La raison d'être des services de première ligne, autant les services généraux que les services spécifiques, consiste à prévenir et à répondre aux attentes des populations et des personnes afin de résoudre les difficultés psychosociales et de santé vécues, tout en s'assurant que ces populations demeurent des agents actifs dans les réponses et les changements positifs à apporter à leur santé et à leur bien-être. La programmation scientifique de *l'Institut universitaire de première ligne de santé et de services sociaux : de l'individu à la communauté* se déploie sur la base de ces évidences, avec comme finalité première de déployer des pratiques informées par les données probantes[1] dans le développement des pratiques de première ligne ainsi que dans l'intégration des soins de santé et de services sociaux. L'ensemble de la programmation est issu d'un imposant processus de coconstruction réalisé tant à l'interne du CSSS-IUGS qu'à l'externe, comme il est détaillé dans la section sur l'évolution de la programmation. Trois axes de recherche et la poursuite du projet transversal – l'Intervention de quartier – structurent la programmation scientifique. Celle-ci rassemble 50 professeurs-chercheurs de six universités (Sherbrooke, Bishop's, UQO, UQAR, UdeM, TÉLUQ) et de deux milieux de production de connaissances (INSPQ et CAU), 14 praticiens-chercheurs et 19 collaborateurs de milieux de pratique.

L'ensemble des axes et du projet transversal suit une ligne théorique développée autour de deux approches complémentaires, soit celle portant sur le développement des capacités[2] et celle portant sur la personnalisation des services[3]. L'approche par les capacités conduit à s'interroger sur les conditions bénéfiques de développement des enfants, des adultes et des communautés. Celle-ci a une étroite parenté avec la personnalisation des services compte tenu de sa base informationnelle. L'approche par les capacités repose en effet sur l'analyse concrète des conditions de vie des personnes et des communautés dans leur cadre matériel et social afin que les politiques, programmes et interventions en services sociaux et en santé offrent effectivement de plus grandes possibilités de participation, de choix et d'accomplissement[4]. Déjà présente dans la programmation 2009-2014, cette approche est en rapide expansion. D'abord utilisée dans le domaine du développement international, elle s'est diffusée dans de multiples domaines, dont l'évaluation des politiques publiques, l'organisation des entreprises et le développement des communautés[5]. Parallèlement, la personnalisation des services conduit à développer des pratiques d'intervention réfléchies et opérationnalisées comme un processus coconstruit entre les intervenants, l'usager et son réseau, afin de coproduire des résultats et des effets positifs dans la vie de la personne et de ses proches au sein d'une communauté[6]. Une équipe de chercheurs et de praticiens, répartis dans les différents axes au sein de la présente demande, a déjà identifié des dimensions et des indicateurs reconnus comme étant pertinents afin de documenter les changements produits, dans la vie des personnes, par les services de première ligne, tant généraux que spécifiques, et ce, à partir des résultats de recherches entreprises sur le thème de la personnalisation et de la coproduction des services sociaux[7]. Comme suite à ces travaux, une demande comme équipe en fonctionnement a été déposée au FRQSC en octobre 2013 (Morin et al.). Au Royaume-Uni, où un leadership s'est exercé en ce domaine, la personnalisation des services s'est développée dans le secteur des services sociaux depuis une dizaine d'années et est même devenue une norme[8]. Au Québec, l'inverse s'est produit : le domaine de la santé a exercé ce leadership mais essentiellement centré sur l'individu et ses proches sous le thème du « patient partenaire » ou « patient expert ». La communauté n'est pas réfléchie dans ce type de pratiques collaboratives[9].

Prenant acte de ce constat, notre objectif vise à associer, sous la thématique *De l'individu à la communauté*, les soins de santé et les services sociaux par la personnalisation des services et le développement des capacités. Nous serons ainsi à même de développer des pratiques innovantes et des pratiques de pointe dans les différents axes de notre programmation scientifique. Notre partenariat avec le Réseau 1 Québec et le PBRN (Practice Based Research Network – réseau de recherche basé sur la pratique) de l'Université de Sherbrooke est une preuve manifeste de cette imbrication entre le secteur de la santé et le secteur des services sociaux dans les trois axes de la programmation : le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté (Axe 1); le développement des capacités des adultes (Axe 2); le développement des capacités des communautés (Axe 3).

