soutenir les **femmes enceintes à risque** de donner naissance à un enfant dont la santé est déficiente⁴⁸. Il s'agit d'un programme communautaire qui vise à réduire les problèmes de santé des femmes enceintes à risque, à améliorer l'accès aux services, à favoriser la collaboration intersectorielle et à augmenter le nombre de femmes donnant naissance à un bébé en santé. Le programme fournit à des groupes communautaires des ressources leur permettant d'offrir de l'aide à ces femmes au plan 1^e) de la nutrition; 2^e) du savoir et de l'éducation; 3^e) du soutien social et 4^e) de l'aide pour avoir accès à des services. Il vise le changement de comportement des participantes, voulant les amener à adopter des habitudes de vie plus saines et moins à risque pour la santé de l'enfant. Près de la moitié de tous les projets du *PCNP* sont des « projets d'extension » qui viennent se greffer à des programmes existants non financés par le fédéral. Plus de 90% des projets fournissent aux clientes des suppléments en vitamines, du counselling individuel en nutrition, des évaluations diététiques et du soutien à l'allaitement maternel⁴⁹.

Ces deux programmes, *PACE* et *PCNP*, visant de façon sélective, pour l'un les enfants à risque et pour l'autre les femmes enceintes à risque, sont administrés par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux, tandis que les bureaux régionaux de Santé Canada veillent à leur mise en œuvre et à la prestation du financement. Les modalités de fonctionnement et l'administration de ces programmes dans chaque territoire ou province sont établies par des protocoles administratifs.

⁴⁷ Les groupes visés sont les enfants 1^e) qui vivent dans les familles à faible revenu ; 2^e) qui vivent dans les familles de parents adolescents ; 3^e) qui éprouvent des retards de développement, ainsi que des problèmes sociaux, émotifs et comportementaux ; 4^e) agressés ou négligés ; 5^e) les gens susceptibles d'avoir de jeunes enfants à risque.

⁴⁸ Le programme vise 1^e) les femmes qui vivent dans la pauvreté ; 2^e) les adolescentes ; 3^e) les femmes qui consomment de l'alcool, d'autres substances toxiques ou qui fument ; 4^e) les femmes victimes de violence ; 5^e) les femmes autochtones ; 6^e) les femmes qui ont immigré récemment ; 7^e) les femmes qui vivent un isolement social ou géographique ou ayant un accès limité aux services.

⁴⁹ Précisons qu'un projet sur trois relève d'un organisme ou d'une coalition communautaire, qu'un projet sur trois relève d'un organisme gouvernemental et qu'un peu plus d'un projet sur six est à la fois public et communautaire (Santé Canada, mars 1998, p. 2).

En finançant des programmes visant des clientèles sélectives, issues de milieux défavorisés et estimées vulnérables, le ministère fédéral de la santé cherche à contribuer à réduire la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance dans ces milieux, à réduire les conséquences de la pauvreté sur le développement des enfants, et par là, à réduire les coûts que l'extrême pauvreté entraîne pour les services publics.

2.2 Deuxième palier : le régional - local

La présente étude de cas porte sur la région des Laurentides⁵⁰. Cette région se caractérise par un accroissement démographique important depuis 1986⁵¹. Comparativement à l'ensemble du Québec, la population y est légèrement plus jeune et présente un indice synthétique de fécondité plus élevé (INSPQ, 2001, p. 130). Située au nord de Montréal, la région comprend 99 municipalités réparties en huit municipalités régionales de comtés (MRC)⁵². On y distingue un secteur nord de type rural, agricole, forestier et récréotouristique, un secteur centre mi-rural et mi-urbain, également développé au plan récréotouristique et un secteur sud, davantage industriel et urbain situé à proximité de la région de Montréal. La population est d'ailleurs davantage concentrée au sein du secteur sud et se fait moins dense dans les secteurs ruraux du nord. Les sous régions du centre et du nord présentent cependant les caractéristiques les moins favorables, accusant les taux les plus élevés de familles monoparentales, de bénéficiaires de l'aide sociale, de familles à faibles revenus, de naissances de faible poids et d'accouchements chez les adolescentes (Régie régionale des Laurentides, 1996, p. 2)⁵³.

On observe par ailleurs, en 1996, que la région affiche des taux supérieurs aux taux québécois en ce qui concerne les signalements reçus à la DPJ, les enfants négligés, les enfants agressés sexuellement, les jeunes ayant des troubles de comportement, l'abandon scolaire et le suicide⁵⁴. On relate que les jeunes des Laurentides présentent un niveau élevé de détresse psychologique mais qu'ils bénéficient d'un meilleur soutien social que la moyenne des jeunes au Québec.

⁵⁰ Le choix de cette région s'est fait avec la collaboration du GTN - *NÉGS*. Cinq critères, dont trois internes et deux externes ont été utilisés. Les critères internes étaient : 1^o) ne pas avoir été un site pilote – de tel sorte à être en mesure d'étudier l'objectif du déploiement au-delà de l'expérimentation; 2^o) être une région exemplaire (en regard de l'étendue a) des stratégies déployées; b) de la configuration d'acteurs; et c) de la couverture de la population cible. Les deux critères externes portaient sur 1^o) la répartition géographique des régions pour les cas étudiés et 2^o) les contraintes budgétaires liées aux frais de déplacement (Compte rendu de la réunion sur le choix du territoire pour le cas *NÉGS*, 6 décembre 2000, 3 p.).

⁵¹ Le portrait de santé des québécois indique qu'entre 1986 et 1991 la population des Laurentides s'est accrue de 17,1% et qu'entre 1991 et 1996, la croissance fut de 11,8%. En 1986, 287 050 personnes habitaient la région tandis que, dix plus tard, en 1996, on dénombre 440 928 personnes (INSPQ, 2001, p. 130).

⁵² Il s'agit des MRC Antoine-Labelle ; Laurentides ; Pays-d'en-Haut ; Rivière-du-Nord ; Argenteuil; Deux-Montagnes; Thérèse-de-Blainville et Mirabel.

⁵³ En 1995, les MRC des Laurentides et d'Antoine-Labelle affichent un taux de 6,8% de naissance de faible poids (Régie régionale des Laurentides, juin 1995), alors que ce taux, pour la période et pour le reste de la région, est comparable à celui du Québec (5,4% vs 6 % au Québec) (Régie régionale des Laurentides, juin 1995). Le portrait de santé des Québécois pour 1994-1998 (INSPQ, 2001) indique que la région 15 compte un taux de naissance de faible poids de 6,0 % (vs 6% au Québec), un taux de naissance prématurées de 7,5% (vs 7,2 au Québec) et un taux de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine de 8,7% (vs 8,6 au Québec).

⁵⁴ À cet égard, on indique que certaines sous-régions sont davantage touchées par ces problèmes : les sous-régions d'Argenteuil, de Trois-Vallées, d'Arthur-Buies et des Hautes-Laurentides.

Outre les services courants du réseau de la santé, la région présente une forte dynamique communautaire, laquelle émerge, dans les années 1970, en même temps que les CLSC. En plus de sept CLSC⁵⁵, cette région regroupe en effet plus de 140 organismes communautaires en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux. Finalement au chapitre de ressources, on note un sous-financement à la fois historique et ponctuel (compressions liées au virage ambulatoire), comparé aux autres régions sociosanitaires⁵⁶, en ce qui concerne les investissements annuels consentis en santé mentale, adaptation sociale, toxicomanie et santé publique; on relève de plus des écarts entre les différentes sous-régions du territoire (Régie régionale des Laurentides, 1996, p. 2).

2.2.1 *La Régie régionale des Laurentides*

Le principal objet de la Régie régionale est de planifier, organiser, mettre en œuvre et évaluer, dans sa région, les programmes de services de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (loi 120). Ayant par ailleurs comme mission d'adapter les services sociosanitaires, elle développe son propre mode d'organisation pour tenir compte des caractéristiques de sa population, de sa situation géographique, socio-économique et culturelle ainsi que des établissements se trouvant sur son territoire. Elle assume diverses fonctions dont la définition de ses priorités régionales, l'organisation et l'évaluation des services sur son territoire, l'allocation des budgets aux établissements (CLSC, CH, Centres de réadaptation, CHSLD et Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse) et l'allocation des subventions aux organismes communautaires. La Régie régionale promeut également les perspectives endossées par le MSSS dans sa politique de la santé du bien-être et préconise d'agir en amont des problèmes sociaux et de santé.

À cet égard, mentionnons d'entrée de jeu l'innovation dont fait preuve, du moins dans ses intentions, la Régie régionale des Laurentides qui adopte une planification régionale en vertu des déterminants de la santé, par milieux de vie, plutôt qu'une planification par problème et par population cible, ainsi qu'une politique proactive de reconnaissance et de financement de l'action des organismes communautaires. Ce contexte, qui conjugue manque de ressources et renouvellement des orientations, comporte plusieurs aspects intéressants à étudier en lien avec le déploiement du programme. Notre attention se porte sur deux aspects : la planification régionale et les rapports entre la Régie régionale et les organismes communautaires de son territoire.

⁵⁵ Les CLSC du secteur nord sont ceux 1^o des Hautes-Laurentides (Mont-Laurier) ; 2^o des Trois-Vallées (St-Jovite); 3^o des Pays-D'en-Haut (Ste-Adèle) et d'Argenteuil (Lachute) et ceux du secteur sud : 1^o Arthur-Buies (St-Jérôme) ; 2^o Jean-Olivier-Chénéier (St-Eustache) et 3^o Thérèse-de-Blainville (Ste-Thérèse).

⁵⁶ La région se situe, au classement provincial, au 14^e rang pour le financement des établissements et au 11^e rang, pour le financement de base des organismes communautaires.

◆ La planification régionale

Avec la décentralisation, la Régie régionale prend en charge la gestion financière du réseau, jusqu'alors réalisée par le MSSS. Suivant d'importantes compressions dans la région (28M\$/3ans)⁵⁷ annoncée en 1995 par le MSSS, la Régie régionale des Laurentides produit un *Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux* (1995-1998), basé sur une consultation et une validation réalisées auprès de multiples acteurs régionaux (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, mai 1995). S'inscrivant dans la foulée de la PSBE et du virage en faveur de la promotion et de la prévention, ce plan stratégique préconise d'agir en amont des problèmes, sur les causes communes à la genèse des différents problèmes identifiés par la PSBE⁵⁸ et sur les déterminants de la santé, notamment auprès des groupes les plus vulnérables. Il s'agit de conduire des interventions visant davantage la diminution de la pauvreté que l'atténuation des problèmes qui en découlent et de chercher à renforcer la cohésion et l'entraide dans les milieux de vie plutôt que de réagir aux conséquences du manque de soutien social (Régie régionale des Laurentides, juin 1995, p. 58). Ce plan d'action propose sept grandes orientations stratégiques auxquelles sont associées dix-neuf pistes d'action prioritaires⁵⁹.

Puis, conformément à son plan de transformation (1995-1998) et à ses orientations régionales, la Régie élabore des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Le PROS jeunesse, produit en 1996⁶⁰, trace un portrait peu reluisant des pratiques et des services à la jeunesse de la région et pose que l'action sur les déterminants plutôt que sur les problèmes peut davantage assurer un développement harmonieux des enfants et des jeunes, invitant ainsi à une transformation des services et des pratiques à la jeunesse (Régie régionale des Laurentides, 1996, p. 1). On y inscrit que l'orientation de base « *vise un changement majeur, lequel consiste essentiellement à passer d'un modèle d'organisation des services axés sur le traitement spécialisé des problèmes, la protection et la judiciarisation, à un modèle préventif, requérant des services plus globaux, impliquant des professionnels de diverses disciplines et de différents réseaux, un modèle capable de soutenir efficacement les parents et les communautés, et de contribuer de façon significative au développement harmonieux des enfants aux différentes étapes de leur vie* » (Régie régionale des Laurentides, 1996,

⁵⁷ La presse locale indique qu'en 1994, une coupure de 5,3M\$ avait été imposée par le MSSS à la région mais que 1,4M\$ avait été réalloué, compte tenu de la pauvreté relative des Laurentides, que la Régie s'attend à se voir réallouer 6,5M\$/année, ce qui conduirait à des compressions nettes pour la région de 9M\$ pour 1995-1998, soit 3M\$/année et que cette ré-allocation est pressentie pour l'accroissement des services de maintien à domicile nécessaires à la réalisation du virage ambulatoire, de même que pour l'augmentation du nombre de lits en soins de longue durée (Coupures de 28M\$ sur 3 ans dans les Laurentides : les soins de santé changeront, L'Écho de la lièvre, dimanche 5 mars, p. 2).

⁵⁸ À cet égard, le plan d'action précise que « Ce choix implique une accentuation des activités de prévention des situations à risque et de promotion des actions favorables à la santé. Il nécessite également une révision des approches actuelles par problème, par clientèle et par programme pour favoriser plutôt des approches plus globales et des interventions intégrées dans les milieux de vie » (Régie régionale des Laurentides, juin 1995, p. 58).

⁵⁹ Au nombre de ces orientations, on compte : favoriser l'implication des personnes, des familles et de la collectivité dans l'identification et la résolution des problèmes et privilégier les actions axées sur leurs causes ; reconnaître et soutenir les interventions des groupes d'entraide et des organismes communautaires et favoriser et renforcer le partenariat au sein de chaque secteur d'activité et entre ces différents secteurs.

⁶⁰ Le PROS jeunesse est élaboré par un groupe de travail composé de 30 membres, dont 17 du réseau de la santé et des services sociaux (5 DSP-Régie, 3 CLSC, 3 CH, 5 CJ et 1 CR), 3 du secteur de l'éducation, 2 du secteur de la justice, 7 du milieu communautaire (dont un OSBL) et 1 du milieu universitaire.

p. 2). En cela, le PROS jeunesse appui le virage en Prévention – Promotion mis de l'avant dans le plan stratégique 1995-1998. L'implantation du PROS jeunesse donne lieu à la mise en place d'instances locales de concertation intersectorielle, dans chaque territoire de CLSC, désignées consortiums, développées à partir des tables de concertation locales existantes⁶¹. Ces structures servent alors à l'opérationnalisation du PROS sur une base locale⁶². Elles sont chapeautées par un comité régional.

En août 1996, la Régie régionale produit un complément au plan de transformation triennal, dans une perspective de priorisation et de ré-allocation des ressources⁶³. Bien que l'on convienne « *qu'une part importante de l'atteinte des objectifs visés régionalement passe, en premier lieu, par la mise en place d'un continuum de services en prévention-promotion* », on constate que ces services n'occupent qu'une mince part du continuum⁶⁴ des services sociaux et de santé et que leur financement est insuffisant (Régie régionale des Laurentides, août 1996, p. 1). On constate que les CLSC tout comme la DSP contribuent à réaliser ou à soutenir des activités en Prévention - Promotion mais que le financement est souvent ponctuel et restreint et qu'en CLSC les ressources sont happées par les services médicaux et psychosociaux courants. Aussi, est-il recommandé que le PROS jeunesse accorde une importance prépondérante à la Prévention - Promotion, un tel continuum devant être développé en lien avec les programmes existants, ce qui devrait se traduire par une augmentation à venir de ces activités auprès des jeunes et des familles (Régie régionale des Laurentides, août 1996, p. 10).

La Régie indique que la réforme en cours et son plan stratégique de transformation du réseau « *constituent une excellente opportunité pour développer et intégrer les services de prévention / promotion de la santé de même que ceux de protection, à la gamme de services de santé et de services sociaux* » (Régie régionale des Laurentides, août 1996, p. 11). Le développement de ces services se fera par une approche favorisant les milieux de vie⁶⁵, soit la famille, l'école, le milieu du travail, les quartiers et les municipalités. En ce qui a trait au soutien du milieu de vie familial, on indique qu'il faut prévoir un suivi et un soutien systématique des parents les plus vulnérables. À ce chapitre les programmes intégrés d'action en périnatalité sont retenus comme ayant démontré leur efficacité.

Dès 1997, la Régie amorce le bilan du plan de transformation 1995-1998. Celui-ci indique que les interventions réalisées selon les orientations du PROS jeunesse ont contribué à améliorer les services pour la clientèle des enfants, des jeunes et des familles. Il indique également que la période marque « *un renforcement du partenariat avec les organismes communautaires ainsi qu'avec certains*

⁶¹ Ces instances se composent de partenaires de différents secteurs, publics et communautaires dont les CLSC, les CJ, les écoles et les organismes communautaires.

⁶² Chaque comité local (table, consortium) reçoit un financement de la Régie, produit un plan d'action qu'il fait approuver, le met en œuvre et en dresse un bilan.

⁶³ Ce document s'intitule : Le projet de transformation : l'approche programme et l'action locale et réitère les positions régionales.

⁶⁴ On observe qu'il se fait des activités en Prévention - Promotion mais que leurs objectifs et groupes cibles sont souvent mal définis et peu concertés entre les différents partenaires, qu'un certain scepticisme entoure la valeur de ces actions, qu'il se fait peu d'évaluation et que les intervenants manquent de formation dans le domaine.

⁶⁵ La Régie indique que : « *Dans cette approche par milieu de vie, nos équipes de santé publique soutiendront les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier les CLSC ainsi que les acteurs professionnels et communautaires qui sont en lien direct avec ces milieux. Elles documenteront les problématiques sociosanitaires et les mesures préventives et promotionnelles efficaces tout en appuyant la planification et le développement de projets et de programmes régionaux et locaux. De plus, elles participeront à l'évaluation de ces derniers* » (Régie régionale des Laurentides, août 1996, p. 11).

partenaires des milieux de l'éducation, des municipalités et de l'emploi, dans le cadre du plan d'action pour l'amélioration de la santé et du bien-être ». Enfin, il constate (prétend) que : « *Les collaborateurs reconnaissent la nécessité de concevoir le réseau sociosanitaire comme un réseau de services intégrés plutôt que comme un réseau d'établissements* » (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, pp. 9-10).

Puis, la Régie procède à une consultation régionale⁶⁶ en février 1999 quant aux prochaines orientations à adopter. Ces travaux donnent lieu, en mai 1999, à la production d'un nouveau plan triennal 1999-2002 (*Mission 2002*). Ce plan réitère la volonté de la Régie d'agir en amont des problèmes, tel que le préconise la PSBE, et invite les collaborateurs du réseau à travailler à l'amélioration de l'accessibilité des services, par la mise en place de réseaux de services sur des bases locale, régionale et nationale (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, p. 5)⁶⁷. Le mot d'ordre de *Mission 2002* étant : des services accessibles, des actions intégrées, les objectifs sont à l'effet qu'en 2002 plusieurs réponses aux besoins des citoyens proviendront de réseaux de services intégrés, établissant le lien entre les établissements locaux, régionaux et nationaux (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, p. 13).

◆ **Les rapports entre la Régie régionale et les organismes communautaires**

Entre le secteur public et le secteur communautaire, on observe chez le planificateur public une position proactive de reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires et de leur contribution originale à la santé et au bien-être de la population. Les activités communautaires s'étant développées en même temps que celles des CLSC dans les années 1970, le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) Laurentides-Lanaudière se dotait, dès 1981, d'une politique concernant l'action des groupes bénévoles. Cette politique balisera pendant une décennie les actions du CRSSS auprès des organismes communautaires (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, avril 1998, p. 3), soit jusqu'à l'avènement de la loi 120 en 1991.

Par ailleurs, dès 1993, dans la foulée de la loi 120 qui donne aux Régies un mandat à l'égard des organismes communautaires, la Régie régionale des Laurentides produit un *Énoncé de politique de concertation entre la Régie et les organismes communautaires des Laurentides* (Régie régionale de la Santé et des services sociaux des Laurentides, 1993)⁶⁸. Cet énoncé se situe alors dans la suite de la PSBE et soutient que le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être sont des responsabilités

⁶⁶ Différents acteurs régionaux sectoriels et intersectoriels, publics et communautaires ont été consultés (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, p. 1).

⁶⁷ L'effort de la Régie pour effectuer le virage en Prévention – Promotion ne réussira cependant pas à endiguer, dans le délai de 3-4 ans, l'engorgement chronique des Centres jeunesse de la région, car, en mars (ou février) 1999, le MSSS met sous tutelle les Centres jeunesse de la Région des Laurentides, provoquant dans la région une crise importante. En effet, un hebdo local relate que suivant le rapport produit par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) concernant le fonctionnement des Centres jeunesse des Laurentides, le ministre Gilles Baril plaçait l'organisme sous tutelle (Les Centres jeunesse des Laurentides en tutelle. L'éveil, 6 mars 1999).

⁶⁸ À cet égard un document intitulé *Vers une politique de concertation avec les organismes communautaires* a été soumis, en 1992, à la consultation auprès des organismes communautaires et a ensuite donné lieu à un énoncé de politique de concertation.

partagées entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités. Cet énoncé reconnaît l'apport original des organismes⁶⁹ ainsi que la représentativité des regroupements régionaux d'organismes communautaires. Il affirme notamment l'adhésion de la Régie régionale au principe de l'octroi du financement de base aux organismes communautaires, dans la mesure des moyens dont elle pourra disposer (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, avril 1998, p. 3)⁷⁰.

Le bilan de la période 1995-1998 fait état de relations plutôt harmonieuses entre les organismes communautaires et les CLSC et entre les organismes communautaires et la Régie. Cette situation repose sur l'absence de controverse⁷¹ et sur la démarche de reconnaissance de l'autonomie et du financement des organismes amorcée par la Régie régionale, la Régie œuvrant depuis sa création, et avant elle le CRSSS régional (1981), à mettre en place un encadrement pour la collaboration du réseau avec les organismes communautaires.

En 1998, le C. A. de la Régie adopte un *Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires* (Régie régionale des Laurentides, 1998). Ce Cadre reconnaît l'autonomie des organismes et vise le redressement de la situation financière des organismes de la région, sous-financés par rapport aux autres régions sociosanitaires. Il préconise le financement en fonction de la mission des organismes et accorde une place prépondérante à la consolidation du financement de base des organismes. Le financement « par projet » devient secondaire à celui de la consolidation du financement de base des organismes communautaires. Il est ainsi décidé par la Régie régionale que tout financement additionnel servirait à consolider le financement de base des organismes. La faisabilité d'appliquer ces orientations repose alors sur la marge de manœuvre dévolue à la Régie régionale pour l'allocation du financement. Par ailleurs, au cours de cette période la mise en place du PROS Jeunesse et le financement lui étant associé fait en sorte que les organismes ont accès à une seconde source de financement pour des projets ponctuels, en dehors du programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC). Cette situation basculera au tournant de 1999, à mesure que les travaux et les coupures budgétaires amorcés en lien avec la transformation du réseau en 1995 se poursuivent et que l'on assiste à une re-centralisation du financement des organismes et de la définition de leur rapport aux établissements publics, avec la politique gouvernementale de reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires (Gouvernement du Québec, 2001) et le rapport de la Commission Clair (2000).

⁶⁹ Cette contribution originale se veut 1^e) un accent mis sur la prévention ; 2^e) une approche globale alternative et diversifiée qui tient compte de la personne et de son environnement ; 3^e) une approche favorisant la prise en charge par les personnes et les groupes (entraide) ; 4^e) une capacité de s'adapter à des besoins nouveaux ; 5^e) un fonctionnement démocratique favorisant l'implication des usagers ; 6^e) une présence plus ou moins importante de bénévoles ; 7^e) la souplesse de l'organisation et l'adaptabilité aux besoins ; 8^e) une émergence liée aux besoins du milieu ; 9^e) une contribution qui en fait des agents importants de changement social (Régie régionale des Laurentides, p. 2).

⁷⁰ Le Programme de soutien aux organismes communautaires, créé au plan national en 1973, sera régionalisé le 1^{er} avril 1994.

⁷¹ Un récent bilan rétrospectif de ces rapports relève toutefois des relations difficiles entre la Régie et les organismes communautaires depuis la mise en place du PROS en santé mentale, en 1996 (Équipe Prévention / Promotion de la Direction de la santé publique des Laurentides. Compte rendu synthèse de la rencontre du 27 mars 2001., 11 p.).

Dans *Mission 2002*, avec l'optique de poursuivre la transformation amorcée en 1995-1998, on indique qu'il faudra accroître la participation des organismes au sein des réseaux de services qui offrent une réponse adaptée aux besoins des communautés et que pour ce faire il faudra identifier et mettre en place des conditions de réussite de la collaboration locale et régionale entre les organismes communautaires et les établissements du réseau (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, p. 14). Or, la re-centralisation par le MSSS, en 1999, d'une somme attendue dans la région fera en sorte de réduire la marge de manœuvre de la Régie pour l'attribution de fonds additionnels en financement de base, ce qui génère un certain niveau de crise. Afin d'agir en conformité de ses orientations, la Régie optera pour le retrait du financement aux consortiums – lesquels financent des projets – afin de réaffecter ces sommes en financement de base aux organismes concernés⁷². Ainsi, la marge de manœuvre désormais réduite du palier régional fera en sorte de couper les vivres aux consortiums⁷³. Toutefois, bien que retirant le financement aux projets des consortiums, pour le réaffecter en financement de base aux organismes, la Régie souhaite le maintien des structures et de l'action intersectorielle dans les territoires. Dans ce contexte elle continuera d'attribuer aux CLSC une somme annuelle de 30 000\$ pour des projets découlant de la concertation locale. Ce financement est toutefois transversal pour les différentes clientèles jeunesse et ne concerne pas directement le programme *Naître Égaux – Grandir en santé*.

Dans ce contexte, pour la Régie régionale des Laurentides, le principal enjeu entourant le déploiement de *NÉGS* est d'agir en conformité de son mandat, de favoriser l'atteinte des objectifs de la PSBE - repris dans les *PNSP* - et l'actualisation du virage Prévention - Promotion, tel que mis de l'avant dans ses orientations. Il s'agit également d'améliorer sa situation eu égard aux objectifs d'efficacité attendus des régions et d'améliorer sa position au classement provincial et ce, en dépit du sous-financement rencontré.

⁷² Il semble que 250 000\$ ait alors été retiré dans la région des Hautes-Laurentides pour être redistribué dans le sud des Laurentides, tandis que les 450 000\$ restant sont affectés de façon prescrite. Les activités soumises pour fins de financement et celles déjà amorcées dans le cadre du consortium ont dû cesser abruptement avec l'arrêt de l'allocation de ressources financières.

⁷³ La presse locale indique que : « ... la Régie régionale de la santé et des services sociaux a annoncé récemment, à la surprise de tous, sans consultation, qu'elle ne soutiendrait plus le Consortium jeunesse » (*Premier colloque jeunesse de la MRC de Deux-Montagnes : Faudra rester solidaire malgré le désengagement de Québec, L'éveil, 11 décembre 1999. La controverse retient l'attention de la presse locale qui rapporte « La victoire aura été de courte durée pour les organismes communautaires des Laurentides qui avaient vu reconnaître leurs besoins financiers par la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides en avril 1998. Une nouvelle entente entre le ministère concerné et la Régie régionale les privera des sommes qui leurs avaient pourtant été consenties pour l'année 1999-2000. (...) C'est qu'après que la Régie régionale ait adopté un plan qui leur aurait permis de redresser leur situation financière, la ministre Pauline Marois vient de changer les règles du jeu en passant outre l'engagement de la Régie. Le ministère aurait d'autres projets pour les 2 millions de dollars qu'attendaient impatiemment les organismes des Laurentides pour l'année 1999-2000. La Régie n'aurait plus aucune marge de manœuvre pour respecter son engagement et les organismes communautaires se retrouvent à très court terme avec un important manque à gagner »* (Les organismes de la MRC de Thérèse-De-Blainville demandent l'intervention des députés Kieffer et Signori. Nord-Info, le 26 juin 1999.

2.2.2 *La Direction régionale de santé publique*

La DSP est sans contredit l'acteur central de *NEGS*, par son rôle de maître d'œuvre du déploiement du programme et parce qu'elle en réalise le monitoring de sorte à mesurer l'atteinte des résultats. Le programme-cadre situe les rôles de chaque acteur en indiquant que celui des DSP en est un de coordination des activités de soutien à l'implantation.

Pour la DSP des Laurentides, le déploiement du programme sera l'occasion de positionner en force la Prévention - Promotion dans la région. Pour ce faire, il est dans son intérêt de trouver et fournir des ressources et de s'assurer de la participation des CLSC et des organismes communautaires. Les enjeux seront 1^o) d'engager la participation des CLSC; 2^o) de soutenir les CLSC pour qu'ils favorisent l'engagement des organismes communautaires; 3^o) de préserver les collaborations locales antérieures; 3^o) de maintenir sa crédibilité en agissant avec rigueur dans le dossier; 4^o) d'atteindre l'objectif fixé par les *PNSP* de rejoindre 50 % de la clientèle visée; et 5^o) d'assurer une conformité dans l'application du programme.

2.2.3 *Les CLSC de la région des Laurentides*

Les CLSC ont pour mission d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive et curative, ainsi que des services de réadaptation ou de réinsertion (MSSS, 2000, p. 69). Depuis plus de deux décennies, les CLSC des Laurentides offrent des services et collaborent avec les organismes communautaires locaux. Par exemple, le CLSC des Hautes Laurentides, pionnier au Québec (1974), développe d'abord l'action communautaire et les services à domicile. Les organisateurs communautaires du CLSC ont d'ailleurs, historiquement, contribué au développement du secteur communautaire dans la région.

En ce qui concerne *NEGS*, les CLSC sont le lieu d'ancrage du programme au palier local. Ils sont les partenaires privilégiés de la DSP pour sa mise en œuvre, responsables de l'intervention prénatale et partenaires de premier plan du développement du postnatal, là où les organismes communautaires sont vus comme des partenaires disposant d'une expertise considérable.

Au moment du lancement du programme les CLSC œuvrent à mettre en place le « virage ambulatoire » en périnatalité et l'organisation des services est une de leur préoccupation. Il s'agit de fournir aux mères qui accouchent un système de soins sans faille dans le cadre du programme de « Congé précoce » du MSSS. La réalisation de ce virage implique de mettre en place des mécanismes de liaison qui exigent partenariat et complémentarité entre les acteurs. Dans la région, des outils de communication et de liaison, tels les avis et les fiches de liaison, ont été développés afin de mettre en place une continuité des soins, notamment avec les organismes communautaires qui offrent des

services pré, per et postnataux⁷⁴. C'est dans ce contexte local que *NÉGS* est présenté dans les territoires.

Dans le contexte du déploiement du programme, outre le CLSC d'Argenteuil faisant office de site pilote, l'ensemble des sept CLSC sont appelés par la DSP à l'implanter sur leur territoire. Pour les CLSC, les enjeux sont nombreux. La mise en place d'un programme de type *Naître Égaux - Grandir en santé* demande 1^e) de réaliser un virage vers l'interdisciplinarité; 2^e) de privilégier l'intervention intensive auprès d'un nombre limité de clientes, ce qui peut se faire au détriment d'autres clientèles, soulevant un enjeu d'ordre éthique; 3^e) de préserver les collaborations déjà existantes avec les organismes communautaires, au palier local. Les intérêts des CLSC à aller de l'avant se situent à deux niveaux : 1^e) bénéficier d'un rehaussement de leur financement de base pour la conduite des activités en lien avec l'implantation du programme et 2^e) saisir l'opportunité offerte par le programme de rejoindre une clientèle très défavorisée.

De façon concomitante, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec entreprend de déterminer le contenu d'une offre de services de base en Famille-enfance-jeunesse, de sorte à ce qu'une partie, considérée essentielle, des services se retrouvent d'une région à l'autre. *NÉGS* fait partie de l'offre de services visant les 0-4 ans jugés plus vulnérables⁷⁵. Ce qui vient renforcer les incitatifs au déploiement de *NÉGS* par les CLSC laurentiens.

2.2.4 *Les organismes communautaires et leur regroupement régional*

En 1996, on dénombre 140 organismes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux, dont la moyenne compte une dizaine d'années d'existence et dont plus de la moitié œuvre auprès des femmes, des familles, des personnes appauvries et des jeunes⁷⁶. Ces organismes tirent leur financement de subventions gouvernementales (70%)⁷⁷ et de l'autofinancement (30%)⁷⁸ mais présentent entre eux des écarts importants de revenus⁷⁹.

⁷⁴ À cet égard, il faut noter le dynamisme de la région où, par exemple, le CLSC des Hautes-Laurentides, avant même la mise en place du programme de Congé précoce après la naissance dans la région, offre la visite post-natale systématique à toutes les familles (48-72 heures), ce qui s'est parfois avéré l'occasion d'offrir un suivi plus intensif. Ce CLSC offre également des cours prénataux à toutes les clientèles confondues, de sorte à ne pas stigmatiser les plus défavorisées et à favoriser le côtoiement des différentes clientèles.

⁷⁵ Association des CLSC et des CHSLD du Québec (17 novembre 2000). Allons à l'essentiel. L'offre de services Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC. Document de travail. 68 p.

⁷⁶ Ainsi, on dénombre 25 organismes oeuvrant auprès des jeunes, 17 auprès des personnes appauvries, 16 auprès des familles et 13 auprès des femmes, ce qui représente 51 % des organismes oeuvrant dans la région dans le domaine de la santé et des services sociaux (ROCL, 1996, p. 18).

⁷⁷ Le gouvernement provincial fournit 82% du financement gouvernemental, le gouvernement fédéral 16% et les administrations régionales et municipales 2% du revenu des organismes (ROCL, 1996, p. 66).

⁷⁸ L'autofinancement direct des organismes provient à 40 % de dons, 31% de la vente de biens et services, 22% d'activités de levées de fonds et 7% d'autres sources (ROCL, 1996, p. 66).

⁷⁹ On relève que le tiers des organismes (48) ont un revenu inférieur à 30 000\$ tandis que six organismes ont des revenus de plus de 300 000\$ (ROCL, 1996, p. 56).

Plus spécifiquement, on trouve dans la région des Laurentides, des dizaines d'organismes communautaires oeuvrant auprès des familles : centres de femmes, centres péri-ressources, maisons de la famille, maisons d'aide et d'hébergement ou encore centres de la petite enfance⁸⁰. À titre d'exemple, mentionnons La Mèreveille, gérée par Naissance Renaissance des Hautes-Laurentides, un des plus vieux organismes communautaires de la région des Hautes-Laurentides⁸¹. Celui-ci se consacre à la périnatalité et à la petite enfance, a comme objectif d'humaniser les soins et se veut une alternative à ce qui est offert dans le réseau de la santé. Il offre des massages aux femmes enceintes, du yoga, de l'accompagnement ainsi qu'un suivi de préparation à la grossesse. Un suivi post-natal est également offert, selon l'intensité des besoins⁸² de même que des groupes de cuisines collectives et des « pauses babillages » (Référer au procès verbal du CLSC des Hautes-Laurentides, 17 mai 1999). Il s'agit d'un organisme qui se déplace partout sur le territoire et qui a gagné ses lettres de noblesse parmi la population. Il constitue pour le CLSC des Hautes-Laurentides le principal partenaire en périnatalité. D'autre part, cet organisme, via un budget *PACE*, anime depuis 1994 une Table de concertation locale où siège divers partenaires intersectoriels, dont le CLSC. Avec la mise en place du PROS jeunesse et des consortiums, celui-ci sera également appelé à animer la nouvelle structure de concertation, substantiellement financée par la Régie en 1997 et 1998.

Bien que les organismes communautaires familles soient représentés par le ROCL⁸³ au plan régional et qu'ils adhèrent à ses positions, il semble qu'ils les appliquent avec une certaine souplesse. Pour eux, il s'agit somme toute de conserver leurs acquis, notamment leur expertise pour l'intervention auprès de la clientèle en situation de grande pauvreté et exclusion (GPE). Dans le cadre des projets financés par le *PACE*, plusieurs organismes de la région des Laurentides réalisent des suivis pré et post-natals touchant par exemple à l'allaitement, rejoignant en cela les programmes *PCNP* davantage axés sur le suivi nutritionnel et l'allaitement. En lien avec l'implantation de *NÉGS*, l'un des enjeux sera la préservation des budgets fédéraux en lien avec les activités conduites autour des familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion. Les CLSC se découplant un nouveau champ d'intervention, comblant une partie des besoins d'une clientèle sélective, les organismes communautaires veulent maintenir l'intégralité de leurs budgets *PACE*. Il s'agit également de défendre les intérêts de leur clientèle pauvre et marginalisée, notamment au plan de la confidentialité. Par ailleurs, ils sont

⁸⁰ Le territoire compte, entre autres, quatre centres de femmes (La Colombe, le Centre Signée Femmes, Carrefour des femmes du Grand Lachute, Maison d'Ariane de St-Eustache) ; deux centres péri-ressources (La Mèreveille et Carrefour péri-naissance de St-Eustache) ; au moins cinq maisons de la Famille (Maison de la famille des Pays d'en Haut, Carrefour des générations, Maison de la Famille du Nord, Centre de la Famille des Hautes-Laurentides, Pause-Parent etc.) ; des maisons d'aide et d'hébergement (dont : L'ombre-Elle, Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides) et trois Centres de la petite enfance (Les p'tits Bourgeons à l'Annonciation, Les Vers à choux et La Fourmière à Mont-Laurier).

⁸¹ Ce centre a récemment ajouté un volet d'économie sociale à ses activités communautaires, pour devenir un centre de ressources périnatales, dans la foulée du sommet de l'économie et de l'emploi. Il s'agit d'un projet d'expérimentation - 15 centres péri-ressources ont été créés au Québec, dont deux dans la région des Laurentides : La Mèreveille des Hautes-Laurentides et le Carrefour Péri Naissance de St-Eustache.

⁸² De 8 à 12 ou de 20 à 30 rencontres pour les familles en grand besoin et par la même intervenante qu'en prénatal pour le suivi immédiat. Il semble par ailleurs que toute les activités du premier volet de *NÉGS* soient abordées en suivi individuel, selon les besoins.

⁸³ Le ROCL tient sa première assemblée générale en 1992. Il s'agit d'un regroupement sectoriel d'organismes communautaires pour la région. Dans son énoncé de politique de concertation avec les organismes communautaires, la Régie régionale reconnaît le ROCL comme représentatif des organismes qui en font partie, qu'elle consultera le ROCL au besoin et qu'elle s'engage à mettre en œuvre des mesures favorisant sa collaboration avec les organismes ainsi qu'avec leur regroupement régional (Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1993, p. 3).

intéressés à maintenir ou à accroître leur financement de base. Ils doivent, devant les arrimages proposés par le programme, respecter leur mission et tenir compte de la position régionale du ROCL eu égard aux réseaux de services intégrés que semble vouloir mettre en place la Régie régionale.

Le ROCL s'attache à défendre les intérêts des groupes qu'il représente, notamment sur le plan de leur autonomie. Il sera vigilant quant aux mesures de consolidation du financement de base des organismes mises de l'avant par la Régie en 1998 et aux réseaux de services intégrés que la Régie veut mettre en place dans ses récentes orientations régionales (*Mission 2002*). Il prendra officiellement position contre la mise en place de tels réseaux sans l'accord et sans que les conditions ne soient entérinées par le secteur communautaire.

2.2.5 *Les familles en situation d'extrême pauvreté*

L'orientation d' *empowerment* de *NÉGS* fait des familles visées des partenaires plutôt que des clientes du programme. Pour respecter ce principe, nous les positionnons comme acteurs. Leur participation aux structures du programme est un objectif à atteindre, en vertu des finalités d'adéquation du programme et d'intégration sociale. Pour le déploiement prévu dans les Laurentides, la DSP maintient cette exigence et souhaite la participation des familles.

Pour les femmes elles-mêmes et leurs familles, outre le fait de recevoir des services, on peut soutenir que leur intérêt⁸⁴ est dans la reconnaissance, par les acteurs publics et communautaires, des efforts considérables qu'elles déploient pour faire face à leur quotidien difficile, et par là, qu'elles participent déjà à la recherche de solutions et détiennent en cette matière des savoirs et une expérience considérable. Également, leur intérêt est dans la reconnaissance de la légitimité de leurs projets et de leurs rêves, y compris celui de la maternité qui se présente souvent comme le seul projet possible pour répondre à l'aspiration fondamentale de tout citoyen d'être reconnu et d'accéder à un rôle social, devant le cumul des échecs au plan de l'insertion sociale qui caractérise les milieux d'extrême pauvreté. Enfin, dans la reconnaissance de leurs capacités parentales et de leur utilité, selon l'idée qu' *« aucun enfant ne peut se développer si sa famille est sans cesse menacée, humiliée ou victime de préjugés, si ses parents sont considérés comme inutiles »* (ATD Quart-Monde, 1996). Cette triple reconnaissance prend forme, notamment, dans la participation libre des familles à différents niveaux du programme. La préoccupation centrale du programme de rejoindre les familles et de leur faire une place dans les instances décisionnelles fait de ces dernières des actrices au même titre que les acteurs institutionnels ou communautaires.

Cette triple reconnaissance est néanmoins confrontée au rôle de contrôle social incombant aux services publics qui peuvent se transformer en lieu d'exercice du pouvoir de l'État sur les familles en vue de la protection des enfants. Cette double identité de service et de contrôle et le pouvoir ultime des services publics de retirer les enfants des familles fait en sorte que la méfiance des femmes de milieux

⁸⁴ On se réfère ici à ATD-Quart-Monde (1996), qui peut être considéré comme un porte-parole des personnes et des familles en situation d'extrême pauvreté, et à l'ouvrage de Colin et al. (1991).

défavorisés envers les établissements publics demeure le principal obstacle à la fréquentation des services. Cette méfiance serait toutefois moins grande à l'égard des services communautaires.

En outre, au-delà du positionnement des familles comme acteurs, il faut relever l'écart entre cette lecture de la pauvreté des familles opérée lors de la conception du programme (et même dans le premier *Avis Naître Égaux et en santé*) et les formes de pauvreté actuelles se développant depuis le début des années 1990, dans le contexte de la mondialisation. En effet dans la foulée de l'accroissement de l'écart de revenu entre les riches et les pauvres, la pauvreté, qu'elle soit urbaine ou rurale, tend à se conjuguer avec des situations de vie problématiques, telles la marginalisation, la poly-toxicomanie, la prostitution, etc. Dans ce contexte, où l'enfantement peut en certains cas davantage ressembler à un obstacle additionnel qu'à un projet de vie, la maternité en situation de grande pauvreté se présente comme une situation sociale complexe, tramée de problèmes sociaux et de santé, ce qui vient en modifier le portrait plus classique qu'en ont tracé les auteurs du programme. C'est en partie ces maternités couplées à des formes nouvelles de pauvreté que tend à révéler le démarchage et auxquelles le programme et ses intervenants doivent s'ajuster. Dans un tel contexte où pauvreté signifie non seulement revenus insuffisants mais également dysfonctionnalité profonde et problèmes inédits, individus ancrés dans de multiples problématiques enchevêtrées les unes aux autres, les modes traditionnels d'intervention et les approches sont appelés à se renouveler. Également, l'intérêt de ces acteurs à prendre part au programme doit être reconsidéré à lumière des visées qui peuvent être les leurs.

Le tableau 2 suivant résume la position sociale des acteurs et les enjeux qu'ils associent à la structuration du projet.

Tableau 2 Intérêts fondamentaux des acteurs du projet *Naître égaux – Grandir en santé* en fonction de leur position sociale et leur identité

Paliers	Acteurs	Intérêts fondamentaux / enjeux associés au déploiement de <i>NEGS</i>	Position sociale / identité
Central-régional	DGSP	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une action de santé publique coordonnée à l'échelle provinciale. - Réduire les inégalités de santé et de bien-être par l'atteinte, dans chacune des régions, des résultats sociosanitaires définis par les <i>PNSP</i>; - Défendre auprès du MSSS, la pertinence du maintien du programme <i>NEGS</i> et l'expertise de la santé publique dans le domaine. 	Instance étatique: concepteur / planificateur des politiques en santé publique et bailleurs de fonds.
	INSPQ	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la mise à jour de <i>NEGS</i> / Apporter un éclairage scientifique pour l'interprétation des résultats. - Soutenir le déploiement du programme par le transfert des connaissances. - Soutenir l'élaboration du <i>PSJP</i> dans une optique d'harmonisation des deux programmes, pour éviter un dédoublement avec <i>NEGS</i>. 	Instance étatique / productrice d'expertise - conseil et de développement des connaissances.
	Gr. de travail provincial provincial <i>NEGS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le déploiement. - Soutenir les demandes de financement. - Enrichir le programme. 	Groupe de travail provincial « ad hoc » / instance tripartite DSP/MSSS/INSPQ.
	Santé Canada	<p>Par le financement de programmes sélectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduire la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance en milieu d'extrême pauvreté; - réduire les conséquences de la pauvreté sur le développement des enfants. - réduire, par des mesures préventives, les coûts entraînés par l'extrême pauvreté pour les services publics. 	Instance étatique: concepteur / planificateur des politiques publiques canadiennes et bailleur de fonds.
Régional - local	Régie régionale	<ul style="list-style-type: none"> - Agir en conformité de ses mandats légaux. - Rehausser sa position vis-à-vis des autres régions sociosanitaires. 	Instance étatique régionale/concepteur / planificateur des orientations régionales et gestionnaire des fonds publics.
	DRSP	<ul style="list-style-type: none"> - Positionner la Prévention – Promotion. - Dégager du financement. - Mobiliser les CLSC. - Soutenir les CLSC pour la mobilisation des organismes communautaires; - Maintenir sa crédibilité en agissant avec rigueur. - Atteindre les obj. fixés dans les <i>PNSP</i> : rejoindre 50% de la clientèle visée. 	Instance publique régionale de planification sociosanitaire en PP de la santé et du bien-être / Instigateur du déploiement de <i>NEGS</i> / Rôle clé dans le plan de financement.
	CLSC	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un virage vers l'interdisciplinarité malgré les résistances internes et la pression sur les services. - Intervenir de façon sélective auprès de la clientèle en GPE sans négliger autres mères. - Maintenir l'identité professionnelle des intervenants. - Préserver leurs liens avec les organismes communautaires. - Intérêt à rehausser leur financement de base. - Intérêt à rejoindre la clientèle en GPE. 	Organisme public de dispensation de services préventifs et curatifs de 1 ^{ère} ligne / Partenaire institutionnel de premier plan de la mise en œuvre du programme.
	OC-FAM (organismes comm. familiaux)	<ul style="list-style-type: none"> - Défendre leur expertise en GPE. - Conserver leur financement <i>PACE</i> et <i>PCNP</i>. - Défendre les intérêts de leur clientèle pauvre et marginalisée (confidentialité). - Maintenir et accroître leur financement. - Agir en conformité de la position régionale du ROCL en ce qui a trait aux réseaux de services intégrés. 	Organismes communautaires de services / Regroupés régionalement au sein du ROCL.
	ROCL	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les intérêts de leurs membres en élaborant et en défendant des positions régionales, pour le maintien de leur autonomie et leur financement de base, notamment eu égard aux réseaux de services intégrés. 	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides.
	Familles	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir des services. - Reconnaissance: <ul style="list-style-type: none"> - de leurs efforts et compétences; - de la légitimité de leurs projets; - de leurs capacités parentales. 	Population marginalisée, situation d'extrême pauvreté.

CHAPITRE V : LE DÉPLOIEMENT DE *NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ* DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Au moment du lancement des PNSP, en 1997, la région des Laurentides est en pleine ébullition. Alors que le plan de transformation 1995-1998 de la Régie met de l'avant un important virage en Prévention – Promotion, la région, largement déficitaire, fait face à des compressions additionnelles en santé, en vue de l'effort provincial de réduction du déficit budgétaire. D'un côté, les ressources sont happées par les besoins urgents du secteur curatif⁸⁵, de l'autre les intervenants locaux tentent d'actualiser le plan de transformation, notamment en périnatalité, avec la mise en place du programme de congé précoce du MSSS⁸⁶. Et, pendant que la Régie tente de redresser simultanément plusieurs situations endémiques, dont celle des Centres Jeunesse et le sous-financement des organismes communautaires, l'intérêt pour l'application de mesures de Prévention – Promotion, de sorte à désengorger les services surchargés, se fait très présent du côté des intervenants et des planificateurs en santé publique.

Ainsi, dans la mouvance de la réorganisation des services en périnatalité, la mobilisation des acteurs locaux autour de ce nouvel enjeu est tangible. En outre, le réseau des services en périnatalité et en petite enfance des CLSC profitait à cette époque de l'influence marquée d'un leader positif dédié à la prévention dont le positionnement proactif par rapport à *NÉGS* a sans doute, de l'avis des acteurs, provoqué un effet d'entraînement auprès des autres CLSC. Cette influence s'est faite sentir par l'implantation du programme *NÉGS* par le CLSC d'Argenteuil, initiative à laquelle la DSP s'est rapidement associée pour faire de ce territoire un site pilote. Cette conjoncture favorable, couplée au lancement des *PNSP*, constituait ainsi l'appel initial au déploiement du programme dans la région. Cet appel, dans le contexte de restructuration des services, consistait également en un effort régional pour positionner la Prévention – Promotion en périnatalité.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME : UNE APPROCHE PROSPECTIVE D'INTÉRESSEMENT DES ACTEURS ET DE STRUCTURATION DU PROGRAMME

1.1 La problématisation et l'intéressement des acteurs : réunir les conditions minimales de la mise en œuvre

L'intéressement des acteurs pour le déploiement de *NÉGS* est initié au palier central par la DGSP du MSSS avec le lancement des *PNPS 1997-2002* qui enclenche la mise en mouvement des régions, principalement des DSP, autour de leur actualisation. À l'intérieur de ce cadre structurant, la DSP sera l'instigatrice du déploiement régional du programme dans les Laurentides. Pour ce faire, l'instance publique peut compter sur des conditions propices observées dans la région, mais elle doit s'assurer de

⁸⁵ En effet, on constate en 1997-1998 que, par manque de ressources, les secteurs enfance-jeunesse, se sont trouvés désinvestis au fil des ans par les CLSC, en raison de l'ajout de nouveaux vaccins, de crises dans la région (vaccination contre la méningite, puis contre la rougeole), du virage ambulatoire, de l'alourdissement des clientèles en maintien à domicile et de la multiplication des problèmes sociaux qui ont aspiré les budgets de prévention – promotion vers des besoins court terme.

⁸⁶ L'objectif du programme de congé précoce, implanté en 1997, est de maintenir la durée moyenne de séjour en per-partum à 48 heures et moins pour un accouchement normal. L'organisation du programme prévoit diverses mesures, dont la visite postnatale systématique à toutes les mères et nouveaux-nés et s'appuie sur des ententes formalisées entre les CH et les CLSC et sur la collaboration CLSC et organismes communautaires pour le soutien à l'allaitement et aux familles.

mobiliser plus largement les acteurs directement concernés par la mise en place du programme (CLSC et organismes communautaires) et au premier chef, les bailleurs de fonds, dont l'incontournable Régie régionale. L'enjeu du financement, tel qu'on l'évoquait au chapitre précédent, est d'ailleurs le premier défi lancé aux équipes de santé publique.

En outre, les *PNSP*, bien que lancées par le MSSS, sont portées par la Direction générale de santé publique. Ce ne sont donc pas les Régies régionales qui sont directement interpellées à partir du palier central pour leur actualisation, mais bien leurs directions régionales de santé publique. Dans ce contexte, la Régie régionale étant le gestionnaire des fonds, elle devient pour la Direction régionale de santé publique, un acteur qu'il faut rallier pour le financement⁸⁷. De plus, malgré le fait que *NEGS* demande la mise en place d'un partenariat public – communautaire avec les organismes concernés, ceux-ci transigent directement pour leur financement de base avec la Direction des programmes (DP) de la Régie qui n'est pas, dans le contexte, directement concernée par l'actualisation des *PNSP*. Pour la DSP, il faudra à la fois dégager une marge de manœuvre financière du côté des CLSC et tracer des ponts vers les organismes en dépit du fait qu'elle est sans assise au plan structurel et financier pour développer et consolider de tels arrimages. En outre divers irritants régionaux, dont la volonté de la Régie d'implanter des réseaux de services intégrés selon le modèle de la Commission Clair et le redressement financier promis aux organismes qui tarde à venir, s'ajouteront aux obstacles à surmonter pour la DSP.

1.1.1 Une première condition : le financement

Dans un premier temps, compte tenu que le financement des organismes communautaires relève de la Direction des programmes (DP) de la Régie⁸⁸ et connaissant les efforts de rehaussement en cours, bien que les deux derniers volets de *NEGS* impliquent la participation des organismes communautaires, la DSP consacre ses efforts à dégager une marge financière pour les CLSC, ses premiers partenaires pour l'implantation du programme au palier local, qui sont par ailleurs déficitaires au plan financier pour la conduite d'activités supplémentaires en Prévention – Promotion.

Dans le cadre d'un appel de propositions émis par la Régie régionale au printemps 1998, la DSP demande donc le rehaussement du financement de base des CLSC pour de nouvelles activités de Prévention - Promotion en périnatalité, dont la mise en œuvre d'un programme de type *NEGS* en trois volets^{89 90}. L'enveloppe annuelle de la Régie sera toutefois convoitée, en 1998, tant par la DSP pour

⁸⁷ Pendant que cet enjeu se joue dans la région des Laurentides, le GTN - *NEGS* tente d'obtenir un financement du MSSS pour le déploiement.

⁸⁸ Les organismes communautaires tirent leur financement public du programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC), géré par la Direction des programmes de la Régie.

⁸⁹ Ces volets sont : 1^o) le suivi individuel ; 2^o) l'accompagnement communautaire et 3^o) l'action intersectorielle.

⁹⁰ La DSP invoque les besoins du milieu et rappelle à la Régie que les actions pour lesquelles un financement est demandé (dont *NEGS*) font l'objet d'un large consensus quant à leur efficacité et leur efficacité, qu'elles font partie des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et qu'elles font l'objet d'une recommandation formelle du Conseil des directeurs de santé publique approuvée par la Conférence des régies (Référer au document de planification du 16 avril 1998). Elle invite par ailleurs la Régie à financer ces activités, de

les CLSC que par la Direction des programmes (DP) pour les organismes communautaires. En effet, au cours de ce même exercice la DP, par ailleurs nullement concernée par l'actualisation des *PNSP*, demande également à la Régie de rehausser le financement de base des organismes communautaires, conformément aux orientations récemment développées dans son plan de redressement quinquennal.

À terme, les organismes communautaires tout comme les CLSC verront leur financement de base rehaussé par la Régie⁹¹. Toutefois, pour le secteur communautaire, ce financement est moindre que celui annoncé. Il est par ailleurs dédié aux missions des organismes, ce qui n'inclut pas la mise en œuvre de *NÉGS*. Pour la DSP cette concurrence ponctuelle, générée par la rareté des ressources et le manque de coordination au palier central, constituera un obstacle supplémentaire pour la mise en place du programme.

Du côté des sept CLSC, le financement octroyé pour l'année 1998-1999 sera de 297 671 \$, dont 215 614\$ est dédié à l'implantation de *NÉGS*. Une somme de 90 000\$ est mise en réserve pour la formation⁹², 76 440\$ est octroyé aux CLSC pour l'engagement des organisateurs communautaires pour le volet d'action intersectorielle (10 920\$/CLSC) et 49 174\$ est réparti au prorata de la clientèle estimée. On indique également que le budget récurrent prévu pour l'implantation du programme sera de 323 578\$. Une reddition de compte est prévue, incluant un rapport sur l'état d'avancement de l'implantation du programme et, si disponibles, des données sur les clientèles déjà rejointes⁹³.

Tableau 3 Financement accordé aux CLSC pour l'implantation d'un programme de type *NÉGS*

	Programme intégré en périnatalité			
	Formation	Organisateurs communautaires	Suivi clientèle	Total
1998-1999 ⁹⁴	90 000\$	76 440\$ (10 920\$ / CLSC)	49 174\$ (réparti au prorata dans les terr.)	215 614\$
1999-2000 ⁹⁵				323 578\$

sorte à enfin soutenir le virage en Prévention – Promotion mis de l'avant dans ses derniers plans stratégiques. En outre, la DSP demande un rehaussement de 50 % (et non de 100%) du coût réel des activités, de sorte à procéder à une juste répartition entre les CLSC et à ne pas pénaliser les établissements ayant déjà mis en place et soutenant des activités intégrées en périnatalité.

⁹¹ La décision est prise en juin 1998. En janvier 1999, la DSP informe les DG des sept CLSC du montant dédié au rehaussement financier de leurs activités de base – secteur périnatalité et petite enfance.

⁹² Ce montant, qui couvre 1998-2002, est destiné à la formation s'adressant à l'ensemble des acteurs, publics et communautaires, du programme.

⁹³ En attachant des conditions spécifiques de reddition de compte au versement de ces budgets de Prévention - Promotion, la DSP veut éviter que ceux-ci ne soient fondus dans les activités courantes des CLSC. On note que, pour 1998-1999, la reddition de compte est sommaire et que celle des années à suivre sera discutée avec les coordonnateurs jeunesse. La DSP rappelle aux DG de CLSC que ces actions de santé publique découlent des *PNSP* et qu'une reddition de comptes annuelle est obligatoire auprès du MSSS.

⁹⁴ Pour le programme, on compte 12 mois de l'organisateur communautaire + 49 174\$ divisé au prorata du nombre de mères visées sur chaque territoire de CLSC (Référer à l'annexe 1 de la correspondance du 13 janvier 1999).

⁹⁵ Ces coûts sont estimés de la façon suivante : à partir du nombre de naissances de mères ayant une scolarité de moins de 11 ans, avec un objectif de 50% x 20 suivis x 60\$ / suivi + 20 déplacements x 5.10\$ / déplacement + 1 organisateur communautaire pour l'intersectoriel à 14 heures / semaine x 30\$ / heure x 52 semaines, avec ajustements, pour balancer le total à 500 000\$ (Référer à l'annexe 2 de la correspondance du 13 janvier 1999).

Avec le dégagement d'un financement pour l'implantation de *NÉGS* dans les territoires, la DSP positionne régionalement la Prévention - Promotion en se plaçant en intermédiaire entre les CLSC et la Régie. Elle rallie le gestionnaire de fonds régional autour des objectifs et solutions mis de l'avant par le palier provincial, à la DGSP, lui indiquant le passage à réaliser pour s'inscrire en continuité de son mandat et de ses orientations régionales. Simultanément, elle se donne des atouts pour intéresser les CLSC. La portée de cet effort stratégique sera néanmoins tempérée en raison des budgets déficitaires des CLSC et des iniquités interterritoriales de financement observées. Elle sera également atténuée par la situation toujours précaire du financement de base des organismes communautaires et la controverse opposant leur Regroupement régional et la Régie, en ce qui a trait aux réseaux de services intégrés.

1.1.2 Une deuxième condition : donner à *NÉGS* une couleur régionale et reconnaître les acquis des territoires locaux

C'est dans ce contexte que la DSP des Laurentides entreprend de coordonner l'implantation. Deux considérations guident son approche, soit la nécessité d'agir avec rigueur dans le dossier, mais également avec souplesse, de sorte à ne pas anéantir sur le terrain le fruit de plusieurs années de pratique. Dès septembre 1998, elle produit un *Guide d'implantation régional, Naître Égaux – Grandir en santé Laurentides*, largement inspiré du programme-cadre. Il se veut un guide concis, aux couleurs régionales, auquel peuvent s'identifier les acteurs locaux, et qui positionne les aspects du contenu du programme retenus dans la région⁹⁶. Ce guide illustre bien l'approche d'implantation qui sera mise de l'avant par la DSP tout au long du processus. Elle sera en partie technocratique, adoptant les principaux éléments du programme – cadre; elle sera adaptative en ce qui a trait aux conditions d'implantation, laissant aux acteurs une marge de manœuvre pour actualiser le programme selon les acquis, les dynamiques et les données locales.

Suivant l'élaboration de cet outil, à l'automne 1998, la DSP introduit auprès du comité régional jeunesse, réunissant les sept coordonnateurs jeunesse des CLSC, le programme et les modalités de son implantation⁹⁷. Bien que les CLSC soient les partenaires de premier plan⁹⁸, il est mis de l'avant devant ces acteurs institutionnels que la participation du secteur communautaire représente le premier défi du déploiement⁹⁹. Et, pour la DSP, en raison de sa connaissance de la périnatalité, du terrain, de la pratique et des acteurs, la reconnaissance des acquis des territoires se présente comme un passage

⁹⁶ La participation au Groupe de travail national *Naître Égaux – Grandir en santé* allait également dans le sens d'un soutien mutuel entre les régions eu égard aux différents contextes d'implantation tout en maintenant une vision commune du programme. La mise à niveau du programme par le GTN - *NÉGS* alimenté par l'apport des répondantes régionales est d'ailleurs un effort réalisé dans le but d'apporter un ancrage plus solide au programme.

⁹⁷ L'accent est mis sur le rehaussement du financement de base ainsi que sur la formation qui sera dispensée. La DSP informe en outre le CRJ que 90 000\$ est réservé à la formation pour 1998-2002. Elle présente les modalités et le contenu des formations et s'enquiert de la disponibilité des équipes et des besoins des territoires. Cette démarche, réalisée par voie de questionnaire, s'appuie sur l'expérience pilote d'Argenteuil ayant montré que la formation profite davantage lorsqu'elle est adaptée aux besoins locaux. Les acquis en lien avec l'expérience pilote d'Argenteuil ont ainsi permis d'accroître, à certains égards, le réalisme de l'implantation régionale du programme.

⁹⁸ Le programme-cadre précise que les CLSC ont un rôle de réalisation des activités, qu'ils sont le lieu d'ancrage du programme au palier local, responsables de l'intervention prénatale et partenaires de premier plan du développement du postnatal, là où les organismes communautaires sont vus comme des partenaires disposant d'une expertise considérable.

⁹⁹ L'expérience conduite dans Montréal-Centre a en effet montré la difficulté d'implanter le volet d'action intersectorielle, une fois l'implantation du volet de suivi individuel déjà amorcé par les CLSC.

obligé pour l'implantation harmonieuse du programme dans la région. En décembre 1998, et pour parfaire sa connaissance du milieu, elle dresse un portrait des activités des CLSC et du secteur communautaire qui concernent les suivis individuels, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle. Cela lui permet d'apprécier le degré d'actualisation « naturelle » du programme au palier local, d'identifier les organismes concernés par *NÉGS* et les espaces d'intervention pouvant encore être investis ou consolidés pour rencontrer les objectifs du programme¹⁰⁰, de même que les manques à gagner que généreront sur le terrain sa mise en place.

Ce faisant, la DSP approche la situation de façon résolument stratégique. Elle approfondit d'abord ses connaissances quant à l'identité des acteurs à rallier, de sorte à être en mesure de leur faire une proposition de collaboration qui soit acceptable à leurs yeux, compte tenu de leur identité, de leur mission ainsi que de la forme et de l'actualisation de leurs activités. Elle tente également d'identifier les enjeux que comporte l'implantation du programme pour les acteurs, selon qu'ils sont des organismes communautaires famille ou des CLSC. Cette approche de planification indique une sensibilité au contexte et aux acteurs dans le sens d'un médiateur tentant de rallier les parties en premier lieu sur des espaces de collaboration auxquels ils peuvent consentir, compte tenu de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font déjà et de ce qu'ils peuvent faire sans trahir leur identité et leur mission. En augmentant ses connaissances de la situation et des acteurs, la DSP se donne également des outils pour éviter d'activer les obstacles à la collaboration. Sa démarche est donc stratégique, dans le sens politique du terme.

1.1.3 Un appel aux acteurs fondé sur le guide d'implantation régional *NÉGS-Laurentides*

C'est au printemps 1999 que la DSP fait un premier effort d'intéressement auprès du terrain, visant l'ensemble des partenaires concernés¹⁰¹. Elle organise deux journées de sensibilisation, s'adressant aux CLSC et à leurs partenaires sectoriels, intersectoriels et communautaires (CH, CJ, Centre local d'emploi – CLE, organismes familles, etc.), où elle annonce le lancement du programme dans la région¹⁰². Lors de ces journées, *NÉGS* est présenté comme un programme intégré qui pose comme premier défi la consolidation et le développement du travail concerté au niveau local par la mise en place d'actions et de services intégrés pour les familles et les jeunes enfants vivant en contexte de très grande pauvreté. Au cours de la première journée de sensibilisation, on indique que l'implantation de *NÉGS* repose sur deux sources de financement : 1^e) la première source est la consolidation de base des CLSC, spécifiquement dédiée à *NÉGS*, qui vient financer deux volets du programme, soit les suivis à domicile effectués par les CLSC et le soutien à l'action intersectorielle; 2^e) la deuxième source n'est pas spécifiquement dédiée à *NÉGS* mais « *vient fournir une base pour soutenir l'implication et la*

¹⁰⁰ Les coordonnateurs (trices) de CLSC soulignent alors l'importance de la démarche et se montrent préoccupés de protéger leurs liens de collaboration, qu'ils savent parfois fragiles, avec le secteur communautaire. Ils demandent à la DSP de clarifier d'entrée de jeu (lors de la formation) les rôles et mandats de chacun, de sorte à instituer un partenariat et non une situation de jeu de pouvoir, et ce, pour le plus grand bénéfice de la clientèle (Référer au procès verbal du CRJ, 22 janvier 1999).

¹⁰¹ Cette approche diffère de celle employée par la DSP de Montréal-Centre qui avait d'abord mis l'emphase sur la constitution des équipes interdisciplinaires en CLSC, avant de tenter la mobilisation du milieu communautaire.

¹⁰² Ces journées regroupent chacune trois territoires, le CLSC d'Argenteuil faisant office de site témoin. Les territoires de CLSC Jean-Oliver-Chénier, Thérèse-de-Blainville et Pays d'en Haut assisteront ainsi à la journée du 24 février, tandis que les territoires de CLSC Arthur-Buies, Trois-Vallées et Hautes-Laurentides assisteront à la journée du 7 avril 1999.

contribution originale et essentielle des organismes communautaires», soit l'exercice de consolidation du financement minimal de base des organismes communautaires ayant été entrepris cette année (1999) et appelé à se poursuivre sur quatre ans (*NÉGS – Laurentides*, février 1999, p. 16). Les CLSC sont ainsi identifiés comme étant maîtres d'œuvre et imputables de l'action tandis que les organismes communautaires sont interpellés sur la base de leur mission. Le financement de cette mission vient d'être rehaussé par la Régie, indique la DSP. D'autre part, cette mission justifie qu'ils participent à la mise en œuvre de *NÉGS* puisqu'il s'agit de mieux desservir les mères et leurs enfants vivant dans un contexte d'extrême pauvreté. Devant la proposition de la DSP, les partenaires manifestent toutefois peu d'enthousiasme et demeurent plutôt dans l'expectative.

Confrontée à la position de retrait des partenaires communautaires¹⁰³, lors de la première journée annonçant le lancement du programme, la DSP resserre l'effort d'intéressement lors de la deuxième journée, ayant lieu en avril 1999. Elle opte alors pour un positionnement plus clair des enjeux, notamment des rôles et responsabilités de chacun de même que des modalités de financement associées à la mise en œuvre du programme¹⁰⁴. La DSP prend ainsi le parti de préciser que seuls les CLSC recevront un financement dédié à l'application du programme. Elle indique toutefois que ce choix a été fait considérant les orientations régionales d'investir tout financement additionnel du secteur communautaire en financement de base des organismes. Elle souligne que la participation des organismes communautaires se fait sur une base volontaire et reconnaît leur autonomie tout en insistant sur leurs acquis dans le domaine et l'importance de leur contribution. En ce qui a trait au financement, elle les renvoie à la DP de la Régie et à son plan de rehaussement du financement de base des organismes communautaires¹⁰⁵, tentant de s'en distinguer au plan de la mission. La DSP met de l'avant le fait que les organismes ont des clientèles communes avec les CLSC et qu'il s'agit de mieux desservir sur un même territoire les mères en situation d'extrême pauvreté. Elle reconnaît ouvertement que les modalités pour la mise en œuvre du volet d'action intersectorielle de *NÉGS* ne sont pas connues, compte tenu du démantèlement des consortiums dans la région, et ne sachant pas si les instances vont continuer de fonctionner de la même façon. Au chapitre des arrimages entre les secteurs public et communautaire, la DSP indique qu'il appartient aux CLSC et aux organismes de travailler sur une base locale, selon les dynamiques en place, mais offre du « soutien à la carte » dans les territoires pour clarifier les paramètres du programme.

À lui seul, cet effort de clarification des enjeux ne donne pas davantage lieu à une mobilisation des acteurs communautaires dans le programme. Les organismes communautaires continuent de s'interroger sur le rôle que veut leur voir jouer la DSP dans la mise en œuvre, l'identifiant en bonne partie à la Régie en tant que planificateur et bailleurs de fonds régional. En outre, la position de la Régie régionale en lien avec la venue de ce nouveau programme demeure imprécise aux yeux des acteurs. La gestion et la répartition de l'enveloppe budgétaire tout comme la question des réseaux de

¹⁰³ Suite à la première journée de sensibilisation, la DSP se dit sensible au fait que les organismes communautaires soient demeurés en retrait, ne s'exprimant pas en lien avec ce qui leur était présenté, comme s'ils demeureraient confondus, perplexes, ne sachant trop que penser de ce nouveau programme.

¹⁰⁴ La DSP présente une version remaniée du *Guide d'implantation NÉGS - Laurentides* (mars 1999) (Référer à l'annexe 1).

¹⁰⁵ Ce choix, qui a fait l'objet de moult débats au printemps 1998, a finalement été approuvé par les représentants des différentes instances au C. A. de la Régie régionale des Laurentides au mois de juin de la même année.

services intégrés, objectif poursuivi régionalement, continuent de préoccuper les organismes qui appréhendent les attentes que nourrit envers eux le réseau de la santé. La DSP poursuivra son effort d'intéressement, en offrant de la formation aux intervenantes et un soutien dans les territoires, pour clarifier les paramètres d'implantation du programme.

Dès cette première étape, l'effort d'intéressement de la DSP auprès des partenaires pressentis pour la mise en œuvre du programme comporte plusieurs aspects intéressants. D'abord, par le lancement du programme, en s'adressant simultanément aux acteurs institutionnels - les CLSC - et aux acteurs communautaires, la DSP tente d'associer l'ensemble des partenaires dès le début de la mise en place du programme. Cette approche a l'avantage d'être ouverte et transparente à l'endroit des organismes communautaires et de mettre en place une dynamique qui se veut égalitaire à l'endroit de ceux-ci, les plaçant de la sorte en partenaires de la première heure, au même titre que les CLSC. Il y a dans cette approche une reconnaissance des acquis et des atouts du secteur communautaire qui indique que le rôle pressenti pour les organismes dans l'implantation du programme est à valeur égale à celui des CLSC. L'égalité des partenaires est une condition de succès pour l'implantation qui peut garantir par la suite la solidité du réseau d'acteurs et le maintien du programme. Deuxièmement, la DSP, devant le constat que les organismes communautaires réagissent peu à la proposition mise sur la table lors de la première journée de sensibilisation, anticipe le conflit susceptible de les rendre dubitatifs quant au rôle leur étant pressenti. Pour éviter le cantonnement des acteurs dans des positions strictement sectorielles, la DSP adopte une approche médiatrice en ouvrant la controverse où elle nomme clairement les enjeux entourant ce qui est pour eux à perdre (absence de financement additionnel) et à gagner (desservir mieux, davantage de mères défavorisées). Pour un médiateur, positionner ainsi clairement les enjeux en indiquant les espaces qui peuvent ou non être consentis, compte tenu des missions respectives des acteurs (notamment le fait que la DSP n'est pas en position pour dégager un financement additionnel aux OC) est une approche basée sur la transparence et sur le respect de l'identité des acteurs. Respecter l'identité des acteurs et leur espace décisionnel se présente comme l'une des conditions essentielles pour opérer un partenariat qui soit réussi et qui tienne dans le temps. Avant de s'établir, ce partenariat procède toutefois, dans le cas à l'étude, de la mise en évidence de certaines controverses et de leur résolution.

En effet, le déploiement d'un programme visant à rejoindre de façon continue et intensive une tranche limitée des familles vivant dans des conditions de grande pauvreté et d'exclusion (GPE), bien qu'il soit l'opportunité de camper et d'actualiser la mission de prévention et de promotion en CLSC, pose de nouveaux enjeux : 1^e) il demande un investissement important comparé aux autres familles; 2^e) il révèle un sous-financement des CLSC et des disparités interrégionales; 3^e) il réanime le manque de financement du PCNP pour les nouvelles mères qui seront rejointes et 4^e) le contexte financier place en concurrence les CLSC implantant *NÉGS* et les organismes communautaires réalisant déjà des activités préventives dans ce champ d'intervention. Deux controverses se révéleront dans la suite de l'effort de la DSP pour la mise en œuvre du programme au palier local, d'abord du côté des CLSC, puis, presque simultanément et comme il était à prévoir, avec les organismes communautaires. C'est la résolution des controverses qui témoigne de l'approche de planification adoptée et du type de collaboration et d'arrangements qui en résulteront.

1.1.4 Une première controverse sur le financement des CLSC : évolution et résolution

C'est au cours de l'été 1999, suivant les deux journées de sensibilisation, que la DSP confirme aux CLSC leur rehaussement financier accordé par la Régie régionale. Elle leur indique qu'en s'engageant formellement à implanter le programme *NEGS* dans les six prochains mois, la moitié de la somme dédiée leur sera versée.

Bien que les équipes « Enfance – Jeunesse - Famille » des CLSC soient favorables à ce programme, qui se présente avec un certain financement pour rejoindre une clientèle peu desservie, les exigences associées à son implantation font largement contrepoids¹⁰⁶. En effet, le programme introduit une nouvelle clientèle, à partir de ressources déjà limitées. En outre, les critères d'admission de cette nouvelle clientèle et les objectifs imposés étant très spécifiques, la délicate décision d'admettre ou non une femme enceinte au programme repose sur les intervenantes. Cette situation les oblige à enfreindre une règle d'éthique professionnelle qui consiste à offrir un très bon service au maximum de clientes possible puisqu'elles doivent choisir d'en exclure et de travailler en intensité auprès de certaines autres. Les intervenantes se trouvent ainsi plongées dans l'incapacité de répondre de façon qualitative et quantitative à l'ensemble des besoins de la clientèle du territoire et de façon adaptée pour toutes celles qui sont en situation de GPE. Par ailleurs, il apparaît aux yeux des intervenants surchargés et des cheffes de programme que cette initiative, bien que louable, est en partie actualisée dans la région, puisqu'on dispense déjà des services aux femmes des milieux défavorisés avec des programmes comme OLO et PCNP¹⁰⁷.

De plus, les CLSC desservant les clientèles les plus vulnérables de la région connaissent, depuis la mise en place du virage ambulatoire en 1994-1995, un sous-financement chronique, compte tenu du profil de la population desservie ainsi que de la nature et de l'intensité des services offerts. Cette situation s'ajoute à la disparité interrégionale du financement. Pour ces CLSC, le rehaussement de l'allocation financière proposé par la Régie régionale est vu comme l'occasion de signaler le nécessaire redressement en lien avec cette disparité interrégionale, plutôt que comme un appel à accentuer les services en Prévention - Promotion pour les tout-petits.

Pour la DSP des Laurentides, emporter l'adhésion et la motivation des CLSC pour poursuivre l'implantation du programme, avec moins de ressources qu'en phase d'expérimentation, constituera un défi auquel elle s'attaquera par la reconnaissance des acquis. Elle fera notamment valoir aux acteurs

¹⁰⁶ Rappelons que le programme commande un important changement de pratique, avec le recours à une intervenante privilégiée soutenue par une équipe interdisciplinaire ainsi que l'implication d'un organisateur communautaire.

¹⁰⁷ Faire reconnaître par les CLSC que la clientèle en extrême pauvreté n'est pas rejointe ne constituera cependant pas un enjeu, tel que cela a pu être le cas dans la région de Montréal au cours de l'implantation des priorités régionales 1995-1998. D'après les acteurs, les CLSC des Laurentides savaient qu'une frange de la clientèle n'était pas rejointe. Cette réalité deviendra encore plus évidente à leurs yeux avec la mise en place dans la région du programme *Du bon pied*. Dans le cadre de ce programme, les CLE (centres locaux d'emploi), recevant les demandes de prestations spéciales des femmes enceintes bénéficiaires de la sécurité du revenu, recueillent leur consentement écrit pour que le CLSC puisse leur offrir des services de périnatalité. Ce programme en implantation dans les Laurentides révèle l'existence d'une clientèle lourde non encore rejointe, parce qu'elle ne demande généralement pas de services. En 2002, on souligne que le versement de prestations d'aide sociale, par le CLE, aux jeunes mères de moins de 18 ans dès la vingtième semaine de grossesse, dans le cadre du *Programme de soutien aux jeunes parents*, aura sans doute pour effet d'accroître la visibilité de cette frange de la clientèle marginalisée, d'en faciliter le démarchage mais également d'accroître la demande pour les services du programme *NEGS*.

que le programme est déjà en partie actualisé dans la pratique, leur indiquera l'intérêt pour eux de voir cette pratique reconnue, en plus de l'intérêt de bénéficier d'un rehaussement financier et de rejoindre une plus grande clientèle¹⁰⁸. La demande faite aux CLSC de s'engager formellement dans le programme aura néanmoins pour effet de révéler certains irritants majeurs, compte tenu du financement partiel des activités. Les CLSC soulignent la lourdeur de la tâche de mettre en place et de soutenir les équipes multidisciplinaires; ils signalent à la DSP leur sous-financement en ressources d'intervention sociale; ils se découragent devant les objectifs de recrutement de clientèle demandé et le manque à gagner qui sera observé dans les programmes *OLO* avec l'arrivée de la nouvelle clientèle¹⁰⁹. Dans le contexte, les objectifs de recrutement fixés par la DSP n'apparaissent pas réalistes et la position des CLSC est à l'effet que sans un assouplissement de ce côté, ils se trouvent dans l'impossibilité d'implanter le programme.

Dès septembre 1999, la DSP, qui souhaite une implantation harmonieuse et la plus réaliste possible du programme, et aussi parce qu'elle ne peut se passer de ces acteurs-clés que sont les CLSC, choisit de tenir compte des irritants et de leurs préoccupations en assouplissant les modalités. Elle propose de hausser le montant alloué à chaque suivi et de réviser temporairement à la baisse les objectifs de recrutement pour reporter l'atteinte de toute la clientèle cible à la troisième année d'application du programme¹¹⁰. La DSP souhaite ainsi que ces modalités pour une mise en place progressive des services faciliteront la planification financière des CLSC, sur trois années, le plein montant des allocations leur étant assuré d'année en année, conditionnellement à l'atteinte des objectifs qu'ils se seront fixés annuellement. Bref, avec les mêmes budgets et la moitié moins de clientes à rejoindre, la DSP entend donner aux CLSC une latitude pour apprendre à travailler en interdisciplinarité. En regard de cet assouplissement, la DSP réitère sa demande aux CLSC de s'engager formellement à débiter l'implantation du programme et les invite à présenter des objectifs à atteindre localement au cours des trois prochaines années^{111 112}. Suivant ces modifications, les CLSC s'engagent au cours de l'automne 1999 à implanter le programme selon des objectifs clientèles qu'ils se sont eux-mêmes fixés¹¹³.

¹⁰⁸ À cette période, les résultats préliminaires sur les effets de la phase prénatale du programme sont disponibles et diffusés. Ces résultats peu concluants quant aux effets sur la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance demeurent cependant marginalisés et seront peu pris en compte dans la problématisation. Ils n'entraveront pas davantage le processus d'intéressement des acteurs locaux et régionaux : la vraisemblance du programme-cadre n'est pas questionnée non plus que le changement de pratique lui étant associé. Les résultats indiquant par ailleurs que la clientèle s'est trouvée rejointe par le programme dans la proportion attendue de 50%, il s'agit d'un chiffre qui souligne une progression dans la capacité du programme afin de rejoindre la clientèle la plus défavorisée, ce qui en soit peut être perçu comme un gain non négligeable.

¹⁰⁹ Dans la région quatre CLSC et quatre organismes communautaires administrent le programme *OLO* (œufs, lait, oranges), avec un financement du Programme canadien de nutrition périnatale (*PCNP*) et du *PACE*. Ce financement est limité et ne couvre pas les nouveaux besoins.

¹¹⁰ La DSP concède également plus de latitude sur le critère d'admission au programme que constitue le secondaire V.

¹¹¹ Par exemple, pour le CLSC des Hautes-Laurentides le 50% de la clientèle visée correspond à 32 nouvelles clientes par année. Ce CLSC, dans le contexte de l'assouplissement des modalités, a proposé de rejoindre 13 clientes la première année, 23 la deuxième année et 32 la troisième année, atteignant ainsi le 50% en 2001-2002.

¹¹² De façon concomitante, la DSP assure les CLSC que les nouveaux budgets en lien avec les programmes fédéraux seront arrimés avec le programme *NÉGS* et la nouvelle demande engendrée. Les programmes comme *OLO*, *PACE*, *PCNP* sont visés, mais cette lecture s'étend à d'autres programmes, existants ou à venir, qui viendraient avec ou sans budget s'adresser à la même clientèle, tel par exemple le *PSJP*.

¹¹³ Les projections clientèles réalisées par les 7 territoires montrent qu'en 2002, la région des Laurentides peut espérer rejoindre non pas 50% mais bien 40% de la clientèle visée sur l'ensemble du territoire.

Au bilan, les déplacements consentis par la DSP permettent aux CLSC de prendre le rôle que le programme leur destine. Le repositionnement de la DSP montre qu'elle a dû tenir compte de la réticence des CLSC, ceux-ci disposant d'atouts considérables, dont le fait qu'ils sont les dispensateurs de services au palier local. L'ouverture qu'elle a démontrée s'est présentée comme la seule issue possible pour l'implantation du programme, compte tenu du sous-financement offert aux instances locales. La rapidité avec laquelle elle entreprend de rouvrir l'espace de négociation indique que l'approche de planification adoptée s'avérait d'entrée de jeu participative et adaptative. L'étude de ce cas montre les efforts faits pour planifier « avec » les acteurs. On assiste ainsi, en cours de processus, à l'émergence rapide d'un espace de négociation, investi à part égale par les acteurs, qui reflète l'égalité des rapports entre les paliers local et régional¹¹⁴.

L'engagement des CLSC débouche sur la prise de rôle des acteurs publics. La DSP offre à tous les partenaires du programme la formation à l'intervention en milieu d'extrême pauvreté¹¹⁵. Cette formation, adressée à l'ensemble des partenaires, fait par ailleurs office d'intéressement auprès des acteurs communautaires. Suivant cette formation, plusieurs CLSC organisent à l'été 1999 avec leurs partenaires communautaires des rencontres en vue de réaliser une appropriation locale et conjointe des paramètres du programme, sollicitant pour ce faire l'aide de la DSP^{116 117}. À cette période, compte tenu des difficultés rencontrées par les CLSC dans leurs tentatives d'associer les organismes communautaires à la mise en œuvre, au cours de l'été 1999, il est convenu de donner priorité au suivi individuel et à l'encadrement clinique des équipes multidisciplinaires. En effet, le contexte régional - local dans lequel vient s'insérer le programme pose des difficultés additionnelles en ce qui a trait au ralliement par les CLSC des acteurs communautaires, comme nous le verrons dans la controverse qui suit.

Ainsi, les équipes multidisciplinaires sont progressivement mises en place dans les CLSC et des suivis individuels sont réalisés auprès de la clientèle *OLO* déjà existante. Dès cette période, et, malgré les difficultés associées à sa mise en place, on note l'intérêt palpable des intervenantes pour ce changement de pratique. Celles-ci, dans l'ensemble, sont convaincues de sa pertinence, s'y investissent

¹¹⁴ Bien que cette issue suscite l'engagement immédiat des CLSC, il faut noter que cette controverse liée au sous-financement des activités - compte tenu des critères de sélection, de l'importance de la population à rejoindre et des objectifs du programme - persistera en filigrane de l'implantation et du déploiement comme une crise latente, menaçant à terme le maintien du réseau et, incidemment la viabilité du programme. Les intervenantes révèlent que les besoins auxquels on peut répondre par des services sont très grands et que les ressources ne peuvent suffire à la tâche.

¹¹⁵ D'après les CLSC cette formation a favorisé la cohésion et le rassemblement entre les acteurs publics et communautaires autour d'une même problématique.

¹¹⁶ Par exemple, le CLSC des Hautes-Laurentides, avec le Centre de la famille et La Mèreveille, procède à l'été 1999 à deux rencontres d'appropriation locale du programme (mai et juin). L'objectif est de tracer un portrait des services existants et des collaborations actuelles sur le territoire afin d'identifier les besoins d'arrimage et de référence en lien avec les trois volets du programme. À cette étape il sera jugé prématuré par les partenaires d'identifier les besoins d'arrimages et il est convenu d'attendre que soit formée l'équipe multidisciplinaire (implantation prévue pour l'automne 1999) et que soit mise en place la procédure d'Avis de grossesse qui fera en sorte que les médecins informeront le CLSC des grossesses sur le territoire, et ceci en phase prénatale. On reporte donc à l'automne 1999 la discussion sur les besoins d'arrimage (Référer au procès verbal du CLSC des Hautes-Laurentides, 9 juin 1999). Au cours de cette même période le CLSC des Hautes-Laurentides et le CLE tiennent une rencontre bilan sur leur première année de fonctionnement pour l'implantation du programme *Du bon pied*. Au total, 13 clientes ont été référées par le CLE au CLSC en 1999; 14 ne l'ayant pas été, on corrige le mécanisme de référence (Référer au procès verbal CLE-CLSC, 8 juillet 1999). On peut voir là un effort de démarchage de la clientèle et un effort d'ancrage des stratégies pour offrir les services de *NÉGS*.

¹¹⁷ La DSP participera ainsi à une vingtaine de rencontres dans les différents territoires, où il s'agira de clarifier les paramètres d'application du programme eu égard aux réalités et aux collaborations locales antérieures.

et explorent avec enthousiasme et habileté de nouveaux modes d'intervention. Elles sont dès le départ soutenues dans leurs démarches par une formation clinique, offerte à la carte par une spécialiste du domaine, initiative de la DSP des Laurentides¹¹⁸. Au cours de ce processus, les organisateurs communautaires¹¹⁹ sont invités à se joindre aux discussions de cas des équipes interdisciplinaires.

1.1.5 Une deuxième controverse sur l'autonomie et le financement des organismes communautaires : évolution et résolution

À la suite du lancement du programme, la DSP avait remis aux CLSC le mandat d'implanter le programme au palier local avec une offre de « soutien à la carte » dans les territoires locaux¹²⁰. Après quelques tentatives, on observe toutefois que les acteurs communautaires demeurent sur leur position et se montrent peu intéressés à participer au programme, même avec les CLSC pourtant leurs collaborateurs de longue date.

Si l'on observe dans les territoires des Laurentides plusieurs liens de collaboration entre les CLSC et les organismes communautaires familiaux entourant l'intervention en périnatalité, le partenariat public – communautaire sollicité par *NEGS* réintroduit au palier local les tensions qui opposent, au plan régional, le ROCL et la Régie régionale, en ce qui a trait aux enjeux que posent les missions et les intérêts respectifs de ces acteurs, puisqu'il s'agit, du moins pour le volet d'accompagnement communautaire, de définir des modalités de collaborations OC-CLSC et de rencontrer des objectifs définis par le réseau. Notamment, l'arrivée des CLSC dans un champ d'intervention leur étant traditionnellement réservé, soit celui de l'intervention auprès des familles en situation de grande pauvreté, n'est pas sans soulever des questions, entre autres, liées au financement. En effet, les organismes communautaires familiaux, en lutte constante pour leur survie, sont sollicités pour offrir des services à une clientèle additionnelle, spécifique, dont ils considèrent qu'ils la rejoignent en bonne partie déjà, cela sans argent neuf. En outre, cela menace en apparence leur accès aux fonds des programmes fédéraux dédiés à la clientèle sélective en périnatalité (*PACE / PCNP*)¹²¹, au moment même où les CLSC, au tournant de 1999, doivent gérer les coupures de fonds imposées par la Régie aux consortiums, sans compter que les CLSC sont littéralement entrés en compétition avec les

¹¹⁸ Ce soutien est donné par une psychologue du Centre St-Pierre selon les besoins particuliers des membres des équipes interdisciplinaires. À partir de discussions de cas, la thérapeute aide les intervenantes à décoder les situations rencontrées dans les milieux d'extrême pauvreté, de sorte à ce qu'elles reprennent du pouvoir sur l'intervention, trouvent des façons d'intervenir, et qu'elles retournent mieux outillées dans ces milieux parfois perçus comme hostiles, voire même dangereux. Ce soutien clinique s'est avéré approprié pour aider les intervenantes à s'adresser en intensité – et selon un mode interdisciplinaire – aux besoins des femmes vivant des situations de grande pauvreté et d'exclusion. Soulignons qu'il s'agit d'une initiative propre à la région et encore peu répandue, s'inspirant de l'expérience pilote du CLSC d'Argenteuil ayant montré les effets positifs d'un soutien adapté aux besoins particuliers des équipes plutôt qu'une formation mur à mur au travail en équipe.

¹¹⁹ Vu la multiplicité des structures de concertation intersectorielles déjà existantes, et en l'absence d'autre financement que leur propre salaire, ceux-ci ont la délicate tâche d'apporter sur les Tables locales déjà existantes la préoccupation des besoins des familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion visées par le programme.

¹²⁰ En ce sens, le palier régional entend bien ne pas s'immiscer dans les dynamiques locales, ni imposer un déploiement mur à mur du programme *NEGS*.

¹²¹ En effet, devant l'évidence que les CLSC feront, avec le programme, des suivis personnalisés en période pré et postnatale auprès des mères de milieu défavorisé, les organismes semblent anticiper la perte des ressources qu'ils reçoivent du gouvernement fédéral (notamment le programme *PACE*) pour offrir des services à cette même clientèle.

organismes communautaires, auprès de la Régie au printemps 1998, pour le rehaussement de leur propre financement de base avec, pour les organismes, des montants moindre que prévus. Somme toute, un contexte qui favorise entre CLSC et organismes communautaire la concurrence bien davantage que la coopération.

◆ **La position des CLSC**

Les CLSC se retrouvent, au moment de la mise en place de *NEGS*, dans une situation peu confortable vis-à-vis leurs partenaires. En raison de leur longue tradition de collaboration avec les organismes, dès le moment où la DSP leur annonce la venue du programme, les CLSC se montrent préoccupés de bâtir un partenariat égalitaire avec les organismes communautaires, comportant des rôles et mandats clairs. Leur rôle d'administrateurs locaux des fonds dédiés par la Régie aux consortiums, depuis leur mise en place au tournant de 1997, les place dans la situation délicate de devoir démanteler ce programme en 1999, portant l'odieux d'appliquer au palier local la décision de la Régie de réorienter l'argent des consortiums vers le financement de base des organismes, ceci au moment même d'implanter *NEGS*.

Pour illustrer, citons l'exemple du territoire du CLSC des Hautes-Laurentides qui, dans le contexte des consortiums, recevait en 1997-1998 plus de 700 000\$, comparativement à 70 000\$ en 1996 pour la réalisation d'activités issues de la concertation locale¹²². Dans ce cas, plusieurs organismes avaient reçu un financement substantiel pour la conduite d'activités, de nouveaux programmes, de nouvelles expérimentations dont plusieurs répondant à une clientèle *NEGS*, sans compter la mise sur pied de nombreuses ressources communautaires. Opérer les coupures aux consortiums se présente donc pour les CLSC comme une déconvenue importante pour le ralliement des acteurs communautaires à la mise en œuvre du programme.

◆ **La position de la Régie régionale des Laurentides**

Au printemps 1999, alors qu'elle amorce sa consultation dans le cadre de la préparation de ses prochaines orientations régionales, la Régie avait assuré le ROCL que les réseaux de services intégrés ne seraient pas mis en place localement tant que des balises régionales n'auraient pas été définies de manière à garantir des conditions de réussite. Bien qu'ayant démontré une certaine ouverture, la Régie, pendant la période de déploiement (2000-2001), émettra clairement ses positions en ce qui a trait aux missions et aux intérêts respectifs des acteurs. Ainsi, au regard des réseaux de services intégrés, la Régie affirme qu'il s'agit d'une réalité incontournable et que si les organismes ne veulent pas y collaborer, la Régie devra se tourner vers d'autres partenaires. Cette position se situe alors dans la mouvance observée au palier central et la tendance à re-centraliser le financement des organismes (financement de base, financement pour activités spécifiques et financement par projets), dans la

¹²² On note également qu'avec 760 000\$, la MRC était la mieux pourvue et ceci s'explique du fait qu'il s'agit d'une région où l'on retrouve beaucoup de pauvreté, comparativement aux autres bassins de MRC dans les Laurentides.

foulée de la politique du Secrétariat à l'action communautaire autonome (2000-20001) et de la Commission Clair (2000)¹²³.

◆ La position des organismes communautaires

À l'automne 1999, alors que les CLSC s'engagent à implanter le programme, les organismes communautaires concernés (9), dont plusieurs ont participé dans leurs territoires respectifs à des rencontres locales d'appropriation du programme, veulent clarifier leur rôle et leur statut en lien avec la question des réseaux de services intégrés qui s'inscrit en arrière plan de l'implantation du programme et demandent pour ce faire l'appui de leur regroupement régional¹²⁴. Ainsi, le ROCL interviendra-t-il à cette étape critique de l'enrôlement des organismes communautaires pour rappeler à la DSP sa position devant les réseaux de services intégrés.

Compte tenu des enjeux et de la situation régionale, le ROCL agira en porte-parole, pour faire préciser les rôles attendus des organismes communautaires, vu l'aspect intégré du modèle d'intervention périnatale proposé. Il est ainsi rappelé à la DSP que les organismes veulent pouvoir participer sur une base volontaire au sein des réseaux de services intégrés, dans le respect 1^e) du cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires des Laurentides et 2^e) d'un protocole d'entente régional de base à négocier entre la Régie et les organismes, déterminant les balises et modalités devant prévaloir lors de la signature d'ententes de services¹²⁵.

Le ROCL indique en outre la position de neuf organismes sollicités en lien avec chacun des aspects du programme. Il rapporte que, concernant le **suivi individuel personnalisé**, les organismes ne jugent pas souhaitable d'y participer pour le moment, et que le cas échéant cette participation se ferait à des conditions précises¹²⁶. Il indique que les liens de collaboration existants ne sont pas remis en cause par

¹²³ Outre la re-centralisation du financement opérée par le MSSS, la Régie tentera d'opérer un recadrage en réinvestissant de nouvelles sommes dès 2000 (Référer au document *Nouvelles répartitions budgétaires du 13 juin 2000*).

¹²⁴ On précise que « certains organismes ont refusé des rencontres conjointes avec le CLSC pour l'établissement d'un plan de services. Les raisons mentionnées sont en lien avec les pressions exercées par le ROCL sur la Régie régionale dans le cadre des modifications au niveau du financement des organismes communautaires » (CLSC des Pays-d'en-Haut Bilan de l'action intersectorielle, 2000-2001, p. 8).

¹²⁵ Le ROCL soutient que « Les organismes disposent d'une expertise spécifique et d'une autonomie qu'ils désirent maintenir entière en conservant certains acquis qui ne sauraient être remplacés par des normes instituant » (Correspondance du 20 septembre 1999, p. 3). D'autre part le ROCL rappelle que le rôle de complément des organismes communautaires n'est pas une option étant donné l'autonomie des organismes et le fait qu'ils tirent leurs mandats de la population et non du réseau public de la santé et des services sociaux. Les organismes sont par ailleurs soucieux de préserver leurs liens privilégiés avec les familles, en contrepartie des limites que celles-ci rencontrent dans le système public qui, avec ses contradictions internes, peut s'avérer générateur de contrôle. On mentionne que : « Par exemple, à cause de procédures telles que la tenue d'un dossier d'intervention et l'échange de renseignements entre professionnel-le-s, les familles peuvent associer les interventions du réseau public à un risque de délation et à un renforcement du contrôle social » (Correspondance du 20 septembre 1999, p. 3).

¹²⁶ La question de la participation des organismes communautaires à l'équipe interdisciplinaire et de leur imputabilité dans le programme a généré un débat sur la confidentialité. Du côté du réseau, on pense qu'il a pu s'agir là du motif invoqué pour offrir une résistance à l'intégration immédiate des organismes communautaires. On relève cependant que le contexte rural pose de façon singulière et paradoxale la question de la confidentialité. D'un côté, les clients sont généralement peu enclins à donner une autorisation à divulguer des renseignements personnels les concernant, que l'organisme premier de services soit le CLSC ou un organisme communautaire, parce que le contexte des petites localités fait en sorte qu'à partir de la simple description d'un cas, et même en l'absence de données nominatives, on peut réussir à identifier un individu. D'un autre côté, si les citoyens de la région composent avec le fait que les situations de tous sont connues de tous, en même temps, ils refusent de donner l'autorisation pour que l'information soit divulguée. Notons ici qu'en matière de confidentialité : i) les employés des organismes communautaires sont soumis à la loi sur la protection des renseignements personnels, au

cette position. Pour ce qui est du volet d'**accompagnement communautaire**, le ROCL précise que les organismes veulent continuer comme par le passé d'acheminer les références aux établissements du réseau, mais sans dossier personnel ou renseignements jugés confidentiels. Il mentionne que les organismes sont ouverts à continuer de recevoir des personnes référées par les établissements du réseau, mais dans le respect de leur mission, de leur capacité d'accueil, des ententes déjà établies, de l'accessibilité, du rapport volontaire et autonome entre les parties lequel inclut les personnes référées, et en accord avec les activités et les modes d'intervention déjà en place dans leurs organismes. Concernant le **volet d'action intersectorielle**, on rappelle que les organismes participent déjà aux regroupements et qu'ils maintiendront leur présence et leurs activités, estimant cet engagement utile. Il ne saurait toutefois être question que ces regroupements ne se limitent qu'au programme *NÉGS*. De plus, pour les organismes, le fait d'y réaliser, comme prévu dans *NÉGS*, des actions politiques et médiatiques leur semble positif¹²⁷.

Par cette position, les organismes indiquent ni plus ni moins qu'ils maintiennent les formes de collaboration antérieures mais sans se sentir partie prenante des objectifs de *NÉGS*, laissant les CLSC, par ailleurs imputables de l'action et bénéficiant d'un rehaussement de leur financement de base, aux prises avec l'obligation d'implanter le programme¹²⁸. On peut par ailleurs penser que l'une des raisons sous-jacentes pour ne pas se commettre est l'absence de financement¹²⁹.

Toutefois, dans ce contexte, et vu les positions de la Régie régionale, il semble que les organismes communautaires familiaux aient manifesté un intérêt à se rapprocher de la DSP dont la mission concorde davantage avec les objectifs qu'ils poursuivent auprès des familles. Les organismes communautaires soutiennent se sentir plus près d'une approche prévention – promotion (propre à la DSP) que d'une approche de services (Régie). Cette volonté de se rapprocher de la DSP pour faire reconnaître leur mission et identité en Prévention - Promotion pourra éventuellement constituer, pour les organismes communautaires, un enjeu, dans la mise en place de *NÉGS*.

même titre que ceux du réseau de la santé et des services sociaux non régis par le code de déontologie d'une corporation professionnelle (dans ce cas, c'est ce code qui s'applique; ii) les intervenants publics ou communautaires sont invités à signer un engagement solennel à respecter la confidentialité et à en informer leur clientèle. En matière de protection des renseignements personnels, les établissements publics sont soumis à la loi sur la santé et les services sociaux qui stipule (article 19) qu'aucun renseignement ne peut être divulgué sans le consentement de la personne; en référence à la loi sur la protection des renseignements personnels, la Commission d'accès à l'information balise ce consentement (Claude Doyon, DSP, 16 juin 1999 in Bilodeau 2000, p. 272).

¹²⁷ Ils mentionnent cependant être : « ...très perplexes quant à la prétention que des regroupements intersectoriels locaux consolidés puissent ou doivent favoriser la création de ressources communautaires » (Correspondance du 20 septembre 1999).

¹²⁸ De l'avis des acteurs du CLSC des Hautes-Laurentides, cette prise de position équivalait, pour les organismes, à ne pas se mêler de l'implantation du programme, ce qui rendait l'enjeu clair. Les acteurs locaux de CLSC se montrent toutefois convaincus que les groupes communautaires ne pourront pas indéfiniment rester à l'écart, étant fortement présents, administrant de longue date un programme d'action communautaire à l'enfance (PACE) bien implanté dans la région.

¹²⁹ Devant le climat peu propice à la collaboration avec le milieu communautaire et n'ayant pas d'argent à lui offrir, le CLSC des Hautes - Laurentides convient qu'il devient impossible de progresser en tentant de travailler sur tout à la fois. Il choisit de travailler à ce qui le concerne de près, il procède à l'embauche de l'organisatrice communautaire et décide d'œuvrer à la mise en place de son équipe interdisciplinaire, selon les principes et le modèle proposé, concentrant ses efforts à réaliser cet important changement de pratique.

◆ La position de la DSP

Suivant le positionnement des organismes communautaires par la voie du ROCL, la DSP devra à son tour clarifier ses positions. En réponse au ROCL, elle précise qu'il ne s'agit pas de signer dans l'immédiat une entente de partenariat entre les organismes communautaires et les établissements du réseau, mais bien plutôt d'établir quels sont les acquis des territoires eu égard aux trois volets du programme, « *ceci en concertation avec les organismes, en lien avec les CLSC qui sont responsables de l'implantation du programme* » (Référer à la correspondance du 13 octobre 1999). La DSP indique qu'il n'est pas dans son intention de mettre en péril l'autonomie des organismes concernés ni de forcer la collaboration. Finalement elle assure le ROCL et les organismes concernés qu'elle estime leurs préoccupations légitimes : « *...nous convenons avec vous de la nécessité que soient rencontrées les exigences liées au Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires, de manière à garantir équitablement la continuité de votre contribution* ». La DSP précise également que « *C'est donc avec la plus grande diligence que nous suivons les travaux entrepris par la Direction des programmes au regard des demandes que vous lui avez adressées* » (Correspondance du 13 octobre 1999). Cette position, qui sera reprise dans les rencontres locales de soutien à la carte, se fait sur le mode de la transparence¹³⁰, de la reconnaissance des enjeux et de l'arrimage des intérêts des parties et de la clientèle¹³¹. La DSP, malgré le moratoire imposé par la Régie sur les ententes de services au niveau local, fait valoir qu'elle respecte les positions régionales, mais qu'en dépit des négociations, la collaboration doit continuer, si tant est que l'on veut continuer à soutenir les mères dans le besoin. Elle s'appuie sur la préoccupation d'implanter le programme de la façon la plus harmonieuse possible sans saper, par trop de rigidité, les collaborations existantes. Dans cet esprit, pour faire évoluer l'implantation des volets d'accompagnement et d'action intersectorielle, la DSP met sur pied, en février 2000, une Table régionale des organisateurs et des travailleurs communautaires impliqués dans *NÉGS-Laurentides* (rencontres o.c./t.c.), en vue de les soutenir dans leurs démarches avec les partenaires locaux¹³² et de suivre l'évolution de l'implantation de ce volet du programme.

¹³⁰ A ce titre, la DSP fait circuler l'information et prépare périodiquement le terrain à s'ouvrir aux décisions qui ont été prises en lien avec la mise en œuvre du programme, ce dont témoigne la présence régulière de la répondante régionale aux différentes instances régionales.

¹³¹ La DSP elle-même en situation financière relativement précaire en ce qui a trait à la Prévention - Promotion dispose de peu à offrir aux organismes communautaires, qui tirent leur financement de la Direction des programmes. L'exercice de ralliement, dans ce contexte, peut se révéler ardu. Le fer de lance de l'argumentation de la DSP sera ainsi de mettre en relief les objectifs communs, poursuivis par les CLSC et les organismes communautaires, sur le terrain. Ainsi, la relance se fera-t-elle autour des objectifs respectifs poursuivis par les organismes et les établissements du réseau, soit d'offrir en prévention – promotion les meilleurs services possibles pour la mère défavorisée et son nouveau-né. Aussi, pour nourrir l'intéressement des organismes face au programme, les cartes de la DSP sont-elles la transparence et le constat du peu qu'elle peut offrir sinon la reconnaissance du travail de qualité se faisant dans les territoires, l'expertise spécifique des organismes communautaires auprès de la clientèle défavorisée, l'invitation à participer eu égard aux objectifs qui sont poursuivis mais strictement sur la base de collaborations librement consenties, donc qui relèvent du choix des organismes de participer ou non, sur un partage clair des rôles et des responsabilités, de même que l'assurance pour chacune des parties d'y trouver des gains.

¹³² Le but de ces rencontres est de permettre aux organisateurs communautaires rattachés au programme *NÉGS* de s'apporter un soutien mutuel pour la mise en place ou la consolidation de l'action intersectorielle, pour l'accompagnement communautaire et l'action d'influence (DSP, sans date). Dans son rôle de soutien, la DSP fournit de la documentation, des outils, de la formation ainsi que des documents d'orientation et de planification en lien avec *NÉGS*.

En réaction, le positionnement des organismes communautaires a emprunté deux voies concomitantes. D'une part, ils s'associent à la position de leur regroupement régional pour faire comprendre aux établissements du réseau qu'ils ne s'engageront pas dans quelque chose qui s'apparente à des réseaux de services intégrés, compte tenu des intérêts de la clientèle et, peut-on penser, de l'absence d'incitatif financier. En même temps, malgré le statu quo formel annoncé, les organismes contribuant de longue date avec les CLSC semblent avoir, dans les faits, réalisés des efforts pour situer leur contribution dans l'application du programme, compte tenu de leurs intérêts (desservir mieux plus de mères) et de leur mission. Ainsi, devant la préoccupation traduite par le ROCL de pouvoir conjuguer les intérêts des organismes et ceux du réseau, il semble que l'approche de la DSP ait été suffisamment médiatrice pour du moins maintenir les collaborations et en quelques endroits, contourner les obstacles dus aux enjeux régionaux entre le réseau et les organismes. Le travail d'approvisionnement et de clarification des intentions et des positions des parties, réalisées dans les rencontres de soutien à la carte ont, dans certains cas, ouvert la voie à une meilleure compréhension respective des points des vues et à des possibilités de collaboration¹³³.

Ce type d'échange traduit un rapport résolument égalitaire où les organismes communautaires sont sollicités à titre de partenaires à part entière, et ce dans la pleine reconnaissance de leur position sociale et de leurs savoirs, sauf au plan financier, la DSP ne disposant pas elle-même de la marge de manœuvre nécessaire. Dans le contexte de la planification régionale, on peut voir que la Direction de santé publique dans la poursuite de ses objectifs en Prévention – Promotion, de même que les organismes dans la revendication de leur autonomie et de leur approche communautaire, sont tous deux constamment en lutte pour leur survie, devant continuellement réaffirmer leurs acquis et leurs positions, tant en ce qui concerne leurs savoirs, qu'en ce qui concerne les limites observées d'une approche biomédicale curative. En cela, la DSP rejoint les organismes communautaires lorsqu'il est question de s'en remettre à des stratégies davantage communautaires d'intervention, compte tenu des limites déjà observées à l'approche individuelle, en aval des problèmes de santé et de bien être.

1.1.6 L'évolution des controverses sur le financement de l'action

C'est à la faveur de crédits additionnels attribués à la région dans le cadre du PCNP pour la période 2000-2003 que la DSP réaffirmera l'espace de concertation existant entre les organismes et les CLSC, mais en le redéfinissant autour des nouveaux besoins découlant de l'implantation de *NÉGS*, pour la référence et l'accompagnement communautaire. Ce programme fédéral imposant comme condition la concertation entre les partenaires du milieu, la DSP, qui agit comme conseillère auprès de l'acteur fédéral, demandera aux territoires de se concerter et de présenter des projets qui viendront répondre à l'accroissement de la clientèle généré par l'implantation de *NÉGS*^{134 135}. Cette demande, accompagnée

¹³³ Dans certains CLSC, on observe la négociation d'ententes débouchant sur des collaborations informelles.

¹³⁴ Il faut souligner que la concertation intersectorielle existait depuis 1992 dans le cadre du financement PACE et que l'intervention de la DSP ne vient que réaffirmer ces liens, les plaçant dans le contexte de *NÉGS*, mais changeant peu de choses à la pratique et aux activités.

¹³⁵ Le renouvellement des projets en cours est établi sur la base des critères élaborés les années précédentes. Les sommes additionnelles pour des projets concertés se greffent au renouvellement des projets déjà en cours. La présentation au C. A. de la Régie par la DSP en avril 2000 indique que : « *De manière à optimiser l'utilisation de ces crédits et en accord avec le représentant fédéral PCNP, nous avons*

de la possibilité d'un financement, fera en sorte d'amener les partenaires communautaires et les CLSC des sept territoires à présenter des projets concertés autour des objectifs de *NEGS*. Simultanément, les programmes fédéraux se voulant souvent un financement au soutien et à l'extension d'activités déjà en place, la DSP défendra ces projets auprès de l'acteur fédéral et de la Régie régionale, faisant valoir que leur mise en place fait en sorte que l'on rejoint davantage de mères qui vivent dans des conditions de grande pauvreté et d'exclusion (GPE) et qu'il faut répondre aux besoins de cette clientèle, nouvellement rejointe, par la bonification de programmes déjà en place, tels *OLO*, cuisines collectives, groupes d'achat en alimentation et ainsi de suite¹³⁶.

Mais sans cet effort de médiation de la DSP devant favoriser la collaboration public – communautaire pour l'implantation de *NEGS*, la concertation autour des objectifs de *NEGS* et des besoins découlant de sa mise en place existait déjà entre les CLSC et les organismes. Ceux-ci, avant le déploiement du programme et en dehors de la controverse régionale sur le financement et l'autonomie des OC opposant le ROCL et la Régie, transigeaient entre eux de façon égalitaire, dans le respect de leur identité et de leur mission respective. Cette tradition au palier local a donc également contribué à favoriser les collaborations intersectorielles à la faveur de *NEGS*. Cependant, cette mise en lien des fonds *PACE* et *PCNP* avec les besoins de *NEGS* a permis de renouveler la confiance des organismes et de leur indiquer qu'ils continueraient de bénéficier de ces sources de financement. En ce sens, on peut dire que la DSP démontre une intelligence certaine du contexte, des acteurs et de leur dynamique. Elle propose des points de passage acceptables aux différents acteurs, se situant en intermédiaire pour faciliter le transit des ressources, selon une vision intégrée de la périnatalité.

Au moment même où sont négociés ces arrimages judicieux avec les programmes *PACE* et *PCNP*, d'autres efforts sont consentis par la DSP pour accroître encore davantage la marge de manœuvre des acteurs au palier local.

Ainsi, la DSP adresse au C. A. de la Régie, en mars 2000, une nouvelle demande visant cette fois à faire financer 100% des activités de *NEGS*. Un budget de 291 820\$ (300 000\$) récurrent sera de la sorte accordé au programme *NEGS* par le C. A. de la Régie, dans le cadre du soutien aux priorités régionales. Le financement régional rehaussé à 100%¹³⁷, comme l'ensemble des nouvelles répartitions budgétaires, s'appuiera sur une méthode visant en partie à corriger l'écart de financement s'étant creusé

suggéré un renouvellement des projets actuels selon des critères identiques à ceux élaborés les années précédentes, en se basant sur les allocations budgétaires de l'année 1999-2000. À partir du 1 001 078\$, un montant de 560 673 (186 891\$ par année) demeure ainsi réservé au renouvellement des projets actuels (...) tandis qu'une somme de 440 405\$ devient disponible pour la bonification ou l'ajout de certaines activités (...) en lien avec l'appel nouveau de clientèle généré par l'implantation des programmes Naître Égaux – Grandir en santé et Du bon pied » (DSP des Laurentides, avril 2000, p. 2).

¹³⁶ Les projets financés sont des extensions de programmes déjà en place, soit : 1^e) Bien manger, Beau bébé des Hautes-Laurentides; 2^e) Bien manger, Beau bébé, Naissance-Renaissance; 3^e) Départ santé; 4^e) Maman, Bébé pour demain!; 5^e) Nutrition prénatale des Pays-d'en-Haut; 6^e) *OLO* plus Argenteuil; 7^e) *OLO* des Trois-Vallées et 8^e) Une chance de plus (Source : Direction de la santé publique des Laurentides (10 mars 2000). Programme canadien de nutrition prénatale (*PCNP*). Annexe II Recommandations de la Régie régionale des Laurentides. Renouvellement 2000-2003, 9 p.

¹³⁷ Précisons que ce rehaussement du financement, qui correspond pour l'ensemble des CLSC à une somme de 629 135\$, équivaut à un budget de 1 900\$ par femme suivie - considérant que la clientèle cible est de 327 mères. Le groupe de travail provincial *NEGS* ayant évalué à 3 800\$ par femme la mise en place du programme dans ses trois volets, il appert que le budget de la région inclut peu le financement de l'accompagnement communautaire (salaire 2-3 jours / semaine de l'organisateur communautaire) et pas du tout celui de l'action intersectorielle.

entre les CLSC¹³⁸ et les fonds affectés seront répartis en fonction de cette nouvelle donne¹³⁹. À la même période, certains CLSC du secteur sud de la région, entendus dans leurs revendications auprès de la Ministre quant à leur sous-financement et à la disparité interrégionale qu'ils doivent absorber, bénéficient d'un redressement financier substantiel de la part du palier provincial, également administré par la Régie¹⁴⁰. Au cours du même exercice, les organismes communautaires du secteur du développement social et communautaire et de la lutte à l'exclusion reçoivent à leur tour une somme de 300 000\$ (en juin 2000), ce qui éventuellement, facilitera la collaboration avec les organismes pour la mise en place de *NEGS*¹⁴¹. Ces efforts du planificateur régional, alliés au dégageant additionnel de financement de la part de la Régie, favoriseront, pour un temps du moins, la consolidation des activités au palier local.

¹³⁸ On relève entre autres la croissance démographique inégale et certains facteurs comme le faible revenu, pour expliquer cet écart de financement (Régie régionale, 13 juin 2000).

¹³⁹ A partir de ce moment le total des allocations équivaut aux sommes indexées, soit 337 315\$ initialement réparties au prorata de la population à rejoindre additionné du rehaussement budgétaire de juillet 2000, soit 291 820\$ alors réparti en fonction des besoins et du principe d'équité entre les CLSC. Ces sommes financent à la fois les suivis individuels à domicile pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant et la participation de l'organisateur communautaire 2 jours / semaine au développement de l'action intersectorielle (Direction de la Santé publique (2001). Répartition des allocations budgétaires 2001-2002. Activités en prévention et promotion de la santé période périnatale, 1 p.).

¹⁴⁰ Dans un communiqué de Presse émis par la Régie régionale des Laurentides le 13 juin 2000, on indique qu'une première phase de nouvelles répartitions budgétaires a eu lieu en avril 2000 alors que «... la Régie régionale avait réparti 16,3M\$ reçus de la ministre Pauline Marois pour rehausser les budgets de base des hôpitaux, des Centres jeunesse et de certains CLSC en difficulté, et une somme de 15,9M\$ pour aider les établissements à faire face à l'augmentation des coûts (conventions collectives, fournitures, etc.) » (p. 2).

¹⁴¹ La Régie rappelle dans son communiqué du 13 juin 2000 que « Les organismes communautaires ont reçu au total (pour les priorités nationales ou les priorités régionales) 600 000\$ pour rehausser leur financement de base, en dépit du fait que le ministère n'a accordé aucun développement budgétaire cette année pour ce secteur. Étant donné l'importance des organismes communautaires, entre autres, dans la lutte à l'exclusion, le développement social, le soutien aux personnes vulnérables, le conseil s'est engagé à ajouter 329 000\$ à ce montant pour se rapprocher davantage des objectifs de financement établis en 1998, dans l'éventualité plus que probable que de nouvelles sommes soient disponibles dans les prochaines semaines ou les prochains mois » (p. 2).

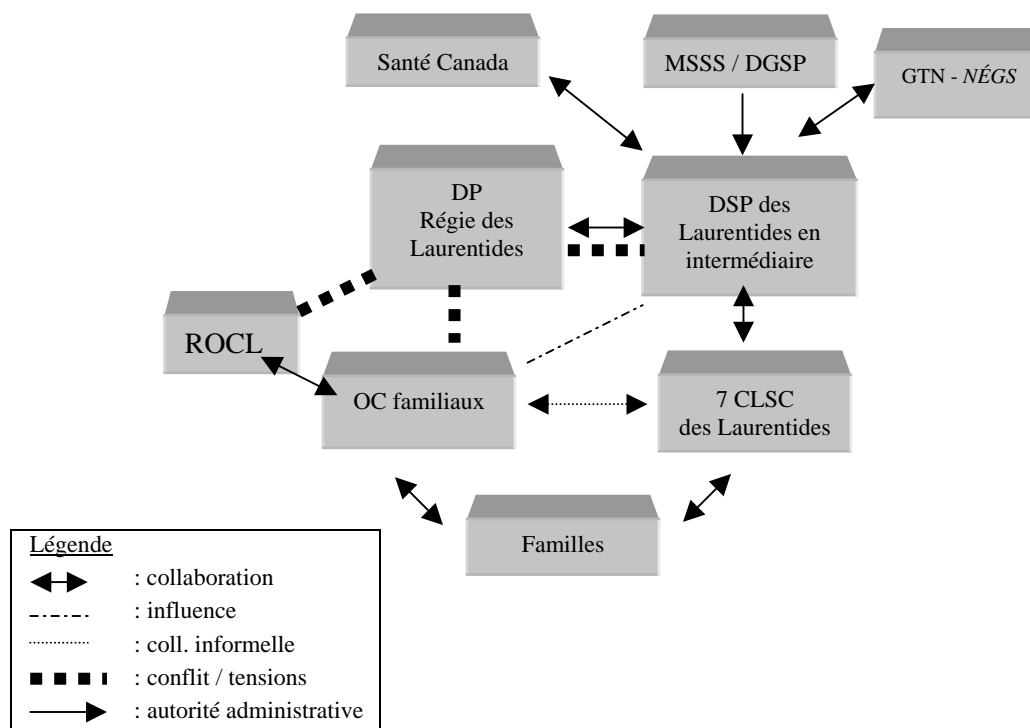
Tableau 4 Chronologie des événements de la mobilisation des CLSC et organismes communautaires dans le déploiement de *Naître égaux – Grandir en santé* dans la région des Laurentides, 1998-2000

Mai 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de rehaussement du financement de la PP en CLSC par la DSP au CA de la Régie. • Demande de rehaussement du financement de base des OC par la DP au CA de la Régie.
Janvier 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse favorable du CA à ces 2 demandes. • Financement moindre que demandé pour les OC.
Septembre 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Guide d'implantation produit par la DSP, présenté au comité jeunesse des CLSC, annonçant rehaussement financier, formation, étapes d'implantation.
Décembre 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan par la DSP, en collaboration avec les CLSC, des pratiques actuelles OC correspondant à <i>NÉGS</i>.
Janvier 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Demande des CLSC à la DSP de clarifier les rôles des CLSC et des OC afin de préserver les collaborations existantes.
Février et avril 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement de <i>NÉGS</i> auprès des CLSC et OC par 2 journées de sensibilisation + échange + information sur les formations à venir. • Les CLSC sont présentés comme maître d'œuvre et imputables du programme. • La mission des OC est reconnue comme contributive.
Été 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Les CLSC constatent leur sous-financement en ressources psychosociales et demandent une réduction des objectifs de recrutement. • Deuxième rehaussement du financement et assouplissement par la DSP des objectifs de recrutement qui seront plutôt fixés par les CLSC.
Automne 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des CLSC, mise en place des équipes interdisciplinaires.
Automne 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des CLSC et OC à l'intervention en milieu de pauvreté. • Soutien à la carte offert par DSP (\pm 20 rencontres locales).
Automne 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Demande du ROCL à la DSP de clarifier le rôle attendu des OC dans <i>NÉGS</i>, en lien avec les réseaux intégrés de services / maintien des activités existantes des OC, en lien avec <i>NÉGS</i>.
Automne 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Concertation CLSC-OC aménagée par la DSP comme passage pour le financement <i>PCNP</i>.
Mars 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle demande de rehaussement du financement, à 100% du coût des activités de <i>NÉGS</i>, adressée par la DSP au CA de la Régie.
Hiver 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Redressement par le MSSS des disparités interrégionales dans le financement des CLSC, à la demande de 3 CLSC de la région des Laurentides. La Régie répartit les nouvelles sommes.
Juin 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement à 100% des coûts de <i>NÉGS</i> par le CA de la Régie.
Juin 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Rehaussement par la Régie du financement de base des OC dans le secteur du développement social et communautaire et de la lutte à l'exclusion.

1.2 Les arrangements inter-organisationnels mis en place

Se situant dans un contexte de déploiement du programme, en dehors de la logique diffusionniste de conformité au programme-cadre et de la mesure des effets, et en l'absence d'un financement central pour le déploiement, les arrangements inter organisationnels mis en place témoignent d'une logique directive – adaptative, au contact du terrain, tel que suggéré dans *l'Avis sur le déploiement* publié en 2000 par l'INSPQ. En effet, pendant que le Groupe de travail national *NÉGS* se place en soutien au déploiement pour les régions et qu'il poursuit auprès du MSSS ses demandes pour l'accroissement des ressources dédiées au programme, les régions doivent travailler à partir des ressources disponibles et tenir compte des structures et des initiatives déjà en place. Le schéma suivant illustre les arrangements inter organisationnels à ce moment-ci du déploiement du programme.

Figure 2 Les arrangements inter organisationnels mis en place pour le déploiement du programme *NÉGS* dans la région des Laurentides



La DGSP du MSSS au palier central, par le lancement des *PNSP 1997-2002*, est l'initiatrice de la démarche. Dans cette lancée, la DSP se présente comme un planificateur proactif qui organise le montage financier et autres conditions permettant une mobilisation des acteurs¹⁴². Dans cet arrangement, la Régie régionale et Santé Canada sont associés à titre de bailleurs de fonds. Bien que la Régie soit un acteur interne au réseau, elle n'est pas directement interpellée pour l'actualisation des *PNSP* puisque ces orientations sont d'abord portées par l'une des Directions du MSSS, la DGSP. La

¹⁴² En outre, la DSP assume une fonction administrative puisqu'il lui revient d'octroyer les budgets et de décider des critères de répartition de ceux-ci entre les différents territoires. Cette répartition budgétaire se fait uniformément pour ce qui est de la formation et des structures, mais elle se fait au prorata de la clientèle à rejoindre dans chaque territoire (Référer à la correspondance du 13 janvier 1999).

coordination, au plan des orientations et des ressources, n'étant pas pleinement actualisée au palier central, celle-ci échoit au palier régional, avec les limites que comporte le rapport de force entre la DSP et la Régie. En outre, on observe que la Direction des programmes de la Régie (DP), qui finance les organismes communautaires via le programme SOC, et la DSP sont des acteurs qui, poursuivant des visées distinctes (pour l'une curative, pour l'autre préventive), sont placées en concurrence pour l'accès aux fonds de la Régie. Dans ce contexte, le rapport entre le C.A. de la Régie et les organismes communautaires est médiatisé par la DP. La DSP, se trouvant ni plus ni moins qu'à l'extérieur de ce rapport, agit néanmoins auprès des organismes communautaires dans un rôle d'influence, faisant valoir leur communauté d'intérêt avec la clientèle nouvellement desservie par les CLSC. Pour se dissocier du conflit entre la Régie et les organismes, la DSP doit émerger à leurs yeux comme un acteur relativement indépendant ayant des intérêts et des visées (Prévention - Promotion) différentes de celles du reste du réseau. Pour ce faire elle adopte une approche égalitaire à leur endroit, dont elle reconnaît les acquis en intervention en situation de GPE tout en convenant qu'ils sont libres et autonomes en ce qui concerne leur engagement dans le programme.

Du côté intra sectoriel au palier local, l'enrôlement des CLSC se fait d'une part selon une logique directive de réalisation d'un mandat d'État qui transite de la DGSP, par les DRSP, vers les CLSC. La DSP valide cependant ses orientations pour la mise en œuvre auprès de la Table régionale jeunesse, une structure préexistante et incontournable, ce qui indique la présence d'une ligne de conduite en partie participative¹⁴³. D'autre part, ce rapport mi-directif, mi-participatif, est jumelé à une approche adaptative du programme qui tient compte des réalités du terrain pour les arrangements financiers et autres conditions d'implantation. En fait, le véritable arrangement entre ces deux acteurs émerge de la résolution de la controverse sur le financement du programme en CLSC.

L'assouplissement des modalités d'implantation par la DSP témoigne d'un partenariat où la position des CLSC fait le poids dans la dynamique de négociation. La DSP doit rouvrir l'espace des choix stratégiques pour faire une place aux savoirs et réalités des CLSC. Dans cet arrangement, les CLSC s'engagent à implanter le programme (3 volets) et sont tributaires de l'atteinte de ses objectifs, tandis que la DSP garantit le soutien et l'accès aux fonds. Pour ce faire, les CLSC mettent sur pied leurs équipes interdisciplinaires et offrent le service. Ils doivent également supporter la mise en œuvre des deux autres volets du programme. Chaque organisateur ou travailleur communautaire participe aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire de son CLSC¹⁴⁴, aux formations et aux rencontres de soutien o.c./t.c. mises en place par la DSP¹⁴⁵, de même qu'à un regroupement d'action intersectorielle locale¹⁴⁶

¹⁴³ Cette participation concerne la validation des orientations prises par la DSP où les coordonnateurs sont invités à consulter leurs équipes pour déterminer leurs besoins de formation et sont impliqués dans l'établissement des objectifs d'implantation et des modalités de reddition de compte.

¹⁴⁴ Au cours de la première année d'implantation du programme, les organisateurs et travailleurs communautaires associés à *NÉGS* ont procédé à la définition de leur rôle et à l'appropriation du programme.

¹⁴⁵ Vis-à-vis ce mécanisme, au cours de la deuxième année d'implantation, les organisateurs et travailleurs communautaires mentionnent se sentir à l'étroit dans ces rencontres et questionnent leur pertinence dans leur forme actuelle et en raison de leur rigidité.

¹⁴⁶ On observe cependant que le rôle de l'organisateur communautaire n'est pas clairement défini et uniforme pour l'ensemble des territoires. À titre d'exemple, l'organisateur communautaire du CLSC des pays-d'en-Haut participe aux rencontres o.c. / t.c. mais qu'il ne siège pas sur le comité 0-5 ans ni à la répondeur jeunesse. Plutôt ce sont les intervenants des équipes qui sont directement en lien avec les organismes communautaires (CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, Bilan des activités 2000-2001, p. 12).

où il met de l'avant les préoccupations associées à *NÉGS*. À ce chapitre, et tel qu'encouragé par la DSP pour éviter la multiplication des structures de concertation, l'action intersectorielle locale se travaille à partir des instances déjà en place, telles les tables 0-5 ans. Ainsi, sauf pour le territoire du CLSC Argenteuil qui ne disposait au départ que d'une table de concertation à vocation clinique, aucun comité promoteur *NÉGS* et aucune nouvelle structure d'action intersectorielle n'a été développé. La DSP offre cependant un soutien terrain à la carte pour clarifier le programme, que ce soit pour la mise en place des équipes interdisciplinaires ou pour les volets d'accompagnement communautaire et d'action intersectorielle, sans pour autant orienter la forme concrète que prendraient les collaborations dans les territoires.

Pour ce qui est de l'engagement des organismes communautaires, la DSP (comme les CLSC) n'a pas autorité vis-à-vis le réseau communautaire, ni de financement à lui offrir, et elle n'a pas à ce jour négocié avec les regroupements communautaires concernés un partenariat régional pour le déploiement de *NÉGS*. La forme d'arrangement retenue consiste à ne pas orienter le rapport CLSC-OC vers des impasses et à diriger les parties vers un partenariat librement consenti. Dans un premier temps (1999-2000), les arrangements sont locaux (certains sont formels, d'autres informels), découlant de la tradition de collaboration entre les CLSC et les organismes locaux et issus de négociations locales. Il apparaît que la mission des organismes communautaires est suffisamment compatible avec la mission en Prévention - Promotion des CLSC et les collaborations suffisamment développées pour permettre leur maintien. Puis ce sont les budgets additionnels *PACE / PCNP* 2000-2003 qui ont permis, à partir de l'année 2000, de relancer la collaboration OC-CLSC autour de projets concertés, dans le cadre du volet d'accompagnement communautaire de *NÉGS*.

Tableau 5 **Portrait évolutif des collaborations OC-CLSC pour le volet d'accompagnement communautaire**

CLSC	Organismes communautaires famille	Collaboration (1999-2000)
Hautes -Laurentides L'Annonciation	La Mèreveille (Naissance-Renaissance) Le Centre d'action bénévole de la Vallée de la Rouge	Informelle
Hautes -Laurentides Mont-Laurier	La Mèreveille (Naissance-Renaissance)	Entente budget mères visiteuses / relevailles ¹⁴⁷
Argenteuil	Carrefour des femmes	Informelle
Trois-Vallées	Maison de la famille du nord La Colombe Carrefour des générations Nourri-Source	Informelle
Thérèse-de-Blainville	Maison Parenfant Centre Marie-Ève Marraines tendresse	Informelle
Joseph-Olivier-Chénier	Centre Marie-Ève Carrefour Péri-naissances Le Florès (SSS Réadapt.) Césame	Protocole d'entente informel avec Centre Marie-Ève
Pays-d'en-Haut	Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	Entente de services avec Maison de la famille
Arthur-Buies	Maison Pause-Parent Centre Marie-Ève Centre des femmes les unes les autres	Informelle

En outre, l'arrangement est distinct selon que l'on regarde le rapport entre les établissements publics (entre DSP et CLSC) et le rapport entre les établissements publics et le réseau communautaire. La DSP s'engage dans une mobilisation sectorielle auprès des CLSC qui sont placés dans un rôle de coordination de la mise en place d'un programme public (*NÉGS*) au palier local. L'arrangement entre les acteurs publics comporte une ligne directrice, où la directive vient du MSSS, transite par ses courroies de transmission en région que sont les Régies, pour atteindre les CLSC au palier local, chacun ayant la responsabilité d'accomplir ce qui relève de ses compétences pour assurer l'implantation d'un programme public. Il s'agit d'une autorité administrative ou fonctionnelle. La DSP a la responsabilité de la négociation des modalités régionales de cette implantation. Les CLSC sont responsables de l'offre de services en CLSC et de la mise en place de l'action intersectorielle locale. Et la négociation entre DSP et CLSC s'engage sur ces modalités – ex : l'ajustement du quota de femmes à rejoindre en fonction des ressources additionnelles rendues disponibles. La DSP assortit sa ligne directrice d'une ligne de soutien / facilitation – information, médiation avec les tiers acteurs (la Régie, Santé Canada). Ce rapport entre les acteurs publics place le déploiement du programme dans une logique adaptative, selon les ressources et contraintes locales.

¹⁴⁷ Le CLSC des Hautes-Laurentides tente en juin 2001 de revoir une entente effective avec La Mèreveille, à qui elle verse un budget de 3 000\$ pour les mères visiteuses depuis 1995. Le CLSC souhaite associer ce budget de mères visiteuses spécifiquement à la clientèle *NÉGS* qu'il lui réfère. Au terme des négociations, en 2002, La Mèreveille ayant accepté la proposition d'offrir, avec ce budget, ses services exclusivement à la clientèle référée, une entente formelle est conclue. Des formulaires de référence sont élaborés et utilisés par le CLSC. Les ententes sont maintenant en application et fonctionnent bien. De plus, des services de relevailles ont été présentés comme un besoin des femmes en période post-natale par des parents siégeant dans l'un des sous-comités de la Table 0-5 ans de la région des Hautes-Laurentides, le comité péri-per-postnatal. Ainsi amené par des parents, ce besoin a été pris en compte par l'organisme communautaire. Celui-ci a d'ailleurs obtenu un financement additionnel auprès du ministère de l'enfance et de la famille afin d'élargir le service à sa clientèle générale. Et, compte tenu des besoins des mères, davantage exprimés après les premières semaines suivant l'accouchement, le programme s'étend jusqu'à trois mois après la naissance.

Le rapport entre la Régie régionale et les organismes communautaires évolue en parallèle et aucune collaboration ne semble se dégager à court terme. Ce rapport demeure conflictuel dans le sens d'une volonté présumée du secteur public d'orienter et d'infléchir les missions des organismes communautaires vers une complémentarité avec le réseau public. Ce rapport conflictuel est particulièrement alimenté par les prises de positions du MSSS dans les suites de la Commission Clair et avec la proposition de politique sur la reconnaissance de l'action communautaire autonome du ministère de la Solidarité sociale.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME

Suivant la première année d'implantation et conformément à ce qui a été convenu, les premiers budgets dégagés vont à la mise en place des équipes interdisciplinaires et à la formation. Deux journées de sensibilisation ont lieu, regroupant l'ensemble des partenaires publics et communautaires. Le guide d'implantation des Laurentides, version adaptée du programme-cadre est produit et présenté en plusieurs versions successives (septembre 1998, décembre 1998, février 1999 et mars 1999), suites aux réactions des partenaires. La formation sur l'intervention en situation d'extrême pauvreté est également dispensée avec satisfaction¹⁴⁸, de même que le soutien clinique aux équipes multidisciplinaires.

2.1 Le suivi individuel à domicile réalisé par les CLSC

Le CLSC d'Argenteuil, à titre de site pilote, sera le premier, en 1998, à mettre sur pied une équipe interdisciplinaire¹⁴⁹. En 1999, quatre autres CLSC lui emboîtent le pas¹⁵⁰. Les sept CLSC du territoire offrent progressivement le programme. Tous offrent le suivi au plus tard à compter de la 20^e semaine de grossesse, six d'entre eux offrent au moins huit rencontres prénatales, tous étendent le suivi jusqu'au 24^e mois de l'enfant, mais sans offrir les 25 rencontres - contacts prévus au programme-cadre, cette composante n'ayant pas été retenue dans la région (la région préconise 15 rencontres ou contacts). Les CLSC offrent un suivi multidimensionnel, pour la plupart par une intervenante privilégiée (5/7), soutenue par une équipe interdisciplinaire (5/7). On relève une progression annuelle

¹⁴⁸ Il semble que cette formation soit un élément très positif pour l'accompagnement des intervenants et l'atteinte des objectifs du programme, vu la difficulté d'intervenir dans les milieux d'extrême pauvreté (CLSC Arthur-Buies, Bilan des activités intersectorielles 1999-2000). À titre indicatif, mentionnons qu'au CLSC des Hautes-Laurentides, cette formation a rejoint une trentaine d'intervenantes, en provenance d'une douzaine d'organismes. L'offre de formation ayant été élargie à d'autres groupes que ceux de la Table de concertation locale, des personnes ressources du CLE, de l'Éducation aux adultes, du Regroupement pour la défense des droits des assistés sociaux ainsi que de Signée Femmes y ont participé (CLSC des Hautes-Laurentides, Bilan de l'action intersectorielle 1999-2000).

¹⁴⁹ Le 3^e bilan des *PNSP* (pp. 29-52) indique qu'en 1998-1999 un seul CLSC offre le service (Argenteuil), que le suivi est offert par une intervenante privilégiée soutenue par une équipe interdisciplinaire, que ce suivi débute au moins à compter de la 20^e semaine de grossesse, qu'au moins 8 rencontres prénatales sont offertes et que ces rencontres se poursuivent en postnatal jusqu'au 24^e mois de l'enfant. Les informations concernant l'aspect multidimensionnel du suivi, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle ne sont pas colligées.

¹⁵⁰ Les CLSC choisissent de commencer à implanter le programme par la mise en place de leurs équipes interdisciplinaires à partir de l'automne 1999. Au CLSC des Hautes-Laurentides, deux équipes interdisciplinaires ont été mises en place, vue l'étendue du territoire à couvrir, une à Mont-Laurier et une à l'Annonciation. Ces équipes ont démarré leurs activités en février 2000, compte tenu du mouvement de personnel au cours de la période.

du taux de pénétration du programme, passant de 23% à 43% de la population cible, de 1999-2000 à 2000-2001, tel que montré au tableau 6. Dans la région, le démarchage de la clientèle¹⁵¹ se fait essentiellement à partir des programmes *OLO* et *Du bon pied*¹⁵².

Tableau 6 Évolution de la couverture de la population cible par le volet de suivi prénatal en CLSC du programme *Naître égaux – Grandir en santé*

Bilan annuel des <i>PNSP</i> 1997-2002	Nouvelles mères pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nbre de CLSC offrant le programme
	Nombre	(%)	
1 ^{er} bilan 1997-1998	0 / 786	0,0	0/7
2 ^e bilan 1998-1999	15 / 786	1,9	1/7
3 ^e bilan 1999-2000	188 / 807	23,3	7/7
4 ^e bilan 2000-2001	303 / 705 ¹⁵³	43,0	7/7

Ces données étant recensées dans l'exercice de monitoring des *PNSP* au palier central, elles réfèrent aux paramètres du programme-cadre et parlent peu des dynamiques locales et de la créativité à l'œuvre dans les milieux pour déployer de façon harmonieuse le programme dans le contexte de ce qui se réalise sur le terrain en périnatalité.

En outre, le GTN - *NÉGS* met en lumière que le manque de financement et le mouvement de personnel au sein des équipes sont les facteurs qui affectent le plus le déploiement du programme. Cette donnée transparait dans les territoires où on relève que l'appropriation est continuellement à réactiver au sein des équipes. D'un côté le personnel aime ce défi et s'y investit à fond, tout en considérant que la reddition de compte ne traduit pas entièrement leurs efforts¹⁵⁴. D'un autre côté, les exigences professionnelles liées à un tel investissement, couplées au manque de ressources, entraînent

¹⁵¹ Certains CLSC soulignent la difficulté de rejoindre les femmes en période pré-natale. On relève que les moyens de démarchage prévus sont peu efficaces : les demandes *OLO* s'effectuent surtout en période post-natale et les références faites par le CLE dans le cadre du programme *Du bon pied* se font rares et tardives - 3 références au total en provenance du CLE. On souligne la difficulté de réaliser le suivi en période pré-natale (i.e. rejoindre les mères) et la lourdeur de la prise en charge de la famille dans le cadre du programme, pour l'équipe interdisciplinaire. Dans ce contexte, la formation de soutien clinique aux équipes interdisciplinaires est appréciée. Les intervenants désirent poursuivre la formation en ce sens et demandent la présence du cadre responsable du programme lors de ces supervisions (CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, Bilan des activités 2000-2001, pp. 4-6).

¹⁵² Le programme de référence CLE-CLSC est opérationnel dans 4 territoires de CLSC sur 7 (5 CLE / 8). On observe que depuis l'implantation de ce programme, la collaboration s'est accentuée entre CLE et CLSC. Il appert que les agents du CLE se sentent concernés et s'investissent dans les démarches de référence, que chaque CLE a un porteur de dossier qui effectue les bilans auprès des équipes de travail et que les intervenants de CLSC apprécient la collaboration des CLE. D'autre part, on observe peu de refus de services de la part de la clientèle.

¹⁵³ Au total, outre les femmes pauvres et sous-scolarisées, 508 femmes ont été rejointes (4^e bilan des *PNSP* 1997-2002).

¹⁵⁴ Selon les intervenantes rencontrées : « plus tu fais du *Naître égaux*, comme c'est supposé de le faire, plus tu veux en faire ». L'une d'elle relève : « Moi, ça fait 25 ans que je travaille pour un CLSC, c'est le premier vrai gros changement que je vois, j'ai jamais vu ça avant, l'intensité du contact avec la clientèle, l'intensité professionnelle qui est mise là, moi je suis certaine que, à très long terme, c'est un très grand gage de succès... » (HL, p. 17). Elle donne en exemple le cas suivant : « comme cette année on a perdu une cliente, c'est même un accompagnement, on l'a aidé à quitter la région, O.K. et tu sors de là et tu es content. Et tu as travaillé comme des vrais fous, la fille a déménagé huit fois entre le mois de juin et le mois d'octobre, tu as couru après, du support, une immense problématique qui finit par, on l'accompagne avec son petit bébé naissant pour aller dans une ressource d'hébergement pour femmes victimes de violence dans un autre territoire et on est content, parce qu'on a l'impression qu'il s'est passé quelque chose. Bien moi je me dis que quand du fais ça, bien là tu commences à travailler pour de vrai » (HL, p. 17). On note cependant que la reddition de compte ne considère pas ce type de réalisations, ne cadrant pas dans les paramètres de mesures d'application du programme. Il en va de même dans tous les cas de suivi qui se terminent par un déménagement hors du territoire de CLSC : ces suivis, soit les efforts consentis par les intervenantes avant cette issue, ne comptent pas dans la reddition de compte, ce qui s'avère en partie démobilisant pour ceux qui déploient énergie et imagination pour offrir le soutien intensif en contexte d'extrême pauvreté.

l'épuisement des intervenantes et un roulement du personnel qui compromet les acquis réalisés¹⁵⁵. L'expérience montre de plus que, la DSP ayant maintenu actifs les principes fondamentaux du programme-cadre (suivi par une intervenante privilégiée, établissement d'une relation de confiance, soutien de l'équipe multidisciplinaire), les CLSC y ont consenti beaucoup d'efforts et ont réussi à adapter les pratiques professionnelles au nouveau mode d'intervention prôné par *NEGS*. Ce résultat a été atteint malgré l'absence de contrôle de conformité de l'implantation, montrant que les assises de la solidité du modèle d'action peuvent être maintenues sans que le planificateur n'ait à exercer un encadrement strict de la mise en œuvre.

2.2 L'accompagnement communautaire

Dans le cadre du déploiement du programme, compte tenu du contexte et que les CLSC se sont d'abord attardés à mettre en place et à rôder leurs équipes interdisciplinaires, le volet d'accompagnement communautaire tout comme celui de l'action intersectorielle ont été moins investis et demeurent moins développés. Mentionnons toutefois que l'ensemble des territoires font de l'accompagnement vers les ressources du milieu, impliquant un ou plusieurs organismes communautaires famille. Ces accompagnements sont pour la plupart issus de collaborations locales antérieures et on souligne dans certains territoires que ce volet est déjà intégré à la pratique des intervenants.

L'accompagnement vers les ressources du milieu prend diverses formes allant de la simple référence à l'accompagnement en personne¹⁵⁶. Diverses activités sont alors réalisées : présentation des mairaines d'allaitement lors des cours prénataux¹⁵⁷, rencontres de stimulation des bébés et rencontres avec les parents impliquant une collaboration CLSC-OC, mise sur pied d'un service de dépannage de couches, fêtes de quartier, animation conjointe CLSC-OC de groupes *YAPP (Y A Personne de Parfait)* et *OLO*, accompagnement vers les soupes populaires, garde-manger, comptoir alimentaire ou cuisines collectives, CPE, selon les besoins. Bien qu'il se fasse de la référence et de l'accompagnement dans le cadre du programme et que ces démarches emportent la participation d'une part de la clientèle *NEGS*,

¹⁵⁵ Par exemple, en 2001, l'équipe interdisciplinaire du CLSC des Hautes-Laurentides fait un 2^e exercice d'appropriation du programme, afin de voir si le programme est bien appliqué et, compte tenu du nouveau personnel, pour réaliser un retour sur les nouvelles pratiques : que signifie créer le lien, recadrage dans le contexte du programme des notions de fréquence, d'intensité et d'assiduité ; de frontière entre le professionnel et le client ; réaménagement des modalités de rencontres d'équipes et de la composition de l'équipe. On y relève qu'implanter un tel programme demande un long processus et que l'implantation sera davantage réalisée dans cinq ou six ans. On souligne l'importance de la formation continue. En 2002, la DSP souligne d'ailleurs que les sept CLSC redemandent la formation de base.

¹⁵⁶ Par exemple, au CLSC des Hautes-Laurentides, l'accompagnement se fait sur une base individuelle par l'infirmière ou la travailleuse sociale de l'équipe interdisciplinaire qui présente les services communautaires pertinents. La Mèreveille offre plusieurs services en périnatalité. Les cuisines collectives constituent un volet du programme *PCNP* que le CLSC et l'organisme ont en commun. L'accompagnement peut aussi se traduire en déplacement (transport) et accompagnement sur place des femmes dans les ressources communautaires. Au CLSC Arthur-Buies, le volet d'accompagnement communautaire se traduit par la participation des familles à des café-rencontres, à des ateliers, à l'utilisation d'une halte-garderie ou d'un suivi postnatal, activités offertes par des organismes communautaires. Les acteurs de ce territoire font remarquer que la clientèle de *NEGS* demande beaucoup d'intervention de la part de l'infirmière, de la travailleuse sociale ou de l'auxiliaire familiale avant que le lien de confiance ne soit établi et que l'on puisse la diriger vers des activités qu'offrent les groupes communautaires (CLSC Arthur-Buies. Bilan de l'action intersectorielle, printemps 2000).

¹⁵⁷ Les mairaines d'allaitement sont souvent des clientes qui, ayant bénéficié des services d'une mairaine, deviennent elles-mêmes mairaines d'allaitement.

aucune donnée n'est disponible sur l'ampleur de cette participation ni sur la rétention des mères dans les activités.

2.3 Le volet d'action intersectorielle

Bien que le défi identifié par la DSP soit celui de la consolidation et du développement de l'action intersectorielle locale, aucun financement spécifique n'est directement dédié aux organismes communautaires en lien avec le déploiement de *NEGS* dans la région. Seuls les organisateurs communautaires en CLSC sont financés afin d'assurer l'interface pour le volet d'action intersectorielle locale.

Dans ce contexte, l'approche de ralliement des partenaires autour des objectifs de *NEGS* s'avère émergente. Peu d'emphase est mise directement sur la représentation des intérêts du programme. On parle d'une action intersectorielle réalisée par projet, plutôt que sur la base d'un plan. Ainsi l'action intersectorielle *NEGS* correspond à ce qui est déjà fait qui rejoint la préoccupation *NEGS*. Mais il ressort assez souvent que la clientèle *NEGS* ne soit pas toujours au cœur des préoccupations dans les comités 0-5 ans et dans les différents regroupements d'action intersectorielle (dixit bilan du CLSC des pays d'en Haut 2000-2001).

Seul le territoire d'Argenteuil a mis sur pied en 1999-2000 un comité intersectoriel (incluant OC, CPE, SSS et Emploi¹⁵⁸) et développé un plan d'action intersectorielle locale *NEGS*. On conçoit le plan comme susceptible d'amener la cohésion et l'engagement des partenaires, comme un principe organisateur du comité. Or, dès l'année suivante, ce plan sera mis de côté parce que «*trop collé au programme NEGS et par ricochet trop collé au CLSC* ». Les activités du comité seront alors élargies et celui-ci se transformera en table 0-5 ans, à l'instar des instances existantes dans les autres territoires. Il semble par ailleurs que cet élargissement fasse consensus et suscite un intérêt renouvelé des membres¹⁵⁹, notamment autour de projets concrets, tel le projet ALI¹⁶⁰. Outre le territoire d'Argenteuil qui ne possédait pas d'instances de concertation intersectorielle, ce volet du programme dans les six autres territoires cherche à se mettre en place à partir des instances existantes. Le tableau 7 suivant présente la composition de ces instances.

¹⁵⁸ Les partenaires au sein de ce comité (au printemps 2000) sont : 1°) Carrefour des femmes; 2°) Projets communautaires des Laurentides; 3°) CPE Mironton Mironontaine; 4°) CPE Le rêve de Caillette; 5°) Le Flores; 6°) Le Centre d'entraide; 7°) CLSC d'Argenteuil. Six autres partenaires ont été sollicités mais n'avaient pas au printemps 2000 signifié leur participation. Il s'agit de 1°) Centre jeunesse; 2°) Comité de dépannage P-E Barbeau; 3°) CLE Emploi-Québec; 4°) La Citad'Elle; 5°) CADA CPE et 6°) Les petits baluchons (CLSC, d'Argenteuil, Bilan de l'action intersectorielle 1999-2000).

¹⁵⁹ Procédant selon un ordre du jour statuaire, où sont ciblées des préoccupations communes aux partenaires (Info. générales, problématiques, Projet ALI (Atelier de lecture interactive - projet concerté) et *NEGS*), la nouvelle formule favorise des échanges plus dynamiques qui dénotent une plus grande implication des différents partenaires et des actions plus ciblées et concrètes, tel le projet ALI. Le comité se dote par ailleurs d'axes de travail (projets communs, réflexion / problématique et formation) permettant de traiter des éléments de travail concrets. Ceux-ci sont alors décidés au fil des rencontres en lien avec la conjoncture du territoire, en tenant compte des réalités locales (familles et organismes) et des autres éléments d'influence (CLSC d'Argenteuil, Bilan de l'action intersectorielle 2000-2001, pp. 2-3).

¹⁶⁰ Ce projet vise à apporter un soutien aux familles, dont celles touchées par le programme *NEGS*, au niveau de l'éveil à la lecture.

Tableau 7 Partenaires impliqués dans les regroupements d'action intersectoriels en janvier 2001¹⁶¹

Établissements publics de santé et services sociaux	
CLSC chef de programme	4/7
CLSC organisateur communautaire	7/7
CH	1/7
CJ	6/7
Organismes communautaires	
OC droits	7/7
OC familles, alimentation	5/7
Nourri – Source	1/7
Familles	
Familles	3/7
Associations de parents	2/7
Voisinage	1/7
Autres institutions / instances	
CLE	2/7
CPE	7/7
Écoles	2/7
Commissions scolaires	3/7
Clubs sociaux	2/7

De façon générale, les activités réalisées par ces regroupements en lien avec les objectifs de *NÉGS* visent le soutien parental (5/7), le développement de l'enfant (7/7), l'amélioration des conditions de vie (4/7), l'accessibilité des services (4/7), de même que le démarchage (3/7). Certains ont mis sur pied un service de halte-garderie mobile (1/7) ou encore des services d'orthophonie, bottin de ressources, formation, activités de visibilité (1/7). Eu égard aux activités en lien avec la stratégie d'influence, on relève qu'un regroupement participe à la mobilisation soutenue par le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (1999) et que trois d'entre eux ont participé à la Marche mondiale des femmes (2000). Au chapitre de la participation des parents, ceux-ci sont présents dans trois regroupements sur une base régulière, dans deux autres comités ils participent « sur demande ». On relève également en certains territoires (1/7) la participation de familles à des activités « ad hoc » (groupes de discussion, échanges communautaires) et la participation de parents à des comités issus des instances de concertation (i.e. comité pré, per, postnatal et comité parents d'enfants handicapés).

Dans ce volet, les organisateurs communautaires ont d'abord tenté de définir leur rôle et leur marge de manœuvre dès le début de l'implantation selon les réalités locales. Dans chaque territoire, ils représentent à eux seuls le comité promoteur prévu au programme-cadre *NÉGS* et ils sont la courroie de liaison entre l'équipe multidisciplinaire et les instances de concertation. Ils apportent à l'équipe leur connaissance du milieu et transfèrent dans le milieu les besoins de la clientèle *NEGS*. Ces besoins trouvent écho au sein des instances intersectorielles, permettent l'arrimage des besoins de la clientèle *NÉGS* aux préoccupations des membres des tables (par exemple : table 0-5 ans), ou favorisent la

¹⁶¹ Source : GTN – *NÉGS* (8 janvier 2001). Tableau de la situation des régions. Volet action intersectorielle. Réunion 11-12 janvier 2001, région 15, p. 5).

création de projets sur mesure. Cette dernière approche est dynamique et mobilisatrice, tel qu'en témoigne le projet de type *Ma place au soleil* mis en place dans le territoire des Hautes-Laurentides¹⁶².

Un exemple novateur d'action intersectorielle

Constatant lors de sa participation aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire le jeune âge de la majorité de la clientèle NÉGS (15-19 ans), l'organisatrice communautaire met sur pied un projet de retour aux études (Éducation des adultes) destiné aux jeunes parents, incluant les pères, et intitulé «Ma place au soleil»¹⁶³. Normalement, ce programme, déjà implanté à Laval et à St-Jérôme (CLSC Arthur-Buies), vise le retour à l'école des mères de moins de 21 ans. Compte tenu de la réalité locale (notamment la grandeur du territoire), et pour avoir une masse critique de participants, le programme est offert aux moins de 25 ans et rendu accessible aux pères, également visés dans NÉGS. L'action intersectorielle vise à mettre en place, dans le milieu de vie, des conditions favorisant l'intégration socioprofessionnelle de la clientèle¹⁶⁴. Cette action dépasse ainsi la seule réponse de l'environnement à des besoins court terme et ouvre un accès à l'amélioration des conditions de vie à long terme. Ce deuxième niveau de structuration de l'environnement est rendu possible dans les Hautes-Laurentides notamment parce que plusieurs services à la famille se trouvaient déjà implantés. Il s'agit d'un projet novateur, dans le sens où les différents acteurs concernés sur le territoire ont pris un rôle actif¹⁶⁵ dans un projet qui n'existait pas auparavant chez eux, ni ailleurs sous cette forme spécifique. Notons bien qu'il s'agit d'une illustration, parmi d'autres, de la forme innovante que prend l'implantation du programme NÉGS sur le terrain.

¹⁶² Les partenaires sont sollicités sur une base individuelle et non via la table de concertation 0-5. Une fois les acteurs réunis, les conditions d'implantation sont définies et la marge de manœuvre est identifiée. On tente ensuite d'optimiser cette marge et de s'en servir pour répondre à un maximum de besoins locaux. Par exemple : l'âge de la clientèle est-il nécessairement de 21 ans et moins? Le programme peut-il s'adresser aux pères? La commission scolaire peut-elle faire des modifications dans le cursus du programme pour intégrer de jeunes parents?

¹⁶³ On relève que le projet « Ma place au soleil » est porté à l'attention du CLSC par le CLE de Mont-Laurier.

¹⁶⁴ Bien que le programme vise plus large que la seule clientèle NÉGS, on constate, en 2001, que celle-ci compte pour plus du tiers des participants.

¹⁶⁵ Comme cela a été expliqué au chapitre I, un intéressement réussi donne lieu à l'*enrôlement* des acteurs. Il s'agit d'une négociation qui conduit à l'acceptation d'un rôle précis permettant de consolider le réseau. Et c'est ce passage d'un intéressement réussi à la prise de rôle des différents acteurs pour la réalisation d'une activité spécifique, qui a été réalisé avec succès dans ce projet.

Tableau 8 Matrice de la dynamique processus - résultat du déploiement du programme *Naître Égaux - Grandir en Santé* dans la région des Laurentides

PARAMÈTRES ANTÉCÉDENTS			PARAMÈTRES DE RÉSULTATS	
Processus de structuration du programme			Qualité	
Sociogramme			Évaluation	
Problématisation et intéressement	Controverses / Convergences	Arrangements inter-organisationnels	Solidité / Ancrage / viabilité	Force d'entraînement
<p>Problématisation à deux niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • technocratique pour la conception; • adaptative pour l'implantation. <p>Intéressement des CLSC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • par le rehaussement de leur allocation financière de base / en contrepartie d'une commande; • par lancement du programme. <p>Intéressement des OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • par lancement du programme; • par la mise en lumière des besoins des mères; • par la formation; • par soutien à la carte. <p>Effort de mobilisation des OC en début de processus.</p> <p>Remise du mandat d'intéressement au palier local.</p> <p>Utilisation des instances existantes pour l'action intersectorielle / comité promoteur incarné par organisateur communautaire.</p>	<p>Convergence CLSC favorables au programme.</p> <p>1st Controverse : Le financement du prog. en CLSC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Position des CLSC : L'insuffisance de financement rend impossible l'implantation / un assouplissement est demandé. <p>Résolution : Assouplissement de la DSP; Augmentation du financement en 2000.</p> <p>2st Controverse : L'autonomie et le financement des OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Position des CLSC : Veulent un partenariat égalitaire / manquent de moyens / sont placés en situation de concurrence avec les OC; • Position de la Régie : Dit vouloir négocier avec le ROCL les ententes sur les réseaux de services intégrés mais laisse peu d'espace de manœuvre; • Position des OC : Position stricte allant dans le sens de la position du ROCL : statu quo / Position plus souple sur le terrain; • Position de la DSP : Médiation des positions OC-Régie. <p>Évolution de la controverse Statu quo coll. OC-CLSC / CLSC rodent équipes inter. / Soutien à l'action intersectorielle aux CLSC (rencontres o.c./l.c.) / Efforts locaux pour se situer dans le programme / Maintien des collaborations existantes / Reconnaissance de l'expertise et de l'autonomie des OC par la DSP mais sans financement à l'appui / Arrimage des budgets PCNP à NÉGS (dégagement d'un espace de concertation) / Financement additionnel octroyé aux OC par la Régie en juin 2000.</p> <p>Convergence OC-CLS C (DSP) Mission PP auprès des familles en situation de GPE.</p>	<p>Santé Canada – DSP – CLSC : coopération par la mise en lien du programme PCNP et NÉGS. La DSP en intermédiaire.</p> <p>MSSS - Régie – DSP – CLSC : coopération à travers le rehaussement financier demandé par la DSP à la Régie qui sera accordé. DSP en intermédiaire.</p> <p>DSP-CLSC : rapport de planification hiérarchique : décision de déployer est non-participative; budget décidé à la DSP-Régie / également affectation des fonds; par contre, transparence des décisions, circulation de l'information, ligne de soutien davantage participative, mais toujours à l'intérieur du cadre du programme.</p> <p>OC-CLSC : statu quo / la coll. antérieure perdue / les terr. définissent eux-mêmes les modalités de coll. / couleur locale de la coll. / recoupe les coll. antérieures.</p> <p>DSP - OC : rapport égalitaire? Reconnaissance de l'expertise indispensable des OC par la DSP.</p> <p>Régie – OC : pas de coll. / tensions financement de base / réseaux de services intégrés.</p>	<p>Solidité du modèle d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vraisemblance d'implantation (+) Mobilisation des CLSC et des OC au début du déploiement. (+) Valorisation des structures locales et des acquis de l'expérience. (+) Maintien des fondements du programme. • Vraisemblance d'intervention (+) Capacité de démarchage et de rétention. (+) Gains psychosociaux pour les mères. (-) Pas d'effet sur la santé du bébé à la naissance (IPN, prématurité, RCIU). (-) Limites de l'action locale pour agir sur les conditions de santé des mères qui déterminent l'issue de grossesse. Nécessité renforcée d'une action sur les politiques publiques. <p>Ancrage (±) Adéquation au problème -besoin des mères / non participation des mères aux orientations du programme. (+) Outil d'implantation adapté / Valorisation de l'expertise et des structures existantes / latitude décisionnelle. (+) Reconnaissance progressive du bien fondé du programme. (+) Innovation en CLSC – interdisciplinarité. (±) Faible mobilisation intersectorielle / innovation limitée.</p>	<p>Force d'entraînement du réseau</p> <p>(±) Enrôlement des CLSC dont la participation est limitée par le niveau de financement. (+) Entraînement des OC pour accompagnement communautaire sur la base d'arrangements financiers. (+) Maintien des collaborations antérieures entre CLSC et OC.</p>
Technogramme			Viabilité	
Développement du plan	Implantation du plan			
<p>Adaptation des objectifs clientèles du programme.</p> <p>Adaptation du programme-cadre pour l'opérationnalisation.</p>	<p>Mise en place progressive des équipes multidisciplinaire.</p> <p>Suivis individuels.</p> <p>Peu d'actualisation de la stratégie d'influence.</p> <p>Accompagnement communautaire embryonnaire.</p> <p>Action intersectorielle en partie novatrice.</p>		<p>(+) Objectif de recrutement presque atteint / bonne rétention.</p> <p>(+) Normes de précocité, d'intensité et de continuité du suivi prénatal rencontrées.</p>	

CHAPITRE VI : APPROCHES PLANIFICATRICES ET PARTENARIALES ET QUALITÉ DU PROGRAMME *NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ* LAURENTIDES

Le chapitre V a été consacré à décrire les pratiques planificatrices et partenariales ayant donné lieu au déploiement observé à ce jour du programme *Naître Égaux – Grandir en santé* dans les Laurentides, dans la foulée des *PNSP 1997-2002*. Le présent chapitre est consacré au niveau de qualité du programme, que l'on cherchera à expliquer par les processus mobilisés. Tel que spécifié aux chapitres consacrés au cadre théorique et méthodologique, le programme est compris ici autant dans sa dimension sociale, c'est-à-dire ses réseaux d'acteurs, que dans sa dimension technique, soit ses réalisations. Et la qualité du programme est décrite par quatre critères qui s'intéressent autant à des résultats opérationnels ayant trait aux processus mobilisés, soit la force du réseau, l'ancrage du programme dans son milieu et la solidité de son modèle d'action, qu'à des résultats sociosanitaires, soit la viabilité de la solution.

L'explication cherchera ici à mettre en rapport les dimensions antécédentes du processus de structuration des programmes, que nous avons articulées autour des concepts de sociogramme (problématisation et intéressement, résolution des controverses et arrangements de coopération) et de technogramme, avec leurs attributs de qualité. La matrice qui précède au tableau 8 rassemble ces éléments.

1 L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DU PROGRAMME

1.1 La force d'entraînement et la solidité du réseau

La force d'entraînement du réseau réfère à la capacité des promoteurs du programme de rallier les acteurs névralgiques et stratégiques pour son développement, compte tenu des différents secteurs concernés par le problème. Quant à la solidité du réseau, elle réfère à sa dynamique interne, à sa capacité de se reproduire pour soutenir dans le temps la poursuite de l'action.

Le réseau qui porte le déploiement de *NEGS* dans les Laurentides est bâti à partir du réseau régional des CLSC, des réseaux locaux existants d'organismes communautaires familiaux et leurs collaborations avec les CLSC, et des instances intersectorielles locales visant les 0-5 ans (non exclusivement). La DSP a agi en instigatrice- mobilisatrice autour de *NEGS* auprès des CLSC et organismes communautaires participant à ces réseaux. Depuis 1998, plusieurs acteurs névralgiques à la mise en place du programme ont été enrôlés ou, du moins, n'ont pas été écartés. Les CLSC ont endossé les rôles attendus d'eux par le MSSS et la DSP (conformément au programme-cadre) et le rôle traditionnel des organismes communautaires auprès des familles a été reconnu comme une contribution à *NEGS*. D'ailleurs, le dynamisme local et la tradition de collaboration entre les acteurs publics et communautaires dans les Laurentides constituent la base à partir de laquelle se poursuit et se renouvelle la collaboration autour du projet *NEGS* amené par le planificateur public, dont le principal mérite est d'avoir su ne pas nuire aux relations déjà actualisées sur le terrain. C'est là l'assise du

réseau. En certains territoires, les Centres locaux d'emplois (CLE) et les Centres de la petite enfance (CPE) ont commencé de s'engager, étant les seuls acteurs intersectoriels, à cette étape-ci, dans le prolongement du réseau¹⁶⁶. Le réseau est caractérisé par cet arrimage fondateur DSP-CLSC-OC, autour de la finalité de rejoindre et soutenir les jeunes familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion, où la DSP agit en intermédiaire -médiatrice entre les acteurs locaux et les acteurs des paliers régional (Régie, ROCL) et supérieurs (*PNSP*, *PACE* et *PCNP*) afin de réunir les conditions, et notamment le montage financier, qui font que cet arrimage peut tenir.

La poursuite du programme, porté par un réseau d'acteurs engagés autour de sa mise en œuvre, dépend de la solidité de ce réseau et de sa capacité à se perpétuer et se renouveler sur plusieurs années. Les pratiques planificatrices ayant favorisé à ce jour cet objectif sont les initiatives de la DSP afin de maintenir les acteurs en mouvement, notamment le renouvellement et le rehaussement du financement et l'animation d'une réflexion critique sur les pratiques, en rapport avec les fondements de tels programmes et les évaluations qui ont été menées, tel que ce fut le cas autour de la question de l'atteinte d'une population pauvre et marginalisée, non encore rejointe. Ce réseau est également fort de ses bases historiques en ce qu'il associe des acteurs, CLSC et organismes communautaires, déjà nombreux et de longue date impliqués dans le champ de l'enfance et de la famille, et qu'il suit les circuits de collaborations préexistants. La solidité de ce réseau est toutefois toute relative, étant ralenti par le sous-financement qui le caractérise en même temps que par l'exigence du défi auquel il s'attaque. À ce jour, le réseau établi est apte à porter les volets de suivi individuel et d'accompagnement communautaire de *NEGS* alors que ses promoteurs locaux, essentiellement les CLSC, cherchent à lui tailler une place au sein des instances intersectorielles locales visant les 0-5 ans.

1.2 L'ancrage du programme dans son milieu

L'ancrage du programme se rapporte à sa pertinence aux yeux des acteurs des communautés, et à son degré d'adéquation eu égard à la forme locale que prend le problème sur lequel on cherche à intervenir et aux obstacles et possibilités qui sont offertes (ressources, capacités et limites des acteurs) dans le contexte où il s'insère.

L'adéquation du programme eu égard à la forme locale que prend le problème peut être interprétée en lien avec le degré d'acceptation du programme parmi les acteurs visés, en premier lieu les mères participantes. À cet égard on relève que ces dernières, lorsque recrutées, demeureraient dans le programme en phase prénatale à plus de 80 % (estimation basée sur des données partielles pour 1999-2000) et qu'elles participent, en certains endroits, à des instances de concertation intersectorielle. Le programme apparaît donc répondre à certains besoins des familles. En outre, le programme s'adressant à une population très défavorisée et marginalisée, il se fait révélateur de besoins que les CLSC et aussi, bien que dans une moindre mesure, les organismes communautaires n'avaient pas identifiés. Il soulève en conséquence la question de la capacité des établissements et organismes communautaires à

¹⁶⁶ On relève les efforts intenses des CPE dans leur participation au programme, mais des impossibilités structurelles à y prendre part, soit la non-disponibilité de nouvelles places en garderie.

répondre à la nouvelle demande, tel que c'est le cas aussi dans les autres régions implantant le programme.

Pour ce qui est de l'adéquation au contexte i.e. aux obstacles, ressources et opportunités qui sont offertes, celle-ci s'observe dans la réalisation d'outils d'implantation adaptés au contexte local et régional¹⁶⁷; dans l'utilisation des acquis de l'expérience menée ailleurs (Abitibi, Montréal-Centre, Argenteuil) pour définir les conditions régionales du déploiement¹⁶⁸; dans la reconnaissance de l'expertise des acteurs et des instances locales existants comme lieu d'ancrage de l'action intersectorielle et par la marge de manœuvre consentie au niveau local pour la négociation des arrangements.

La diversité dans l'application témoigne de la latitude décisionnelle consentie et est un signe de l'ancrage du programme au palier local. Au-delà des conditions de base répondant à l'ancrage, on observe dans certains cas une mobilisation intersectorielle suffisante pour supporter des formes novatrices de mise en œuvre, tel qu'en témoigne le projet d'insertion sociale des jeunes familles *Ma place au soleil*, une réponse modelée aux besoins locaux. On note par ailleurs des limites à cette adéquation. La non participation des familles aux instances du programme dans les CLSC, ceux-ci n'ayant pas encore estimé opportun de la favoriser, est un outil en moins en vue de l'adéquation du programme. De même, le peu de mobilisation intersectorielle à ce jour en certains territoires locaux, et particulièrement la faible participation des organismes communautaires au-delà de leur contribution traditionnelle reconnue, font en sorte de limiter le potentiel innovant du programme.

En ce qui a trait à la pertinence du programme aux yeux des acteurs, l'appréciation de celle-ci évolue à mesure que l'on progresse dans l'implantation du programme. Au départ, bien que l'objectif de rejoindre les mères les plus défavorisées apparaît souhaitable, les acteurs (CLSC et organismes communautaires) affirment déjà rejoindre cette clientèle et ne perçoivent pas de valeur ajoutée par l'intervention proposée. Toutefois la mise en œuvre de *NÉGS* et l'implantation du programme *Du Bon pied* dans la région viendront révéler la présence d'une clientèle en situation de très grande pauvreté non-encore rejointe. Devant ce constat et devant les nouvelles formes que prend la pauvreté dans la région, s'apparentant maintenant à la pauvreté urbaine (poly-toxicomanie, mobilité de la population cible, désorganisation sociale, etc.), on assiste à une reconnaissance implicite de la pertinence du programme. En effet, plusieurs intervenants affirment n'avoir jamais rencontré ni même pressenti de tels niveaux de misère humaine, insoupçonnés surtout en région. C'est ainsi que, dans le sillage de l'implantation, les acteurs perçoivent la pertinence du programme. Le haut degré d'appréciation manifestée par les intervenantes à l'égard des formations offertes, telles la formation à l'intervention en situation d'extrême pauvreté et la formation clinique aux équipes interdisciplinaires, témoigne de

¹⁶⁷ Rappelons qu'un guide d'implantation – version Laurentides a été produit, également que plusieurs rencontres d'appropriation locale du programme ont eu lieu dans les territoires et que l'un de ces territoires (Thérèse-de-Blainville) a produit son propre cadre d'appropriation du programme.

¹⁶⁸ Notamment : la tenue de journées de sensibilisation intégrant des témoignages sur les acquis de l'expérience, le déploiement simultané des trois volets, la formation adaptée aux besoins locaux, l'intégration de l'organisateur communautaire aux équipes multidisciplinaires des CLSC. Il est d'ailleurs apparu que le témoignage de deux équipes de CLSC, Argenteuil et un CLSC abitibien, a contribué à eu un effet d'entraînement sur les acteurs laurentiens.

l'écart entre l'intervention courante auprès des mères en période périnatale et les ajustements demandés aux intervenantes afin d'agir pour et avec les familles visées par *NEGS*. À cet égard, les CLSC innovent en adaptant leurs pratiques professionnelles pour respecter les assises du programme. Ainsi, la pertinence perçue de la formation reflète-t-elle la pertinence perçue du programme.

1.3 La solidité du modèle d'action

La solidité du modèle d'action se rapporte à sa pertinence devant le problème à résoudre (vraisemblance d'intervention) et à sa faisabilité dans le contexte (vraisemblance d'implantation), eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels se réfèrent les acteurs (incluant les évaluateurs) du programme.

Le modèle d'action dont il est question ici est celui au fondement de *Naître égaux – Grandir en santé Laurentides* (1998), soit l'adaptation qui a été faite de *NEGS* dans cette région. Étant donné que cette adaptation adopte les principes et stratégies fondatrices du programme-cadre (Martin et al., 1995), et que sa ligne de conduite pour l'implantation se trouve formalisée dans *l'Avis sur le déploiement* produit par l'INSPQ (Boyer & Laverdure, 2000), tous ces documents (et leurs acteurs) représentent le modèle d'action laurentien.

1.3.1 La vraisemblance d'intervention

L'adaptation laurentienne de *NEGS* reprenant les objectifs et stratégies d'action du programme-cadre, le modèle d'action dont on discute de la vraisemblance d'intervention ici est ce programme (Martin et al., 1995), à la lumière des résultats de l'évaluation de son volet prénatal (Boyer et al., 2001).

Rappelons que *NEGS* comporte trois objectifs de promotion de la santé, soit le renforcement du potentiel des personnes, le renforcement des communautés et l'action d'influence sur les politiques publiques. Il comporte aussi des objectifs de prévention liés à la santé physique et mentale des femmes enceintes, puis à la santé et au développement des enfants, principalement la réduction de l'insuffisance pondérale à la naissance (retard de croissance intra-utérine et prématurité) et la réduction de l'abus et de la négligence envers les enfants. À ces objectifs correspondent au plan opérationnel les trois volets du programme, soit le suivi individuel à composantes multiples par une intervenante privilégiée en pré et post natal en CLSC¹⁶⁹, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle.

À ce jour, la discussion sur la solidité du modèle d'action parmi les acteurs du programme (promoteurs, chercheurs et intervenants), du moins de façon formalisée (évaluation formelle, forums

¹⁶⁹ Le programme préconise le suivi intensif, global et personnalisé, offert par une intervenante privilégiée de CLSC, soutenue par une équipe multidisciplinaire.

d'experts¹⁷⁰), a principalement porté sur la capacité du volet de suivi individuel prénatal à atteindre ses objectifs de prévention en ce qui a trait à la santé de la femme enceinte et à l'issue de grossesse. Il s'agit de la composante du programme la plus documentée dans les écrits scientifiques quant aux effets de telles mesures et la seule à avoir bénéficié à ce jour d'une évaluation d'effets rigoureuse (Boyer et al., 2001).

Tel que le montraient déjà les études évaluatives portant sur des programmes analogues relevées par les chercheurs (Boyer et al., 2001)¹⁷¹, le volet de suivi individuel en prénatal de *NÉGS* n'a pas plus d'effet sur les retards de croissance intra utérine (RCIU), la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance (IPN) qu'un programme de distribution de suppléments alimentaires jumelé aux services courants. Plutôt, on observe paradoxalement des tendances à plus d'insuffisance pondérale à la naissance et de prématurité chez les femmes ayant reçu le programme, et de façon significative en ce qui concerne l'IPN dans le sous-groupe des non-fumeuses, résultats suscitant de vives controverses et que les chercheurs s'expliquent difficilement.

Des gains non négligeables sont toutefois observés, tels la capacité renouvelée du programme de rejoindre la population visée (50% des mères défavorisées) et de la retenir (taux de rétention de 90 %), et des gains psychosociaux pour les mères. Le programme leur permet l'accès à un soutien social plus grand sans nuire à leur réseau habituel et fournit un effet protecteur en ce qui a trait aux symptômes dépressifs en période postnatale. De plus, les femmes ayant bénéficié du programme ont tendance à allaiter davantage, consomment plus de produits laitiers, de légumes et de vitamines et ont tendance à faire moins d'anémie postnatale (Boyer et al., 2001).

Ainsi, le suivi individuel réussit, modestement, à améliorer certains aspects de la condition psychosociale des femmes pendant leur grossesse, ce qui, de l'avis des chercheurs et intervenants, constitue un gain non négligeable dont on estime qu'il mérite à lui seul la poursuite des activités. Le suivi individuel ne réussit toutefois pas à améliorer l'issue de la grossesse. L'étude montre que l'insuffisance de poids à la naissance, le retard de croissance intra-utérine et la prématurité sont très fortement reliés aux mauvaises conditions de santé des mères antérieures et en cours de grossesse¹⁷², ce sur quoi ne réussit pas à agir un programme prénatal.

¹⁷⁰ Suite à la publication de l'évaluation des effets de la phase prénatale du programme, les chercheurs ont tenu un colloque dans le cadre des *Journées annuelles de santé publique* 2001, sous le thème *Où s'en va tout ce petit monde?*, où ont été présentés les résultats et où trois conférenciers sont venus éclairer la discussion en abordant trois questions : 1°) le lien entre le biologique et le social (Jean-Pierre Roy, neurologue à la DSP de Montréal-Centre); 2°) l'interaction entre les facteurs sociaux collectifs et les comportements individuels (Kate Frohlich de la School of Public Health de Berkeley University); 3°) les politiques publiques qui ont fait leurs preuves (Sue Middletown du *Centre for research in social policy* de Loughborough University en Grande Bretagne). Ce colloque a été suivi d'un forum d'experts duquel découlèrent des orientations qui furent par la suite diffusées notamment auprès des intervenants (*Allo OLO*, décembre 2001).

¹⁷¹ L'Avis sur le déploiement (Boyer & Laverdure, 2000) indique que les programmes d'intervention à composantes multiples destinés à des populations ciblées seulement sur la base de leur statut socio-économique n'ont pas d'effet sur la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance, mais certains ont un effet sur des variables intermédiaires comme la dépression, l'alimentation et le stress. On ajoute cependant que « *Les limites des évaluations de programmes prénatals globaux ne permettent pas de tirer de conclusions définitives quant à leur efficacité* » (Boyer & Laverdure, 2000, p. 15).

¹⁷² Les facteurs de santé des mères associés à l'une ou l'autre des conditions (IPN, RCIU, prématurité) sont l'âge avancé au moment de la grossesse (35 ans et plus), un poids insuffisant avant la grossesse ou des antécédents de poids insuffisant à la naissance, le tabagisme en cours de grossesse et la présence de problèmes de santé durant la grossesse (pré-éclampsie ou éclampsie, hypertension artérielle, rupture prématurée ou spontanée des membranes, infection urinaire ou de la cavité amniotique, anomalie du placenta, malformations et tumeurs

Par ailleurs, les volets d'accompagnement communautaire et d'action intersectorielle sont encore peu documentés au plan de leurs effets. Ils sont moins explicités¹⁷³ en même temps que plus susceptibles de prendre différentes formes locales. En outre, la démonstration des effets de tels programmes pose des défis méthodologiques importants et certains chercheurs questionnent le caractère limité des études adoptant le modèle de l'évaluation de la phase prénatale de *NEGS* qui permettent, certes, de mesurer certains effets mais moins de comprendre les processus en cause et la dynamique culturelle des mères vivant en milieux d'extrême pauvreté.

Devant de tels résultats et un certain déséquilibre au plan des efforts de recherche, l'un des gains latéraux de l'étude est justement de permettre d'identifier des pistes d'action et de recherche. Tel que le définissait leur recension des écrits, les résultats de Boyer et al. (2001) appuient à nouveau la distinction qui doit être faite entre les deux phénomènes desquels découle l'insuffisance de poids à la naissance, soit la prématurité et le retard de croissance intra-utérine. Ces deux conditions ne se retrouvent concomitamment que chez une faible proportion (9%) des nouveaux nés de poids insuffisant, indiquant qu'elles sont associées à des facteurs de risque différents. Cette confusion doit être levée, soutiennent les chercheurs, si on veut parvenir à des interventions mieux ciblées. Dans le même sens, les conditions de santé des mères associées de façon significative à l'IPN, au RCIU et à la prématurité, que montre l'étude, renforcent l'idée qu'à ce jour la théorie du problème, soit l'identification des éléments qui contribuent à la production du problème, demeure insuffisante. À cet égard, l'étude remet à la surface le besoin de mieux comprendre comment se tissent les liens entre l'environnement social et les facteurs biologiques (particulièrement autour de la question du stress). Cette sous-théorisation du problème peut expliquer que les pistes d'action empruntées n'aient pas réussi à avoir le résultat escompté.

Au plan de la théorie de l'action, on fait les constats suivants. Si un programme prénatal ne peut agir sur l'âge de la mère, ou son insuffisance de poids avant la grossesse, ou ses antécédents d'insuffisance pondérale à la naissance, les femmes présentant ces conditions devraient bénéficier d'une attention particulière. Aussi, le cumul des problèmes de santé des mères en cours de grossesse appelle à une collaboration étroite, encore à établir, avec les médecins traitants. Plus largement, l'état de santé prénatale et postnatale très préoccupant des femmes pauvres et sous-scolarisées inspire aux chercheurs un sentiment d'urgence à intervenir afin d'améliorer l'état de santé des futures mères bien avant la grossesse. Les résultats interpellent aussi à nouveau les chercheurs et intervenants sur la question de la réduction du tabagisme pendant la grossesse, facteur fortement associé au retard de croissance intra-utérine. Une approche populationnelle et sociétale visant l'ensemble des femmes enceintes est préconisée. Les chercheurs sont aussi préoccupés par les effets paradoxaux du programme, non seulement à cause de la difficulté à les expliquer mais vu les enjeux éthiques en cause, étant guidés par le principe voulant qu'il importe surtout de ne pas nuire (*primum non nocere*). L'orientation qu'ils

des organes génitaux). À ces facteurs de santé des mères s'ajoutent les malformations congénitales associées à l'IPN et à la prématurité (Boyer et al., 2001).

¹⁷³ À cet égard, mentionnons que la mise à niveau du programme, amorcé par le GTN - *NEGS*, fera une place importante au développement du contenu des volets postnataux du programme.

retiennent est alors d'associer les mères participantes à la discussion de tels résultats. Mais plus globalement, les stressseurs chroniques que constituent les conditions de vie en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté, qui déterminent le déficit de santé dans lequel se trouvent les femmes au moment de leur grossesse, et qui se répercutent sur la santé des nouveau-nés, sont retenues par les chercheurs comme une cible d'action prioritaire. Ils se font les défenseurs de la mise en place de politiques publiques susceptibles de modifier l'environnement et donc d'agir de façon structurante sur la santé¹⁷⁴. Il s'agit, soutiennent-ils, de : « *Faire de la réduction des inégalités un véritable enjeu de santé publique* » (*Allo OLO*, décembre 2001).

Afin de réduire les retards de croissance intra-utérine et la prématurité, il s'agit donc 1^e) d'agir sur les causes structurelles de la pauvreté, 2^e) d'agir au plan de la recherche pour continuer de documenter le problème de sorte, 3^e) à ajuster les interventions pour en accroître l'efficacité. C'est ainsi que le programme est plutôt vu maintenant comme un vaste chantier de recherche – action, remettant en mouvement la problématisation initialement proposée dans le programme-cadre. Les chercheurs reconnaissent en cela que la seule intervention au palier local – suivi individuel et action intersectorielle locale – ne peut modifier suffisamment les conditions de vie des femmes en situation chronique de pauvreté, qui développent des problèmes de santé engendrant des bébés de poids insuffisant à la naissance. Sans que l'évaluation n'ait porté sur l'ensemble du programme, les résultats permettent de re-questionner la solidité du modèle d'action global initial, du moins dans sa portion actualisée, soit celle des volets de suivi individuel, d'accompagnement communautaire et d'action intersectorielle locale. L'ajustement des politiques publiques n'étant pas atteint mais étant posé d'autant plus nécessaire, dans la foulée de l'étude des effets, le modèle d'action du programme présente de ce point de vue une solidité toute relative.

L'étude des effets de la phase prénatale du programme aura eu le mérite de nourrir sur deux plans la solidité du modèle d'action, soit 1^e) en concevant les limites de l'action locale pour agir sur des problèmes d'ordre structurel, tels la pauvreté chronique et les problèmes de santé qu'elle engendre, ce qui amène à rediriger la théorie de l'action vers des dimensions plus structurelles du problème; et 2^e) en mettant en lumière que les causes du problèmes peuvent être davantage approfondies et que la recherche fondamentale aidera à mieux définir le problème et développer des interventions davantage adaptées et donc plus efficaces.

¹⁷⁴ À cet égard, rappelons que des pays industrialisés comparables au Québec ont obtenu des résultats, soit sur la réduction de l'IPN (France) ou la réduction de la pauvreté chez les enfants (Grande-Bretagne), tel que rapporté à propos de ce dernier exemple, aux JASP 2001, par Sue Middleton, codirectrice du *Centre for research in social policy* de Loughborough University en Grande Bretagne, concernant des politiques publiques mises de l'avant en 1997-1998 visant à réduire la pauvreté chez les enfants et ayant obtenu des résultats encourageants (*Allo OLO*, décembre 2001, p. 3).

1.3.2 *La vraisemblance d'implantation*

Au regard de la vraisemblance d'implantation, notre discussion partira de *Naître égaux – Grandir en santé Laurentides* (1998) et de l'*Avis* de l'INSPQ¹⁷⁵ sur le déploiement où se retrouvent, formalisées et appuyées, les lignes de conduites adoptées dans la région des Laurentides.

L'*Avis sur le déploiement* tire profit de l'expérience et des études évaluatives réalisées sur les processus en cause dans l'implantation du programme. D'entrée de jeu, l'*Avis* positionne le déploiement du programme dans l'esprit d'un passage des programmes *OLO*, que la quasi-totalité des CLSC du Québec offraient déjà au lancement des *PNSP* en 1997, vers des programmes de type *NEGS*. Déjà, l'étiquette *OLO* recouvrait une grande variété de pratiques et il s'agissait de construire à partir des acteurs, des pratiques, des collaborations inter organismes existant déjà dans les régions. L'*Avis sur le déploiement* se centre sur l'esprit du programme, c'est-à-dire un programme pré et postnatal, d'inspiration écologique, destiné à mobiliser les acteurs d'une communauté autour de la santé et du bien-être des familles marginalisées, et qui comporte trois stratégies complémentaires et intégrées. L'*Avis* laisse aux régions l'initiative sur les façons de le faire, sur les moyens de recruter la population visée, sur les modalités de la collaboration entre CLSC et organismes communautaires, et sur la mobilisation de nouveaux partenaires pour l'action intersectorielle. On y recommande, notamment, de démarrer par une mobilisation large des acteurs concernés plutôt que de consolider en premier lieu l'intervention en CLSC, et d'associer le milieu communautaire, au même titre que les CLSC, aux premières phases de la planification du déploiement, de sorte à favoriser la construction d'une vision partagée sur l'action et sur les rôles de chacun. L'*Avis* invite donc clairement les acteurs régionaux à inscrire le déploiement dans une logique adaptative du programme, sans perdre de vue ses fondements. Cette approche s'inscrit d'ailleurs dans les conditions de réussite de la planification publique et des partenariats publics - communautaires relevées dans les écrits (Bilodeau, 2000).

Ces lignes de conduite, que recommande l'*Avis sur le déploiement*, ont guidé les pratiques planificatrices et partenariales dans la région des Laurentides. La vraisemblance d'implantation se trouve bien servie par le choix des acteurs laurentiens d'implanter le programme en intégrant les acquis des expériences conduites à Montréal-Centre, en Abitibi-Témiscamingue et dans leur site pilote d'Argenteuil, de mobiliser d'entrée de jeux les CLSC et les organismes communautaires et de construire sur la base des pratiques en place. S'il est vrai que la région adapte les objectifs et les moyens, elle cherche à agir avec rigueur (activités potentiellement mesurables en fonction d'un référent) et à conserver l'esprit du programme. Ce qui fait que l'on atteint des objectifs intermédiaires tels une progression dans la couverture de la population cible, un haut taux de rétention dans le programme, l'offre de services en prénatal dans les sept territoires selon les normes de précocité, d'intensité et de continuité établies, une progression dans l'actualisation des volets postnatals.

¹⁷⁵ Cet avis a d'ailleurs été élaboré avec la collaboration de plusieurs Directions de santé publique régionales, dont celle des Laurentides, et d'autres professionnels du MSSS, de l'INSPQ, et de chercheurs universitaires.

1.4 La viabilité de la solution

Au chapitre de la viabilité, la question est d'établir si la solution mise de l'avant contribue à résoudre le problème pour lequel elle a été conçue. Évidemment, cette question est intimement liée à la discussion précédente sur la solidité du modèle d'action.

Attardons-nous d'abord aux résultats opérationnels du programme, soit rejoindre 50 % de la clientèle visée et leur offrir le programme. Atteindre ce résultat apparaît possible mais n'est pas encore réalisé dans le contexte du déploiement dans la région des Laurentides.

Dans les Laurentides, l'objectif de recrutement, compte tenu des ressources disponibles, a été établi à 40% de la clientèle cible, en de ça du 50% fixé par le programme-cadre. Le tableau 6 présenté à la section précédente consacrée au technogramme montre que l'on progresse d'une année à l'autre vers cet objectif atteint à la 3^e année de déploiement (2000-2001). Les données nous indiquent que les CLSC n'ont pas encore exploité tous les moyens de communication propices à rejoindre les femmes visées, si on se réfère aux résultats obtenus dans des CLSC ayant plus d'ancienneté dans le programme et qui ont réussi à « saturer l'environnement communicationnel propre à ce groupe de femmes » (*mobilisation des ressources du milieu, envois postaux massifs, ainsi qu'affiches et dépliants*) (Boyer et al., 2001, p. 27). On note que les stratégies de démarchage, par le biais des programmes *OLO* et *Du bon pied*, ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'optimiser le recrutement de la clientèle visée en période prénatale. Toutefois, on travaille à leur amélioration. Le programme *Du bon pied*, en implantation, donne lieu à des bilans visant à en améliorer l'efficacité (Hautes-Laurentides). Aussi, d'autres procédures attendues par la DSP et les CLSC, tels les avis de grossesse (i.e. référence des clientes au CLSC par les médecins traitants) pourront éventuellement contribuer à favoriser le démarchage. Cela dit, le taux de rétention des femmes dans le programme est bon. Les données préliminaires présentées antérieurement indiquent qu'environ 80 % (estimation basée sur des données locales pour 1999-2000) des femmes seraient demeurées dans le programme, ce qui est satisfaisant comparé au taux de rétention de 91% observé dans l'évaluation des effets, dans des CLSC où le programme était rodé (Boyer et al., 2001). Quant à la précocité, l'intensité et la continuité de l'intervention, les données disponibles concernant le suivi individuel en CLSC montrent que les normes du programme-cadre sont rencontrées, tel que discuté à la section consacrée au technogramme.

En ce qui concerne maintenant les résultats sociosanitaires, aucune donnée n'est disponible à ce jour dans le cadre du déploiement dans la région des Laurentides. Cependant, rien ne permet de croire que les résultats y soient différents de ceux observés dans l'étude de Boyer et al. (2001a). Ce qui nous renvoie à la discussion précédente sur la solidité du programme. Il est cependant intéressant de noter que l'absence d'impact de la phase prénatale du programme sur l'issue de grossesse n'a pas eu l'effet démobilisateur escompté auprès des intervenantes, ce qui aurait pu par ricochet affecter l'atteinte des résultats opérationnels du programme¹⁷⁶. Les intervenantes et les milieux engagés semblent plutôt

¹⁷⁶ Il semble cependant qu'en 2002, un tel effet commence à être ressenti dans les territoires et que la cause en soit le manque de financement alloué à l'actualisation du projet (comité de pilotage du cas, 18 octobre 2002).

démontrer un intérêt certain quoique critique à l'égard des changements de pratiques professionnelles mis de l'avant dans le programme.

Chose certaine, de telles études amènent les acteurs à se faire une idée plus juste des effets sociosanitaires que l'on peut escompter de tels programmes, si précoces, intenses et globaux soient-ils, déployés au palier local. S'il s'agit de réduire le taux de bébés de poids insuffisant, le programme, comme l'ont conclu les chercheurs, n'est pas viable : « À court terme, aucune mesure ou intervention spécifiquement dirigée vers cette question – ramener à moins de 4% le taux d'IPN - mérite d'être déployée » (Synthèse du séminaire des JASP, 27 novembre 2001, p. 3)¹⁷⁷. Dans l'*Avis sur le déploiement*, on conclut plus généralement que ces programmes obtiennent dans l'ensemble des résultats modestes, auprès de sous-populations, et rarement sur tous les objectifs visés. À plus long terme, on leur attribue des gains modestes quant à l'amélioration des compétences parentales, à la santé, au développement et au comportement des enfants, et en matière d'abus et de négligence. Sur cette base, l'*Avis* sur le déploiement prône sa poursuite sur la base d'un large consensus dans la communauté internationale quant à la pertinence d'agir le plus précocement possible pendant la grossesse auprès des mères issues des milieux défavorisés. À cet égard, on pourrait croire que les auteurs de l'*Avis* anticipaient déjà les résultats de l'étude des effets¹⁷⁸ et fondaient la pertinence du déploiement sur les gains psychosociaux encourus à court terme par les mères et à plus long terme par les enfants. Ainsi, la viabilité est-elle désormais envisageable sur la base d'un recadrage du programme, ce que n'ont pas manqué de faire les auteurs / chercheurs / critiques, ré-enlignant sa trajectoire, sa mise à niveau et sa consolidation autour de la redéfinition de ses objectifs et de l'espace d'intervention occupé par ses différents volets.

2 L'EXPLICATION DU NIVEAU DE QUALITÉ DU PROGRAMME

Qu'est-ce qui, dans les pratiques planificatrices et partenariales des acteurs, explique les attributs de qualité du programme que l'on vient de décrire?

S'il y a un réseau d'acteurs qui portent le déploiement de *NEGS* dans la région, sa mobilisation a été favorisée par l'approche planificatrice mise de l'avant par la DSP. En tant que planificateur régional mandaté pour soutenir ce déploiement, la DSP s'est faite promotrice du programme et de sa mise en œuvre. Observant le cumul des difficultés rencontrées dans les mesures curatives destinées à la jeunesse, elle a saisi l'intérêt du milieu pour des mesures préventives¹⁷⁹ et déployé différentes stratégies d'intéressement au programme. À cet égard, il faut souligner le caractère structurant des *PNSP* lancées par la DGSP, adressant un message clair aux DSP quant au type d'initiatives à mettre en place en santé publique.

¹⁷⁷ L'objectif doit être maintenu, disent-ils, mais à long terme, et doit servir à réviser les pratiques et les politiques.

¹⁷⁸ Les résultats préliminaires de l'étude étaient connus depuis juin 1999.

¹⁷⁹ Rappelons quelques événements exposés au chapitre V sur le déploiement de *NEGS*, notamment le virage prévention – promotion de la planification 1995-1998 de la Régie des Laurentides et l'initiative du CLSC d'Argenteuil d'implanter *NEGS* sur une base pilote devant les limites des mesures de protection de la jeunesse.

Partant de la réalité locale, la DSP a adopté une approche participative et adaptative de la planification du déploiement du programme. Au plan de la participation, précocement, la DSP a associé les CLSC et les organismes communautaires à la planification, dans une dynamique interactive (qui dépasse la consultation) où ces acteurs ont négocié les conditions de leur engagement (financement, objectifs d'implantation, autonomie et reconnaissance). Elle s'est exercée à clarifier les rôles des CLSC et des organismes communautaires, à leur demande et à leur satisfaction, ce qui se reflète dans le guide régional d'implantation plusieurs fois révisé. La logique adaptative a été particulièrement exercée concernant les modalités d'implantation du programme alors que concernant ses fondements, la DSP a plutôt maintenu une ligne d'inspiration rationaliste où l'appropriation est favorisée par la formation. Cela se voit dans l'ajustement des objectifs de recrutement à la capacité des CLSC, dans la reconnaissance des structures locales existantes à titre d'instances intersectorielles du programme et dans la reconnaissance des pratiques communautaires actualisant déjà partiellement le programme. On notera ici que la délicate tâche de négocier le partenariat public – communautaire prévu au programme *NÉGS* se trouvait entre les mains de la DSP alors qu'elle ne disposait pas en même temps des leviers pour aménager les conditions favorables, ceux-ci étant entre les mains de la Direction des programmes (DP). En effet, la DSP n'est pas structurellement et politiquement positionnée pour solliciter les organismes communautaires, ceux-ci transigeant traditionnellement avec la DP, et la DGSP n'a que peu d'ascendants sur les orientations des Régies régionales et leurs directions de programmation. Cette situation a exigé de la DSP des efforts supplémentaires pour contourner les irritants structurels à l'association des partenaires communautaires autour des objectifs du programme. Ce qu'elle fit en adoptant une approche de planification qui récuse l'encadrement rigide des acteurs et des moyens de mise en œuvre.

Quels choix stratégiques de la planification expliquent l'état actuel du réseau qui porte *NÉGS* et son degré d'ancrage dans les communautés locales?

Partant de la réalité régionale des acteurs et des ressources, la DSP a agi en intermédiaire dans le tissage du réseau d'acteurs essentiels au déploiement de *NÉGS*. Devant l'obstacle majeur du financement, la DSP s'est positionnée en médiatrice et en négociatrice entre les CLSC et la Régie régionale et entre les CLSC, les organismes communautaires et Santé Canada, dans l'élaboration du montage financier devant soutenir la prise de rôle des CLSC et des organismes communautaires dans le programme. Les arrangements financiers négociés par la DSP avec les bailleurs de fonds rallient ces instances sur la base de leurs préoccupations, pour la Régie, d'accentuer le virage Prévention – Promotion prévu à sa planification régionale de 1995-1998, et pour Santé Canada de rejoindre, par le programme *NÉGS*, davantage de mères défavorisées. L'entraînement de ces deux acteurs est visible par les fonds alloués aux CLSC et à des projets issus de collaborations CLSC – organismes communautaires concourant à la mise en œuvre de *NÉGS*. Sur la base de ce montage financier, la DSP a favorisé la mobilisation, sur des bases spécifiques à chaque réseau, et à des degrés différents, des acteurs tout aussi névralgiques du déploiement que sont les CLSC et les organismes communautaires.

Le réseau des CLSC a été entraîné par le rehaussement de leur financement de base et l'intérêt qu'ils trouvaient dans le programme de rejoindre davantage de mères défavorisées. Leur mobilisation a été favorisée par l'assouplissement des modalités permettant une implantation progressive du programme, combiné au soutien de la DSP par la formation (i.e. intervention en milieu d'extrême pauvreté et soutien clinique aux équipes interdisciplinaires), favorisant une certaine consolidation de l'assise du réseau. En outre, en supportant le travail des organisateurs/travailleurs communautaires en CLSC, par la mise en place d'un lieu d'échange, la DSP soutient l'actualisation simultanée des différents volets du programme. De façon conjoncturelle, la levée des irritants liés au sous-financement chronique et à la disparité interrégionale du financement des CLSC de cette région a contribué à maintenir leur engagement dans le programme.

Du côté du réseau communautaire, malgré les controverses régionales entourant le financement et l'autonomie des organismes, la DSP a pu également entraîner leur participation au programme sur la base de la reconnaissance de leurs interventions traditionnelles comme étant une contribution à la mise en œuvre du programme. Elle s'est présentée à eux comme un partenaire à part égale, disposant aussi de peu de moyens (en regard des sommes englouties dans le curatif) mais partageant avec eux une communauté d'intérêt à l'endroit des mères défavorisées, tentant de se dégager, au plan idéologique, des objectifs de la Régie régionale et de sa Direction des programmes, et de se révéler un allié crédible portant une identité distincte des autres instances régionales de santé. La dynamique mise en place par la DSP, soit l'appui aux revendications d'autonomie et de financement des organismes, sans égard à leur engagement plus formel dans le programme, et la clarification en conséquence du rôle attendu d'eux, a fait en sorte d'éviter une polarisation public – communautaire et de préserver les collaborations antérieures entre les organismes communautaires -familles et les CLSC. En plus de préserver les collaborations existantes, en ralliant Santé Canada pour le financement des volets post-natals du programme, la DSP a agi indirectement en médiatrice, amenant les organismes – famille et les CLSC à se concerter pour la présentation de projets visant à accroître l'offre dans le plateau de services déjà existants. Cet effort médiateur de la DSP conduisant aux arrangements financiers ainsi façonnés aura contribué à dynamiser les relations entre les acteurs autour d'un point de passage de la mise en œuvre du programme, celui de la collaboration intersectorielle.

Si on observe un entraînement moindre en ce qui concerne l'action intersectorielle, et incidemment sa stratégie d'influence, qui peut être compris comme une période de latence dans l'actualisation de ce volet, il est permis de souligner la façon dynamique et novatrice dont l'action intersectorielle est travaillé en certains territoires par les organisateurs communautaires des CLSC, à partir des instances existantes. La souplesse consentie par la DSP quant aux modalités d'implantation a permis dans certains cas de transcender le statisme et la lourdeur des structures pour aborder l'action intersectorielle selon une approche par projet, mobilisateur et adapté aux besoins des mères suivies dans *NÉGS*, tel le projet *Ma place au soleil*.

Au bilan, les stratégies d'intéressement déployées par la DSP, soit l'endossement d'un rôle de médiateur pour le montage financier du projet et l'approche adaptative ayant donné lieu à l'ajustement des modalités d'implantation, ont assurément favorisé l'enrôlement des acteurs, bailleurs de fonds,

CLSC et organismes communautaires, tout comme ils ont favorisé l'ancrage de *NÉGS* dans les communautés locales.

Quels choix stratégiques de la planification expliquent les attributs de la solidité du modèle d'action et la viabilité du programme, tel que discuté précédemment?

En maintenant une ligne de conduite d'inspiration rationaliste autour des fondements théoriques du programme, i.e. en favorisant l'appropriation de ses fondements par la formation, les acteurs régionaux se sont inscrits dans la réflexion critique et l'échange des savoirs en cours autour de l'efficacité des programmes de ce type, soutenue au palier central par le Groupe de travail national *Naître égaux – Grandir en santé*.

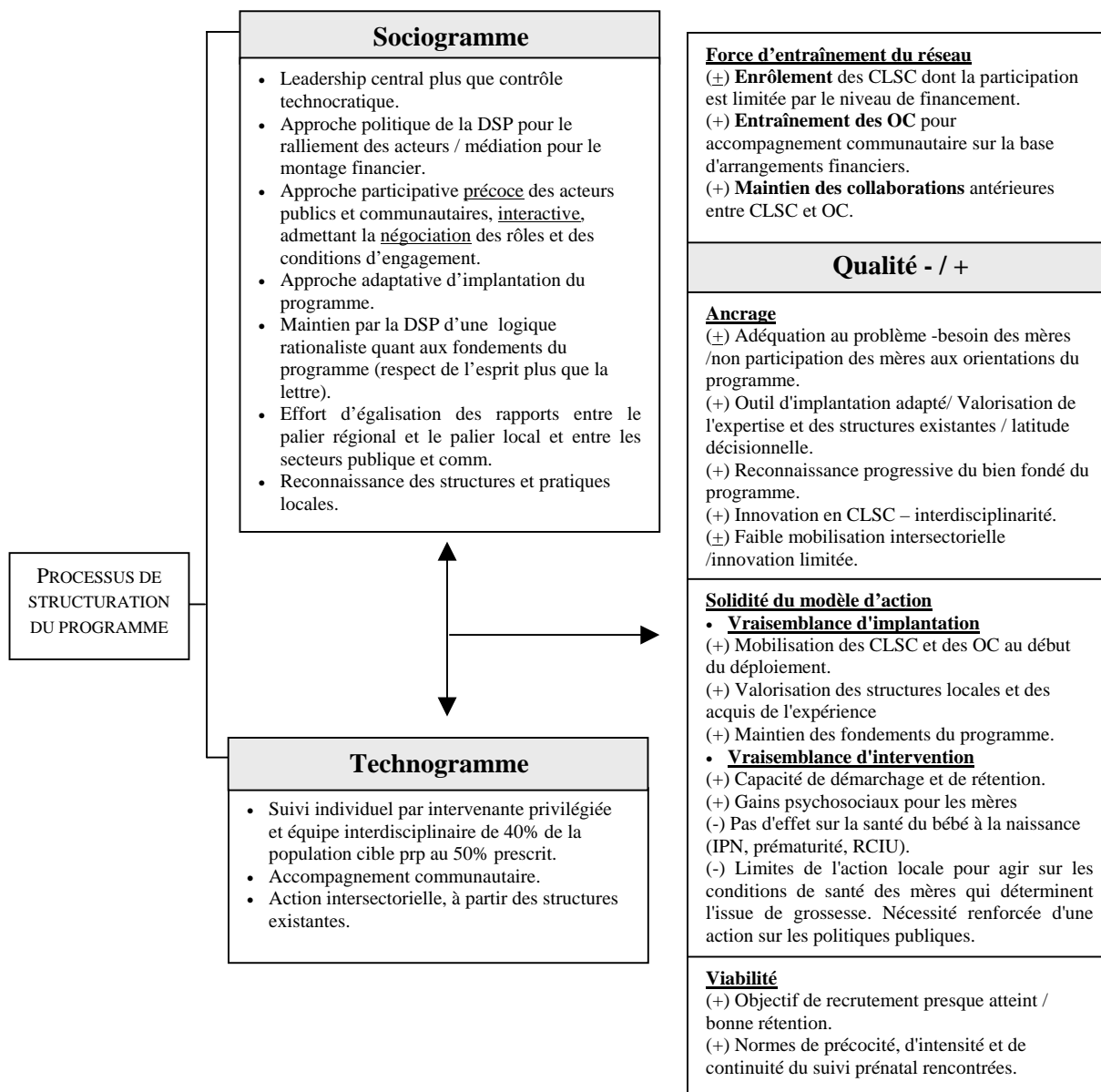
La réflexion critique sur les pratiques régionales en ce qui a trait aux nouveaux visages de la pauvreté dans la région s'inscrit dans cette mouvance. Le programme *NÉGS* contribue à mettre en lumière la particularité des nouveaux besoins et les lacunes de l'intervention à cet égard. Et les points de passage qu'il impose, notamment la collaboration intersectorielle, semble être un développement incontournable, mais que les parties sont susceptibles de rechercher davantage vu les difficultés et les limites rencontrées d'une intervention sectorielle. Le souci d'égalisation des rapports public-communautaire, une valeur prégnante dans les pratiques de la DSP, des CLSC et des organismes communautaires, est propice au croisement des savoirs et à l'émergence d'une réorganisation des ressources sur une autre base que sectorielle, afin de répondre plus adéquatement aux besoins des familles. L'initiative *Ma place au soleil* est de ce point de vue exemplaire. Les développements futurs dans le déploiement de *NÉGS* montreront les innovations auxquelles il a donné lieu. La viabilité du programme quant à ses effets potentiels à long terme, notamment sur le développement des enfants, est tributaire de ces innovations, elles-mêmes tributaires de l'investissement qui sera consenti au volet intersectoriel, « oublié » à ce jour dans le rehaussement financier. La question du financement rejoint ici celle de la viabilité.

En effet, en l'absence de financement soutenu, les CLSC relèvent la difficulté d'inscrire dans la durée le changement de pratique initié. En 2002, après trois ans d'implantation, la pratique révèle que la clientèle vivant en situation de grande pauvreté et d'exclusion (GPE) n'est pas seulement, comme le porte à croire le programme, défavorisée au plan socioéconomique (i.e. manque de ressources : meubles, vêtements, nourriture). Plutôt, on observe des formes de pauvreté inattendues en région rurale, faisant écho aux formes urbaines et actuelles de pauvreté : clientèle socialement désorganisée cumulant des problématiques lourdes, dont la prostitution, la polytoxicomanie et un milieu de vie criminalisé. Cette clientèle, parce qu'elle présente les plus grands besoins, mobilise l'attention. Les intervenantes, forcées de faire des choix, vont au plus urgent¹⁸⁰. Autrement, *NÉGS* devient une avenue d'épuisement professionnel et de roulement de personnel. Devant la lourdeur du nouveau défi, il est permis de questionner la viabilité de l'intervention dont les intervenantes ont la charge délicate et exigeante de maintenir en qualité et en quantité, de consolider et de sans cesse renouveler. Comment

¹⁸⁰ On souligne qu'on conserve l'objectif de suivre les mères jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. Cependant, compte tenu des besoins urgents de certaines clientèles, le suivi n'est plus fait de façon aussi intensive.

en l'absence d'injection de nouvelles ressources et de soutien continu s'acquitter convenablement de cette tâche sans occulter les besoins d'ensemble?

Figure 3 Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité / Projet de déploiement du programme *NEGS* dans la région des Laurentides



CONCLUSION

Dans le déploiement de *NEGS* dans la région des Laurentides au cours de 1998 à 2001, jusqu'à quel degré et comment les principes directeurs des *Priorités nationales de santé publique* ont-ils été actualisés et avec quels résultats? Voilà la question à laquelle devait répondre cette étude.

Rappelons que les principes mis de l'avant dans les *PNSP* appellent les planificateurs publics à reconnaître et intégrer une diversité de savoirs, à travailler en collaboration avec les acteurs des communautés locales, et à favoriser la concertation des acteurs et la coordination de l'action. L'étude avait pour mandat de statuer sur le degré d'actualisation de ces principes en vertu de la qualité des résultats atteints dans le but de contribuer à l'élaboration d'un référent pour la pratique. En effet, à partir de cas considérés exemplaires, l'étude visait à montrer les pratiques déployées et à faire le lien avec la qualité des résultats atteints, une telle observation détaillée des pratiques devant conduire à l'élaboration d'un tel référent.

Que nous apprend alors l'étude de ce cas? L'étude nous renseigne sur les formes qu'ont empruntées les pratiques planificatrices et partenariales des instances publiques, aux paliers central, régional et local, dans le déploiement de *NEGS*, et leur conséquence sur la qualité du programme, nous rendant à même d'établir si le degré d'actualisation des principes directeurs a été suffisant. Quatre constats peuvent être tirés.

Premier constat, au palier central, les pratiques planificatrices de la DGSP et de l'INSPQ ont été axées davantage sur le leadership que sur le contrôle technocratique. D'abord, un leadership dans les efforts déployés auprès du MSSS pour un rehaussement du financement dédié au programme. Ensuite, un soutien actif au déploiement en animant un lieu d'échange interrégional. Le contrôle technocratique a surtout été exercé par l'évaluation normative tenue dans le cadre du suivi d'implantation des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Deuxième constat, au palier régional, pour le déploiement de *NEGS* dans ses sept territoires de CLSC, la DSP des Laurentides a adopté une approche de planification résolument politique, cherchant à rallier les acteurs stratégiques et névralgiques (bailleurs de fonds et acteurs de la mise en œuvre) en tenant compte de leurs intérêts, créant ainsi les conditions minimales du déploiement. Elle a de plus opté pour une approche planificatrice qui s'inscrit dans le courant de l'ouverture à la participation des acteurs concernés et de l'adaptation des programmes, à bonne distance de la logique technocratique et rationaliste, allant dans le sens préconisé par les principes. Sur le continuum de la participation, elle a opté pour un appel précoce de tous les acteurs concernés, CLSC et organismes communautaires, c'est-à-dire à l'étape même de se donner un plan d'implantation, également pour une dynamique interactive où non seulement les CLSC mais aussi les organismes communautaires ont pu faire valoir leurs intérêts et influencer le cours des choses. Sur le continuum de l'adaptation du programme, elle a favorisé une valorisation des structures existantes, plutôt que de forcer la mise en place des structures prévues au programme-cadre, et elle a favorisé un plan d'implantation ajusté à la diversité des contextes locaux. En ce qui concerne le contenu, c'est-à-dire les trois grandes stratégies du

programme, sa ligne de conduite a été d'abord de reconnaître et valoriser ce qui se faisait déjà dans chacun des territoires, particulièrement en ce qui concerne les volets postnatals. Si elle a cherché à préserver l'intégralité des trois stratégies, elle l'a fait par la formation et l'échange plutôt que par un contrôle de conformité. La DSP s'est ainsi plutôt attardé à l'esprit qu'à la lettre du programme, s'inscrivant dans le courant de la généralisation fondée sur la théorie, sur les principes actifs d'un programme plutôt qu'axée sur ses formes.

Troisième constat, au palier local, les acteurs publics (ici, les CLSC) ont maintenu leur préoccupation pour l'égalisation de leur rapport avec le milieu communautaire. Les formes concrètes de cet effort d'égalisation sont la préservation des collaborations existantes et la reconnaissance qu'il n'y aura de collaborations à *NÉGS* que si elles sont librement consenties. Au plan des pratiques, les CLSC, appuyés de la DSP, ont cherché à insérer le programme à partir des pratiques existantes selon une logique de combinaison des différents savoirs, entraînant des innovations en CLSC, tels les changements de pratique vers l'interdisciplinarité, et au plan de l'action intersectorielle. Les CLSC ont ainsi cherché à greffer *NÉGS* au réseau de services existants sur leur territoire en périnatalité, en l'utilisant comme outil de changement dans l'optique de rehausser la capacité d'accueil et d'action de ce réseau.

Quatrième constat, ces pratiques ont généralement été favorables à la qualité des résultats atteints, mesurée d'abord à l'aulne de la solidité du réseau d'acteurs portant le programme malgré nombre de conditions adverses, ce réseau étant caractérisé par l'engagement non formalisé mais néanmoins effectif des organismes communautaires dans la stratégie d'action intersectorielle du programme. Mesurée également à l'aulne de l'ancrage du programme qui progresse à mesure que les acteurs avancent dans son adaptation aux contextes locaux. Solidité du réseau d'acteurs et ancrage du programme sont les premiers résultats (résultats proximaux) des pratiques planificatrices des acteurs publics (DGSP, DRSP, CLSC). L'étude montre une adaptation mutuelle du programme et du milieu. Pour qu'un programme soit adopté avec succès, et qu'il demeure viable dans le temps, il faut qu'il puisse être adapté de façon continue. Le potentiel d'innovation des acteurs redéfinit continuellement le programme et son adéquation au contexte. Un programme adapté aux conditions du milieu a toutes les chances d'y avoir été inséré par un réseau d'acteurs actifs et engagés, porteurs du programme, se sentant concernés par sa vitalité. Il y a donc symétrie entre la vitalité du réseau d'acteurs et la vitalité du programme. De ces conditions est attendue un renforcement de la solidité du modèle d'action et de la viabilité de la solution (résultats distaux), suivant la logique de recherche-action où les résultats de l'évaluation des effets de la phase prénatale placent désormais le programme. Cette capacité à renforcer le modèle d'action et la viabilité du programme dépend en effet du potentiel d'innovation sociale des réseaux d'acteurs qui portent le programme, en commençant par la capacité des pratiques planificatrices des acteurs publics à susciter et soutenir ces innovations. Rappelons ici, tel que le soutenait le groupe de travail de Camil Bouchard dans leur réflexion sur l'innovation sociale entourant l'élaboration de la politique québécoise de la science et de l'innovation, que les innovations sociales sont souvent le produit d'un bricolage social, d'un savoir fondé sur l'expérience (Bouchard, 1999).

Une comparaison avec les pratiques planificatrices et partenariales ayant eu cours lors de l'implantation du programme à Montréal entre 1995 et 1998 est ici intéressante. Là, l'implantation avait alors suivi une ligne plus proprement technocratique. La DSP, promotrice du programme, avait invité les CLSC et les organismes communautaires à implanter la structure et les stratégies prévues au programme-cadre et avait mis en place différents moyens à cet fin : financement, coordination, formation, agent de liaison dans chacun des territoires locaux, encadrement. La stratégie d'implantation de la DSP a été davantage de chercher une adaptation des contextes locaux au programme-cadre, que de chercher une adaptation mutuelle du programme et des contextes. Sous l'impulsion de la DSP, de nouvelles structures locales ont été créées afin de se conformer à la structure prévue, où ont prédominé la logique institutionnelle (ex : approche sélective) et le contrôle institutionnel de la décision. Les collaborations entre CLSC et organismes communautaires se sont quand même accrues, voire systématisées, mais selon l'esprit du contrat de services, sans que soit modifié le rapport traditionnel de subordination, sauf là où les instances locales ont pu se positionner et négocier des ajustements. Aucune structure régionale de gestion participative du programme n'a pu être réellement instaurée, notamment parce que les organismes familiaux ne disposaient pas des ressources nécessaires.

Une controverse à propos du contrôle qu'exercent les acteurs locaux sur les structures et l'action locales, vis-à-vis le planificateur régional, avait alors rendu l'implantation difficile. Cette controverse s'est résolue en certains territoires, sous la pression des instances locales, par un élargissement de leur marge décisionnelle. Il en résultait une évolution de la planification vers une pratique plus participative. Le déploiement de *NÉGS* dans Les Laurentides a fait face à cette même controverse sur la marge d'autonomie des acteurs locaux, mais elle s'est négociée différemment du fait que les acteurs communautaires ont pu compter sur l'intervention de leur regroupement régional et du fait que l'autonomie des acteurs communautaires était déjà inscrite dans la tradition de collaboration de la DSP et des CLSC avec le milieu communautaire. Cette condition devint une balise de la collaboration, évitant des conflits stériles.

Les pratiques planificatrices et partenariales dans l'implantation montréalaise ont été moins favorables à la qualité des résultats atteints. Si le réseau d'acteurs portant le programme s'est avéré aussi solide que dans l'expérience laurentienne, l'ancrage local du programme a été affecté négativement par la rigidité de la structure-cadre et l'excès d'encadrement de la DSP. Les pratiques planificatrices de la DSP, en faisant peu de place à l'initiative et aux acquis locaux, n'ont pas permis que le caractère novateur du programme vienne stimuler l'innovation locale. Cette comparaison montre que des pratiques planificatrices interactives et formatives, plus amplement actualisées dans le déploiement laurentien, ont mieux servi la qualité des résultats.

Dans les quatre constats qui précèdent, on reconnaît à l'œuvre le principe de l'intégration d'une diversité de savoirs dans la création de lieux d'échange, dans la valorisation des structures et pratiques régionales et locales, voire dans l'innovation qui en a découlé. On reconnaît dans les pratiques participatives déployées le principe de collaborer avec les communautés. Et l'idée de concertation se retrouve dans la reconnaissance, par les acteurs publics, de l'autonomie des acteurs communautaires

comme condition préalable des partenariats. Cependant, ces principes ne sont certes pas totalement actualisés. Telle l'idée de la démocratie, ce sont des idéaux qui s'actualisent au travers de façons de faire qui doivent être en permanence évaluées et révisées. Aussi, y a-t-il lieu d'étendre notre compréhension de ces principes et de les inscrire dans la mouvance de la citoyenneté active qui caractérise ce début de siècle.

Il est certain que le déploiement de *NEGS*, qui a cours, faut-il le rappeler, dans le chantier de recherche – action ouvert pour la mise à jour du programme, n'exploite pas tout le potentiel innovant qu'offre la conjugaison des savoirs dans un champ aussi riche d'expérience que celui de la périnatalité et de la petite enfance. L'expérimentation des réseaux université – communauté et de la recherche en interaction directe avec la pratique, où production et application forment les composantes indissociables du processus de développement des connaissances, demeurent encore très largement sous-utilisés. Trois zones de coopération sont reconnues entre chercheurs et praticiens dans le développement des savoirs (Callon et al. 2001). La première est, de façon minimale, celle de l'adaptation des savoirs acquis par la recherche traditionnelle à la complexité et aux particularités des contextes d'application, ce qui requiert la participation de ceux qui sont directement concernés. C'est dans cette zone que se situe l'effort d'adaptation de *NEGS* à la diversité des contextes locaux dans l'actuel déploiement. Les deux autres zones de coopération remontent en amont dans le développement des savoirs. Il s'agit de la mise en place de collectifs de recherche forts de toutes les compétences, permettant tous les débats et controverses nécessaires pour faire que les connaissances produites soient plus robustes. Et plus en amont encore, il s'agit de la négociation entourant l'identification et la définition mêmes des problèmes sur lesquels va porter la recherche.

Il est aussi admis que, devant le déficit démocratique des sociétés post-modernes, la démocratisation de l'élaboration des politiques et programmes publics doit dépasser la seule participation des acteurs directement concernés, constitués en groupe d'intérêts, pour entendre le citoyen. La division entre spécialistes et profanes, et leurs figures mêmes, sont remises en cause dans un contexte où les certitudes de la science sont de plus en plus incertaines, voire contestées. Désormais, le spécialiste est appelé à parler avec les collectivités plutôt que de parler en leur nom. Aussi, le planificateur est-il appelé à réhabiliter la capacité de jugement du « citoyen ordinaire » et à renouveler les procédures de la participation.

Le contexte de déploiement de *NEGS* ne représente pas non plus un modèle de coopération rendu à sa maturité entre les secteurs public et communautaire. L'adoption récente d'une politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001) place, certes, le Québec parmi l'avant-garde des États en la matière. Cette politique se veut une offre de partenariat conviant le milieu communautaire à une collaboration libre et volontaire, qui ne conditionne pas son accès au financement. Le respect de la mission, des orientations, des modes et des approches d'intervention des organismes communautaires sont placés au fondement de la relation de partenariat proposé par l'État dans cette politique. Actualiser l'autonomie des organismes communautaires et la suffisance de leur financement en est donc le résultat attendu. Cette politique est un point marquant dans la construction progressive d'un nouveau rapport de force entre le milieu communautaire et l'État, qui a été favorisée depuis les années 1980 par la mise en place d'un système

de représentation politique du mouvement communautaire. Négociée avec le milieu communautaire qui lui accorde assez généralement son assentiment, cette politique demeure encore cependant à actualiser. Elle propose une concrétisation du principe appelant les acteurs de santé publique à la collaboration et à la concertation avec les acteurs locaux et elle doit, sans contredit, orienter maintenant le développement vers des pratiques partenariales.

Au regard des gains de qualité du programme atteints par une application même modeste des principes directeurs, il apparaît que le développement de pratiques et de procédures incarnant une plus ample application de ces principes ne pourra qu'être profitable pour la santé et le bien-être des collectivités.

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich M., Callon M., Latour B. (1988a). À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 11, 4-17.
- Akrich M., Callon M., Latour B. (1988b). À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 12, 14-29.
- Allard D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : Trajet épistémologique*. Thèse de doctorat. Montréal : Université du Québec à Montréal, 252 p.
- Allard D. et al. (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2000. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan. Document préparatoire sur l'évaluation des projets-pilotes en traumatismes non intentionnels*. Québec : Institut national de santé publique, 48 p. (document inédit).
- Allard D. (6 février 2001). *Comment définir votre programme pour mieux l'évaluer?* Formation intersyndicale SPPASQ –SCFP présentée à la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Québec.
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livan, Y. F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil, 256 p.
- Berman P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation : Matching strategies to situations. In H. M. Ingram & D. E. Mann (Éds), *Why policies succeed or fail* (pp. 205-227). Beverly Hills / London : Sage Publications.
- Bernard P. (1993). Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale. *Sociologie et société*, 25 (2), 171-189.
- Bickman L. (1985). Improving established statewide programs. A component theory of evaluation. *Evaluation Review*, 9 (2), 189-208.
- Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. et al. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 225 p.
- Bilodeau A. (2000). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique, le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 358 p.
- Bilodeau A., Lefebvre C., Allard D. (à paraître). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Bilodeau A., Chamberland C., White D. (2002). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 17 (2), 59-88.
- Bouchard C. (1999). *Recherche en sciences humaines et sociales et innovations sociales. Contribution à une politique de l'immatériel*. Québec : Groupe de travail sur l'innovation sociale, Conseil québécois de la recherche sociale, 35 p.

Boyer G., Brodeur J.-M. et al. (2001a). *Étude des effets de la phase prénatale du programme. Naître Égaux Grandir en santé*. Montréal : Direction de la santé publique, 150 p. et annexes.

Boyer G., Brodeur J.-M. et al. (2001b). *Naître Égaux Grandir en santé. Des résultats pour poursuivre le chantier*. Rapport synthèse. Montréal : Direction de la santé publique, 4 p.

Boyer G., Laverdure J. (février 2000). *Le déploiement des programmes intégrés de type Naître Égaux - Grandir en santé au Québec. Avis de l'Institut national de santé publique du Québec*. Québec : INSPQ, 44 p.

Boyer G., Parisien D. (1998). *Naître Égaux Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être*. Montréal : Direction de la santé publique, 80 p. et annexes.

Brunk S. E., Goeppinger J. (1990). Process evaluation. Assessing re-invention of community-based interventions. *Evaluation & The Health Professions*, 13 (2), 186-203.

Callon M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.

Callon M., Latour B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé*, 36, 13-25.

Chamberland C., Dallaire N., Fréchette L., Lindsay J., Hébert J., Cameron S., Beaudoin G. (1996). *Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez des jeunes et leur famille : portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite*. Montréal : Université de Montréal, École de service social, 116 p.

Chen H. T. (1990). *Theory-driven evaluation*. Newbury Park : Sage, 326 p.

Colin C., Desrosiers H. (1989). *La périnatalité au Québec. Naître égaux et en santé*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 153 p.

Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. (1991). *Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté. Le point de vue des femmes enceintes de Montréal*. Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Sacré-cœur, Département de santé communautaire, 289 p.

Colin C. (1992). L'approche en milieu défavorisé et le programme intégré de services en périnatalité: vers des interventions plus efficaces. In Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire, *Naissance et Pauvreté: des interventions ... à partager. Les actes du Colloque des 31 octobre et 1^{er} novembre 1991* (pp. 13-30). Montréal: Impressions Au point.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport*. Québec: Les publications du Québec, 803 p. (Commission Rochon).

Conseil des Affaires sociales et de la famille (1984). *Objectif : Santé*. Québec: Gouvernement du Québec, 217 p.

Cousins J. B., Whitmore E. (1998). Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*, 80, 5-23.

Crozier M., Friedberg E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris : Seuil, 500 p.

Dallaire N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion / prévention, une réflexion dans le champ enfance - jeunesse - famille*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 304 p.

Dam J. T. (1996). Healthy research in cities : A case study on the translation of health research into action in The Netherlands. *Health Promotion International*, 11(4), 265-276.

Degeling P. (1995). The significance of « sectors » in calls for urban public health intersectoralism : An Australian perspective. *Policy and Politics*, 23 (4), 289-301.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (avril 1999). *Naître Égaux Grandir en santé. Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue. Du nouveau dans la famille?* Montréal : Direction de la santé publique, 30 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (février 2000). *Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté. Guide de formation et d'animation. Du nouveau dans la famille? Naître Égaux Grandir en santé. Un coup de main du quartier!* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux & Direction de la santé publique, 95 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 146 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 203 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3^e bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 232 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 220 p.

Edelenbos J., Van Eeten M. (2001). The missing link : Processing variation in dialogical evaluation. *Evaluation*, 7, 204-210.

Elden M., Levin M. (1991). Cogenerative Learning. Bringing participation into action research. In W. F. White, *Participatory Action Research* (pp. 127-142). Newbury Park / London / New Delhi : Sage Publications.

Fawcett S. B., Paine-Andrews A., Francisco V. T., Schultz J. A., Richter K. P., Lewis R. K., Williams, E. L., Harris K. J., Berkley J. Y., Fisher J. L., Lopez C. M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 677-697.

Fawcett S. B., Lewis R. K., Paine-Andrews A., Francisco V. T., Richter K. P., Williams E. L., Copple B. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse : The case of Project Freedom. *Health Education & Behavior*, 24(6), 813-828.

Goodman R.M., Wandersman A., Chinman M., Imm P., Morrissey E. (1996). An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 24 (1), 33-61.

Goodman R.M., Speers, M.A., McLeroy K., Fawcett S., Kegler M., Parker E., Smith S.R., Sterling T.D., Wallerstein N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 25(3), 258-278.

Gouvernement du Québec (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 181 p.

Gouvernement du Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Rapport et recommandations : les solutions émergentes*. Québec : Gouvernement du Québec, 410 p.

Gouvernement du Québec (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, 59 p.

Green L., Kreuter M. (1999). *Health promotion planning : An educational and ecological approach*. Mountain View (CA) : Mayfield Publications.

Gillies P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international*, 13(2), 99-120.

Guay L. (1991). Le choc des cultures: Bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 4(2), 43-58.

House E. R., Howe K. R. (2000). Deliberative democratic evaluation. *New Directions for Evaluation*, 85, 3-12.

Huberman M., Miles M. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 480 p.

Institut national de santé publique du Québec (2001). *Portrait de santé - Le Québec et ses régions*. Édition 2001. Québec : INSPQ, 432 p.

Joseph K.S., Kramer M.S. (1997). Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (5), 535-541.

Lamoureux J. (1994b). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 235 p.

Labonte R., Robertson A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff : The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23 (4), 431-447.

Levasseur M. (1983). *Des problèmes prioritaires : la maladie selon les âges de la vie*. Québec: Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 189 p.

Martin C., Boyer G. et al. (1995). *Naître Égaux Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux & Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 213 p.

McLeroy K. R., Kegler M., Steckler A., Burdine J. M., Wisotzky M. (1994). Community coalitions for health promotion : Summary and further reflections. *Health Education Research*, 9 (1), 1-11.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2001). *Politique gouvernementale. L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, 59 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Gouvernement du Québec, 94 p. (Réforme Côté).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec, 192 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1993). *Politique de périnatalité*. Québec: Gouvernement du Québec, 101 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (mai 2002). Plan d'organisation administrative du MSSS. Québec : Gouvernement du Québec, 58 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (Septembre 2001). *Politique gouvernementale. L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, 59 p.

Ministère des Affaires sociales (1973). *La périnatalité, une politique du Ministère des Affaires sociales*. Québec: Gouvernement du Québec, 83 p.

Mohr L. B. (1999). The Qualitative Method of Impact Analysis. *American Journal of Evaluation*. 20 (1), 69-84.

Monnier E. (1987). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris : Economica, 169 p.

Panet-Raymond J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires. À l'ombre de la loi 120. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 79-93.

Patton M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation - The new century text*. Thousand Oaks : Sage.

Parazelli M. (1994). *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire*. Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec, 18 p.

Pelchat Y., Wilkins R. (1987). *Dossier naissances: quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveaux-nés de la région 06A (Montréal métropolitain) 1979-1983*. Montréal: Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain, 102 p.

Perreault M., Boyer G. et al. (2000). *Naître Égaux Grandir en santé. Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal*. Montréal : Direction de la santé publique, 222 p. et annexes.

Pineault R. Daveluy C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 480 p.

Pineault R., Tousignant P. (Éds) (2000). *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 95 p.

Pluye P., Potvin L., Denis J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 99-113.

Rallis S. F., Rossman G. B. (2001). Dialogue for learning : Evaluator as critical friend. *New Directions for Evaluation*, 86, 81-92.

Rebien C. C. (1996). Participatory evaluation of development assistance. *Evaluation*, 2, 151-171.

Redjeb B. (1994). Du communautaire dans la réforme Côté : analyse de l'affirmation de la normativité des systèmes. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 95-109.

Renaud M. (1997). Allocution de Monsieur Marc Renaud, Président, Conseil québécois de la recherche sociale. In Direction de la santé publique, *Les actes du colloque Partenaires pour la prévention. Première conférence régionale en prévention – promotion. 26-27 novembre 1996*. (pp. 19-24). Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Rodrigue N. (1993). *Les enjeux politiques et méthodologiques des plans régionaux d'organisation de services*. Actes du colloque *Enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé*. Congrès de l'ACFAS, mai 1993.

Rogers E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York : Free Press, 453 p.

Syme S. L. (1997). Individual vs. community interventions in public health practice : Some thoughts about a new approach. *Health Promotion Matters*, issue 2.
<http://vhpx.vichealth.vic.gov.au/publicat/hpmarchv/issue2/article2.htm>

Schön D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (traduction de *The reflective practitioner. How professionals think in action*. 1983). Montréal : Éditions Logiques, pp. 45-102.

Théorêt B., Brodeur J.-M. et al. (2000). Le recrutement d'un groupe de femmes montréalaises de statut socio-économique très faible dans une étude clinique randomisée. *Revue canadienne de santé publique*, 9 (1), 60-63.

Vaillancourt Y. (1994). Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 227-248.

Wallerstein N., Bernstein E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.

Weiss C. H. (1995). Nothing as practical as good theory : Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J. P. Connell, A. C. Kubisch, L. B. Schorr & C. H. Weiss (Éds), *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods, and contexts* (pp. 65-92). Washington : The Aspen Institute.

Wolff T. (1997). Coalition building : Is this really empowerment? In K. Kaye & T. Wolff (Éds), *From the ground up! A workbook on coalition building and community development* (pp. 13-20). Amherst, MA : AHEC / Community Partners.

Yin R. K. (1994). *Case study research*. Thousand Oaks : Sages, 170 p.

SOURCES DE DONNÉES

Entrevue auprès d'informateurs clés

Micheline Proteau, agente de planification en prévention promotion de la santé, Direction régionale de la santé publique des Laurentides, le 27 avril 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Chantal Lefebvre. Durée : 4 heures.

Rolande Pelnault et Louise Picard, CLSC Hautes Laurentides, le 28 mai 2001. Entrevue réalisée par Angèle, Bilodeau, Denis Allard et Chantal Lefebvre. Durée : 3 heures.

Micheline Proteau, agente de planification, Direction de la santé publique des Laurentides, les 29 novembre et 3 décembre 2001. Entrevues réalisées par Chantal Lefebvre. Durée totale : 3 heures 30 (échanges téléphoniques).

Nicole Desjardins, agente de planification en périnatalité, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, le 21 novembre 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 105 minutes.

Ginette Boyer, Institut national de santé publique du Québec, le 29 novembre 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre, Angèle Bilodeau et Denis Allard. Durée : 2 heures.

Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec, le 31 octobre 2002. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 30 minutes (échange téléphonique).

Compte rendu de la réunion sur le choix du territoire pour le cas *NÉGS*, tenue le 6 décembre 2000 à la DSP de Montréal-Centre, 3 p.

Sources en lien avec le contexte et les acteurs (chapitre IV)

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (17 novembre 2000). *Allons à l'essentiel. L'offre de services Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC*. Document de travail, 68 p.

Fiche-synthèse. Proposition du MSSS. Sommet du Québec et de la jeunesse. Printemps 1999, 8 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (février 2000). *Proposition du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des travaux du chantier gouvernemental en vue du Sommet du Québec et de la jeunesse, présentée par la ministre d'État à la santé et aux services sociaux et par le ministre délégué à la santé, aux services sociaux et à la protection de la jeunesse et ministre responsable du loisir du sport et du plein air*. Québec, 12 p. et annexes.

Institut national de santé publique du Québec (mars 2001). *Programme de Soutien aux jeunes parents. Rapport sur la clientèle à cibler*. 34 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides (octobre 1993). *Énoncé de politique de concertation entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides et les organismes communautaires de la région des Laurentides*. St-Jérôme : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 9 p.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (mai 1995). *Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux (1995-1998)*. St-Jérôme : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, 30 p. et annexes

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (juin 1995). *Plan d'action régional pour l'amélioration de la santé et du bien-être. Région des Laurentides*. St-Jérôme : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, 94 p. et annexes.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (5 juin 1996). *Plan régional d'organisation des services (PROS) Jeunesse : Réussir sa jeunesse nous on y croît!* (Condensé). St-Jérôme : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, 8 p.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (23 août 1996). *Le projet de transformation : l'approche programme et l'action locale (Bassin de concertation / Coordination). Complément au plan de transformation triennal pour soutenir les phase II et III*. St-Jérôme : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, 80 p. et annexes.

Régie régionale des Laurentides, Comité consultatif du programme de Soutien aux organismes communautaires, Coordination des programmes santé mentale, adaptation sociale, toxicomanie, et soutien aux organismes communautaires, Direction générale des programmes (avril 1998 – adopté par le C. A. de la Régie au). *Vers une reconnaissance réelle de la contribution des organismes communautaires et bénévoles, le rehaussement de leur financement minimal de base. Cadre de référence pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires. Un défi dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux*. St- Jérôme : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 34 p. et annexes.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (mai 1999). *Mission 2002 : Plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides 1999-2002. Les orientations générales*. St-Jérôme : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, 40 p.

Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (octobre 1996). *Profil des organismes communautaires des Laurentides. Domaine de la santé et des services sociaux. Impact social et économique*. Rapport de recherche. Saint-Jérôme : Regroupement des organismes communautaires des Laurentides, 97 p. et annexes.

Santé Canada (mars 1998). *Le PCNP au service des collectivités canadiennes : Aperçu du Rapport sur le questionnaire de projet du Programme canadien de nutrition prénatale*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 8 p.

Site internet de Santé Canada. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc/pace/index.html>>. Consulté le 19 novembre 2001.

Site internet de Santé Canada. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc/pcnp/>>. Consulté le 11 novembre 2001.

Site internet de la Régie régionale de la santé et des Services sociaux des Laurentides. <http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/rs_perinat.htm>. Consulté en mars 2002.

Sources en lien avec le déploiement de *NÉGS* dans les Laurentides (chapitre V)

Documents de planification

Annexe 2 : L'action intersectorielle favorable au développement des enfants et des jeunes : l'engagement des CLSC. Proposition des CLSC adressée à la Régie régionale. 3 p.

Direction de la santé publique des Laurentides- Service de la promotion de la santé et Service des maladies infectieuses (16 avril 1998). *Proposition d'allocation financière pour rehausser les activités de base en promotion / prévention en CLSC pour la petite enfance.* 11 p. et annexes.

Direction de la santé publique des Laurentides (1998). *NÉGS – Laurentides : sensibilisation au programme.* 1 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (septembre 1998). *Naître Égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité. Guide d'implantation.* Document de travail, 18 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (décembre 1998). *Naître Égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion et de prévention périnatalité. Éléments de définition.* 7 p..

Direction de la santé publique des Laurentides (février 1999). *NÉGS – Laurentides. Un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité. Guide d'implantation.* Document interne, 19 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (mars 1999). *Naître Égaux – Grandir en santé – Laurentides. Un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité. Guide d'implantation.* Document interne, 19 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (10 mars 2000). *Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Annexe II Recommandations de la Régie régionale des Laurentides. Renouvellement 2000-2003.* 9 p.

Direction de la santé publique des Laurentides – prévention promotion de la santé (5 avril 2000). *Fiche-synthèse adressée au C. A. de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, pour traitement en vue d'une décision.* Objet : Répartition des allocations budgétaires dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Document interne, 5 p. et annexes.

Direction de la santé publique des Laurentides – prévention promotion de la santé (5 avril 2000). *Fiche-synthèse adressée au C. A. de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, pour traitement en vue d'une décision.* Objet : Répartition des allocations budgétaires dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Document interne, 5 p. et annexes.

Direction de la santé publique des Laurentides (mars 2000). *Nouvelles allocations budgétaires – Volet promotion de la santé et prévention – mars 2000.* St- Jérôme, document interne, 8 p. .

Direction de la santé publique des Laurentides (sans date). *Naître Égaux - Grandir en santé. Rencontres des organisateurs / travailleurs communautaires impliqués dans le programme NÉGS région des Laurentides.* Document interne, 1 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (sans date). *Naître Égaux - Grandir en santé. Action intersectorielle. suggestions d'éléments à inclure dans le rapport de l'année*. Document interne, 1 p.

Notes manuscrites des animateurs - DSP Journées de sensibilisation et Fiches d'évaluation des participants aux journées de sensibilisation.

Régie régionale et des services sociaux des Laurentides. *Formule de prise de décision, soumis au Conseil d'administration du mai 1998*. Objet : Proposition d'allocation financière pour rehausser les activités de base en promotion/prévention en CLSC pour la petite enfance. 4 p. et annexes.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides (Décembre 2000). *Naître Égaux - Grandir en santé. Un programme de promotion et de prévention en périnatalité. Activités de formation : Intervention dans un contexte de pauvreté*. 3 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides (13 juin 2000). *Communiqué de presse pour publication immédiate : Le conseil d'administration de la Régie régionale procède à de nouvelles répartitions budgétaires*. St-Jérôme, 3 p..

Outils régionaux de collecte de données pour le suivi de l'implantation

Direction de la santé publique des Laurentides (20 octobre 1998). *Questionnaire adressé aux CLSC. Naître Égaux – Grandir en santé. Travail en équipe interdisciplinaire*. 7 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (1998). *Questionnaire adressé aux organismes via les CLSC. État de situation des suivis individuels de type NÉGS effectués par les organismes communautaires auprès des familles*. 8 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (1998). *Compilation des données : État de situation des suivis individuels de type NÉGS effectués par les organismes communautaires auprès des familles selon les territoires de CLSC*. 4 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (1998). *Compilation. Données sur le travail en équipe interdisciplinaire 1998-1999*. 11 p.

Direction de la santé publique des Laurentides (1998). *État de situation 1998-1999*. 2 p..

Direction de la santé publique des Laurentides (1999). *Programme Naître Égaux – Grandir en santé Population cible/case-load clientèle/nombre de rencontres* (tableau/compilation suivant l'objectif clientèle défini par les CLSC de façon concomitante à leur engagement dans le programme). 1 p.

DRSP des Laurentides, Équipe « Jeunesse psychosociale » ou « Développement adaptation sociale » (1999). (sans titre). Document interne, 2 p.

Régie régionale des Laurentides, Direction de la santé publique (27 février 2001). *Naître Égaux – Grandir en santé Laurentides. Collecte des données, suivi individuel. Questionnaire destiné aux CLSC*. Document de travail, 5 p.

Régie régionale des Laurentides, Direction de la santé publique (27 février 2001). *Naître Égaux – Grandir en santé Laurentides. Collecte des données, équipe interdisciplinaire / Collaboration et concertation avec les ressources du milieu. Questionnaire destiné aux CLSC*. Document de travail, 1 p.

Formulaire de collecte de données adressé à la Régie régionale des Laurentides par le Ministère de la santé et des services (Direction des services à la population et Direction de la santé physique) et le Ministère de la Solidarité sociale (Direction de l'implantation et du soutien aux opérations) concernant l'Opération de référence des futures mères ou futurs parents de milieu défavorisé des CLE vers les CLSC. État de situation au 31 mars 2000. 2 p.

Procès-verbaux et comptes rendus

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 13 novembre 1998 au CLSC des Pays-d'en-Haut, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 22 janvier 1999, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 12 mars 1999, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 21 mai 1999, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 17 septembre 1999, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 5 novembre 1999 à Ste-Adèle, 5 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 14 janvier 2000 à Ste-Adèle, 6 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 17 mars 2000 au CLSC Pays-d'en-Haut, 4 p. et annexes.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 5 juin 2000, 6 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 15 septembre 2000 au CLSC des Trois-Vallées, 3 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 8 décembre 2000 à l'Hôtel Le Chanteclerc de Ste-Adèle, 4 p.

Comité régional jeunesse. Compte rendu de la rencontre tenue le 19 janvier 2001 à la salle Christiane Léonard du CLSC des Trois Vallées, 5 p.

Équipe Prévention / Promotion de la Direction de la santé publique des Laurentides. Compte rendu synthèse de la rencontre du 27 mars 2001, de 13h30 à 17h, 11 p.

Compte rendu de la réunion des intervenants communautaires rattachés au programme *NÉGS*, tenue le 9 mars 2000 à Ste-Adèle, au CLSC des Pays-d'en-Haut, 3 p.

Compte rendu de la réunion des o.c./t.c. impliqués dans le programme Naître Égaux - Grandir en santé, tenue le 5 avril 2000 au CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut, 3 p.

Compte rendu de la rencontre des o.c./t.c. impliqués dans *NÉGS* -Laurentides tenue mardi, le 16 mai 2000, au CLSC des Pays-d'en-Haut, 4 p.

Compte rendu de la rencontre des organisateurs communautaires / travailleurs communautaires impliqués dans *NÉGS* - Laurentides, tenue le mercredi 13 septembre 2000, au CLSC des Pays-d'en-Haut, 8 p.

Compte rendu de la réunion des o.c./t.c. impliqués dans Naître Égaux et grandir en santé, tenue le 13 décembre 2000 à 9hres, à la Régie régionale des Laurentides, 4 p.

Compte rendu de la réunion des o.c./t.c. impliqués dans le programme «Naître Égaux et Grandir en santé », tenue le 21 février 2001 à 13h30 à la Régie régionale des Laurentides, 4 p.

Compte-rendu de la rencontre des o.c./t.c. impliqués dans le programme «Naître Égaux et Grandir en santé », tenue le 25 avril 2001, à 13h30 au CLSC-CHSLD des Trois-Vallées, 3 p.

Bilan de réflexion des o.c./t.c. des Laurentides impliqués dans le programme *NÉGS* sur les rencontres régionales (8 juin 2001), 2 p.

Procès verbal de la réunion spéciale de clarification des o.c./t.c. impliqués dans Naître Égaux – Grandir en santé et la Santé publique en présence de Micheline Proteau, tenue le 21 juin 2001 à la Régie régionale des Laurentides, 4 p.

Synthèse du séminaire des Journées annuelles de santé publique 2001. *Où s'en va tout ce petit monde?*, Document de travail, 8 p. .

Correspondance

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux coordonnateurs de CLSC. 26 octobre 1998, 1 p.
Objet : Des nouvelles de *NÉGS*!

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux CLSC. 10 décembre 1998, 1 p. Objet : Des nouvelles de *NÉGS*

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux directeurs généraux des sept CLSC. 13 janvier 1999, 5 p. et annexes. Objet : Allocation financière pour rehausser les activités de base en CLSC – secteur périnatalité et petite enfance.

Lettre de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides aux CLSC. 25 janvier 1999, 2 p. et annexes. Objet : Des nouvelles de *NÉGS – Laurentides*.

Lettre de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides aux participants de la journée de sensibilisation au programme *NÉGS – Laurentides*. 17 février 1999, 2 p. et annexes.

Télécopie du CLSC des Hautes-Laurentides à la Direction de santé publique des Laurentides. 30 juin 1999, 1 p.
Objet : Demande de données pour le suivi du programme *NEGS*.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux CLSC. 4 août 1999, 6 p. et annexes. Objet : Allocation financière pour rehausser les activités de santé publique en CLSC – Secteur périnatalité et petite enfance – Année 1999-2000.

Lettre du regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL) à la Direction de la santé publique des Laurentides. 20 septembre 1999, 1 p.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux CLSC. 20 septembre 1999, 2 p. et annexes. Objet : Programme intégré en périnatalité de type « Naître Égaux – Grandir en santé » Nouvelles modalités d'implantation et révision de la taille des populations cibles pour la période 1999-2002.

Lettre du CLSC Jean-Olivier Chénier à la Direction de la santé publique des Laurentides. 24 septembre 1999, 2 p. Objet : Implantation du Programme « Naître Égaux – Grandir en santé » (*NEGS*)

Lettre du CLSC Arthur-Buies à la Direction de la santé publique des Laurentides. 29 septembre 1999, 1 p.

Lettre du CLSC d'Argenteuil à la Régie régionale des Laurentides. 29 septembre 1999, 1 p. Objet : Projet intégré en périnatalité de type « Naître Égaux – Grandir en santé ».

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux partenaires locaux. 13 octobre 1999, 1 p. Objet : programmation intégrée en périnatalité.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides au Regroupement des organismes communautaires des Laurentides. 13 octobre 1999, 2 p. Objet : Programmation intégrée en périnatalité.

Lettre du CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut à la Direction régionale de la santé publique, Régie régionale des Laurentides. 15 octobre 1999, 1 p. Objet : Programme intégré en périnatalité *NEGS* – objectifs clientèles.

Lettre du CLSC-CHSLD des Trois-Vallées à la Régie régionale des Laurentides. 15 octobre 1999, 1 p.

Lettre du CLSC Hautes-Laurentides à la Direction régionale de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. 22 octobre 1999, 1 p. Objet : Implantation du programme Naître Égaux – Grandir en santé.

Lettre de la Direction de la santé publique aux CLSC. 21 octobre 1999, 2 p. et annexe. Objet : « Naître Égaux - grandir en santé » Soutien au travail en équipe interdisciplinaire.

Lettre du CLSC Thérèse de Blainville à la Direction de la santé publique des Laurentides. 22 octobre 1999, 1 p. Objet : Programme intégré en périnatalité de type « Naître Égaux – Grandir en santé ».

Lettre du CLSC Arthur-Buies à la Direction régionale de la santé publique. 2 novembre 1999, 3 p.

Lettre de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique aux CLSC. 9 novembre 1999, 2 p. Objet : Programme « Naître Égaux – Grandir en santé » : modalités d'allocation financière pour les années 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux organisateurs communautaires des CLSC. 2 février 2000, 1 p. Objet : « Naître Égaux - Grandir en santé ».Regroupement régional des organisateurs communautaires rattachés au programme.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux organisateurs communautaires de CLSC impliqués dans le programme *NEGS*. 23 mars 2000, 1 p. Objet : Documents d'information - Rencontre du 9 mars 2000.

Lettre de la Direction de la santé publique des Laurentides aux chefs de programme et adjoints enfance-jeunesse famille des CLSC et aux organisateurs communautaires *NEGS* des CLSC. 3 janvier 2001, 2 p. Objet : Formation à l'intervention en contexte de pauvreté. Programme « Naître Égaux - Grandir en santé ».

Note de service de la Direction de la santé publique des Laurentides aux organisateurs communautaires. 2 février 2001, 1 p. et annexes. Objet : Documentation pour la réunion du 21 février 2001.

Allocutions, communiqués et articles de la presse locale

Allocution de Madame Pauline Marois et de Monsieur Gilles Baril à l'occasion d'une conférence de presse sur leurs grandes orientations en matière de santé et de services sociaux, le 26 février 2001. En ligne. <<http://206.167.52.1/fr/organisa/allocmin.nsf/4e13ba1ecc3be230852566de004c8582/00ae77b6b0d9ceda85256a070075b2a1?OpenDocument>>.

Coupures de 28M\$ sur 3 ans dans les Laurentides : les soins de santé changeront. L'Écho de la Lièvre, le 5 mars 1996. En ligne. <http://www.rrss15.gouv.qc.ca/rs_perinat.htm>.

Les Centres jeunesse des Laurentides en tutelle. L'éveil, le 6 mars 1999. En ligne. <<http://www.linfonet.com/articles/eveil/990306/art8/index.html>>.

Les organismes de la MRC de Thérèse-De-Blainville demandent l'intervention des députés Kieffer et Signori. Nord-Info, le 26 juin 1999. En ligne. <<http://www.linfonet.com/articles/nordinfo/990626/art2/index.html>>.

Notes du ministre délégué à la santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein air monsieur Gilles Baril lors de la conférence de presse annonçant le programme de soutien aux jeunes familles vulnérables. En ligne. <<http://206.167.52.1/fr/organisa/allocmin.nsf/4e13ba1ecc3be230852566de004c8582/00ae77b6b0d9ceda85256a070075b2a1?OpenDocument>>.

Premier colloque jeunesse de la MRC de Deux-Montagnes : Faudra rester solidaire malgré le désengagement de Québec. L'éveil, le 11 décembre 1999. En ligne. <<http://www.linfonet.com/articles/eveil/991211/art6/index.html>>.

Rapport d'activités

CLSC des Hautes Laurentides (télécopie datée du 19 juillet 2000). *Naître Égaux - Grandir en santé. Action intersectorielle. Rapport CLSC Hautes Laurentides. Rapport d'activités*, 2 p.

CLSC d'Argenteuil (juin 2000). *Rapport action intersectorielle. NÉGS. Argenteuil. Rapport d'activités*, 1 p. et annexes.

CLSC d'Argenteuil en coll. avec partenaires (mai 2000). *Plan d'action du comité intersectoriel « NÉGS » MRC d'Argenteuil. Document de travail, 2^e version*, 7 p.

CLSC Thérèse-de-Blainville (mai 2000). *L'action intersectorielle dans le cadre du programme NÉGS. Rapport pour l'année 1999-2000. Rapport d'activités*, 5 p.

CLCS Arthur-Buies (date n/d). *Rapport de l'implication de la travailleuse communautaire au programme « Naître Égaux - Grandir en santé » pour la M.R.C. Rivière-du-Nord. Rapport d'activités*, 3 p.

CLSC Jean-Olivier-Chénier (juin 2000). *L'action intersectorielle effectuée dans le cadre du programme Naître Égaux - Grandir en santé. Rapport annuel de l'organisatrice communautaire remis à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides. Rapport d'activités*, 6 p.

CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut (mars 2001). *L'action intersectorielle dans le cadre du programme NÉGS. Rapport annuel 1999-2000. Rapport d'activités*, 5 p.

CLSC des Trois-Vallées (date n/d). *Naître Égaux - Grandir en santé. Bilan 1999-2000. Rapport d'activités*, 2 p.

CLSC des Hautes-Laurentides (2001). *Naître Égaux – Grandir en santé. Action intersectorielle, CLSC des Hautes-Laurentides 2000-2001. Rapport d'activités*, 2 p.

CLSC d'Argenteuil (juin 2001). *Rapport de l'action intersectorielle dans le cadre du programme « Naître Égaux – Grandir en santé »*. Rapport d'activités, 4 p.

CLSC des Trois-Vallées (2001). *Naître Égaux – Grandir en santé. Bilan 2000-2001. Rapport d'activités*, 4 p.

CLSC Thérèse-de-Blainville (juillet 2001). *L'action intersectorielle dans le cadre du programme NÉGS. Rapport pour l'année 2000-2001. Rapport d'activités*, 2 p.

CLSC Jean-Olivier-Chénier (juillet 2001). *L'action intersectorielle effectuée dans le cadre du programme Naître Égaux – Grandir en santé. Rapport annuel de l'organisateur communautaire remis à la DSP de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. Rapport d'activités*, 8 p. et annexes.

CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut (juin 2001). *Rapport d'activités Naître Égaux – Grandir en santé. CLSC-CHSLD des Pays d'en Haut Avril 2000 – Mars 2001. Rapport d'activités*, 14 p.

CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut (juin 2001). *Rapport des données statistiques en périnatalité. Rapport d'activités*, 12 p.

CLSC Arthur-Buies (2001). *Implication communautaire au programme « Naître Égaux – Grandir en santé » pour la MRC Rivière-du-nord. Année 2000-2001*. Rapport d'activités, 2 p.

Données des territoires

CLSC Hautes-Laurentides. Clientèle *NÉGS*. L'Annonciation, 1^{ère} année complète. Document de travail, 1 p.

CLSC des Hautes-Laurentides (mars 2001). *Naître égaux et Grandir en santé*. État de situation de clientèle, au 17 octobre 2000 et en mars 2001. Document interne, 2 p.

Projet « *Ma place au soleil* » pour les jeunes parents. Feuillet d'invitation à une rencontre d'information, 1 p.

CLSC des Hautes-Laurentides (juillet 2001). Sous-programme : mères visiteuses. Procédure d'utilisation du formulaire de référence aux services de relevailles de La Mèreveille, 1 p. et annexe.

Outils d'intervention locaux

CLSC des Hautes Laurentides. *L'estomac qu'est-ce que c'est?*. Dépliant d'information, 1 p.

CLSC des Hautes Laurentides. *L'introduction des solides avec ou sans allaitement*. Fascicule d'information, 8 p.

Documents en lien avec le GTN - *NÉGS*

Lettre de la Direction de la santé publique de l'Estrie à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, le 24 novembre 1999, 1 p.

Ordre du jour de la rencontre provinciale des répondants *NÉGS*, lundi 6 décembre 1999, 1 p.

Lettre de l'INSPQ aux membres du GTN - *NÉGS*, le 8 décembre 1999, 1 p.

Résumé de la conférence téléphonique du GTN - *NÉGS*, tenue le 10 mars 2000, 10 p.

Ordre du jour de la rencontre du 17 avril 2000 du GTN - *NÉGS*, 1 p.

Résumé de la rencontre du groupe de travail provincial *NÉGS*, tenue le 17 avril 2000, 6 p.

1^{er} juin 2000 : Des nouvelles de votre groupe de travail *Naître Égaux - Grandir en santé*, bulletin du GTN - *NÉGS*, 4 p.

(DGSP) (19 juin 2000). Le déploiement des programmes de type *Naître Égaux – Grandir en santé*. Les enseignements de l'Avis de l'Institut national de santé publique. Synthèse préparée pour le groupe de travail provincial *NÉGS*, 10 p.

Compte rendu de la rencontre des répondantes et répondants *Naître Égaux – Grandir en santé*, les 20 et 21 juin 2000, 9 p.

Exécutif du comité provincial Naître Égaux – Grandir en santé (21 août 2000). Priorités nationales de santé publique. Plan d'action 2000-2001 et structure de fonctionnement du comité provincial Naître Égaux – Grandir en santé. Document de travail, 5 p.

Résumé de la conférence téléphonique de l'exécutif du GTN - *NÉGS*, tenue le 22 août 2000, 2 p.

Exécutif du groupe de travail national Naître Égaux – Grandir en santé (5 septembre 2000). *Plan d'action 2000-2002 et structure de fonctionnement présenté à la Table de concertation nationale en promotion-prévention dans le cadre des Priorités nationales de santé publique*. Document interne, 6 p.

Compte rendu de la rencontre de l'exécutif du GTN - *NÉGS* du 20 septembre 2000, 7 p.

Compte rendu de la rencontre de l'exécutif du groupe de travail national *NÉGS*, tenue le 8 novembre 2000, 3 p.

GTN-*NÉGS* (8 janvier 2001). Tableau de la situation des régions. Volet action intersectorielle. Réunion du 11-12 janvier 2001, région 15, p. 5.

Allo OLO. Bulletin de liaison à l'intention des répondants du programme intégré en périnatalité. No 6, Décembre 2001, 6 p.

ANNEXE 1

***NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ* – LAURENTIDES : UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ. GUIDE D'IMPLANTATION**

Annexe 1 *Naître Égaux – Grandir en santé – Laurentides : Un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité. Guide d'implantation*¹⁸¹

Inspiré largement du programme-cadre (Martin et al., 1995), le programme de la région des Laurentides cherche cependant à produire un outil plus succinct, convivial et reflétant les couleurs et enjeux régionaux. Les **trois volets** du programmes sont a) le **suivi individuel**; b) l'**accompagnement communautaire** et c) l'**action intersectorielle**.

Le **suivi individuel** s'adresse à la femme enceinte et à sa famille. Il est réalisé par **une intervenante privilégiée**, soutenue par une **équipe interdisciplinaire**¹⁸²; ce suivi inclut dix rencontres individuelles pendant la grossesse et dix rencontres individuelles et dix contacts en période postnatale s'échelonnant de la naissance à deux ans¹⁸³. Il semble ici que l'intensité préconisée soit moins concentrée autour de la période de l'accouchement. En effet, si le même nombre de visites ou de contacts téléphoniques est préconisé, la période de suivi est davantage étendue, devant débiter le plus tôt possible, soit à la 12^e semaine de grossesse. Ce suivi, comporte de multiples composantes¹⁸⁴. L'intervenante privilégiée doit réaliser plus de la moitié des rencontres individuelles et des contacts auprès d'une même femme.

L'**accompagnement communautaire** implique la collaboration des ressources du milieu (CLSC, OC, CJ et autres ressources) et peut prendre la forme d'une **entente de services** ou de **référence et d'accompagnement** (soit de la clientèle du programme aux OC et autres ressources du milieu ou encore de la clientèle d'un OC ou d'une autre ressource du milieu vers le CLSC).

En ce qui concerne l'**action intersectorielle** locale, il s'agit de **créer ou de consolider un regroupement d'action intersectoriel** pour favoriser la création ou la consolidation des ressources communautaires du milieu axées sur les conditions de vie des familles, le soutien des parents et sur la stimulation des enfants¹⁸⁵. L'action intersectorielle englobe ici la stratégie d'influence prévue au programme-cadre et l'on mentionne que le regroupement peut réaliser des actions médiatiques et politiques axées sur le mieux être des parents et des enfants. Le guide d'implantation des Laurentides prévoit que les activités et les actions du regroupement d'action intersectorielle sont planifiées et réalisées avec la participation active des familles. On recommande même qu'à moyen terme, les familles représentent 50% des membres du regroupement, tout comme dans le programme-cadre.

¹⁸¹ Version de mars 1999.

¹⁸² En préconisant le recours à une équipe interdisciplinaire, le programme régional se distingue ici du programme-cadre qui indique plutôt la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire. Alors que multidisciplinaire signifie qui regroupe plusieurs disciplines, interdisciplinaire signifie qui regroupe des disciplines qui établissent des liens entre elles, dans le sens de la complémentarité et de la coordination .

¹⁸³ Le programme-cadre préconise 10 rencontres pré, 15 rencontres post et 10 contacts personnalisés. Il préconise également un suivi qui débute à la 20^e semaine de grossesse et qui se poursuit jusqu'à 24 mois.

¹⁸⁴ Ces composantes sont le suivi de santé; le soutien nutritionnel, le soutien à l'allaitement, le suivi psychosocial, le renforcement des compétences parentales; le soutien au développement de l'enfant, le soutien du réseau immédiat, le soutien socio-économique et le soutien à l'insertion ou à l'intégration sociale.

¹⁸⁵ Soulignons ici que la version des Laurentides du Guide d'implantation ne demande pas la mise sur pied d'un comité promoteur pour la mise en place de l'action intersectorielle. Elle opère donc sur cet aspect du programme-cadre une adaptation pour tenir compte de la réalité de la région et de la multiplicité d'instances de concertation intersectorielles déjà existantes.

Le cadre administratif

Au niveau de la planification opérationnelle et de la gestion du programme, le *Guide d'implantation NÉGS – Laurentides* reprend à son compte l'outil général que représente le Cadre logique du programme (Martin et al., 1995). Celui-ci propose pour chaque volet du programme une série de produits attendus auxquels correspondent des indicateurs et des moyens de vérification. Également, à titre indicatif, on suggère un calendrier des tâches à réaliser pour l'implantation du programme dans un territoire de CLSC.

Les partenaires interpellés et les rôles de chacun

NÉGS - Laurentides, en tant que programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité, interpelle particulièrement les **CLSC** et les **organismes communautaires** (ceux qui ont déjà développé une expertise d'intervention auprès des familles de jeunes enfants en situation de pauvreté). Le programme interpelle également les Centres jeunesse et toutes les autres ressources locales impliquées auprès de la population ciblée (CH, médecins, établissements et organismes du secteur de la santé et des autres secteurs impliqués auprès des familles) de même que les citoyens de la communauté ciblée.

Il est prévu, et ceci est propre au programme de la région, que les rôles et les implications spécifiques de chacun des partenaires seront à définir sur chaque territoire de CLSC en fonction 1^e) des besoins de la clientèle ciblée; 2^e) des ressources déjà développées localement; 3^e) des historiques de collaboration de chaque territoire et 4^e) des objectifs de développement que chaque territoire décidera de se donner. On prévoit également que ce travail de définition et de partage des rôles sera amorcé lors des journées de sensibilisation au programme pour se poursuivre lors de rencontres subséquentes dans chacun des territoires.

Imputabilité et reddition de compte

À ce chapitre, la ligne de conduite est spécifiquement laurentienne, adaptée aux réalités de la région. La DSP pose que conformément aux alignements du nouveau plan triennal (1999-2002) de la Régie régionale des Laurentides (Mission 2002, 1999) et de ceux du Plan d'action de la Direction de la santé publique, ce sont les CLSC qui sont imputables de l'action et qui auront à rendre des comptes à chaque année eu égard aux défis posés par la première phase d'implantation, soit le travail des équipes multidisciplinaire, la consolidation et le développement de l'action intersectorielle et le suivi et l'évaluation d'implantation du programme.

Le soutien à l'implantation

Ce soutien se situe à cinq niveaux différents, soit au niveau 1^e) du financement; 2^e) de la coordination régionale; 3^e) de la formation; 4^e) de l'implantation locale et 5^e) du suivi du programme.