Dans une logique de continuité allant de l'individu à la communauté, les axes de présentation de la programmation sont développés comme suit : a) le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté, b) le développement des capacités des adultes et c) le développement des communautés,

l'Intervention de quartier (IQ) formant une synthèse de cette logique. Pour chacune des présentations, nous nommons les chercheurs qui développeront des projets dans l'axe et démontrons comment la perspective théorique proposée (personnalisation des services et développement des capacités) s'arrime avec les besoins identifiés par les membres des milieux de pratique.

Axe 1. Le développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté

L'objectif de ce nouvel axe est de promouvoir le développement des capacités de l'enfant en prenant en compte le contexte familial et communautaire dans lequel il vit. La mise en œuvre de l'axe porte sur le développement de pratiques familiales efficaces et de pratiques partenariales reliées à l'enjeu de la personnalisation des services et soucieuses des effets produits. À ce titre, l'axe se veut particulièrement attentif à trois déterminants de la santé et du développement des enfants qui peuvent jouer un rôle sur leur bien-être ou leur état de santé, soit l'appartenance ethnique, la pauvreté et la santé mentale des parents. Ces trois déterminants, singularisés dans le cadre du processus de coconstruction de la programmation scientifique, sont des éléments intégrés dans les divers projets de recherche de cet axe. Des recherches seront développées autour de trois niveaux de la personnalisation des services qui correspondent à trois types de pratiques : a) individuelle; b) de groupe; c) partenariale. Bell et Lemay, les deux coresponsables de l'axe, sont des chercheuses, l'une du domaine de la santé (Bell) et l'autre du secteur des services sociaux (Lemay), qui ont une longue expérience des partenariats de recherche associant divers milieux de pratiques au sein desquels on cherche à valoriser la notion d'usager partenaire lors de démarches cliniques.

Tableau 4. Professeurs-chercheurs – Axe 1

Faculté	Nom	Faculté	Nom
Médecine et sciences de la santé	Beaulieu, Geneviève	Éducation	Ducreux, Edwige (ch. établissement)
	Bell, Linda (coresponsable axe)	Lettres et sciences humaines	Lagueux, Fabienne
	Couture, Mélanie		Lambert, Annie
	Godin, Marie-Josée		Lemay, Louise (coresponsable axe)
	Jasmin, Emmanuelle		Lenoir, Annick
	Lacombe, Marie		Puentes-Neuman, Guadalupe
	Lajoie, Yves		Terradas Carrandi, Miguel

1. Attachement parent-enfant

Se situant dans la perspective des soins et services de première ligne, le but des travaux du sous-axe « Attachement parent-enfant » est d'optimiser le développement des enfants en favorisant des relations familiales basées sur la sécurité[10], la stimulation[11], la sensibilité[12] et la stabilité[13]. Dans cette optique, l'approche privilégiée est celle qui mise sur la capacité des parents et de leurs enfants à mobiliser les ressources disponibles et pertinentes dans la réponse à leurs besoins. Les travaux de ce sous-axe se divisent en deux volets.

Un premier volet concerne le soutien à l'établissement de la relation parent-enfant par le développement de modalités interactives, idéalement basées sur la sensibilité, la réciprocité et la synchronie au cours des premières années de vie[14]. À ce titre, tant les relations entre la mère et son enfant qu'entre le père et son enfant sont ciblées[15]-[16]. Ainsi, Puentes-Neuman et Ducreux, nouvelle chercheuse d'établissement au CSSS-IUGS, développeront de nouveaux projets sur la contribution du père au développement socioaffectif de l'enfant. Les projets portant sur l'établissement de la relation mère-enfant sont en cours, notamment l'évaluation de l'acceptabilité, la faisabilité et l'effet de l'approche rétroaction vidéo (Bell et *al.*, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec [RRISIQ]). Des activités de formation en attachement parent-enfant de même que le développement de guides de pratique sont prévus. Ces formations s'adressent majoritairement à des infirmières.

Le second volet concerne le soutien à l'attachement dans le contexte des jeunes en difficulté à risque psychosocial, dans le but de promouvoir l'adaptation sociale et affective durant l'enfance et l'adolescence[17]. Il est reconnu que les services de première ligne peinent à implanter des interventions adaptées et axées sur l'attachement. Ces difficultés sont le reflet des limites imposées par le cloisonnement des connaissances et des services. L'équipe se propose de dresser un portrait des besoins de ces jeunes et de

leur famille en regard des services offerts en CSSS. Enfin, des interventions spécifiques visant la relation parent-enfant dans le contexte de la psychopathologie utilisant des approches innovantes d'intervention, telle la mentalisation, sont actuellement à l'étude.

2. Intervention de groupe

Figurant dans le plan stratégique 2012-2015 du CSSS-IUGS, l'intervention de groupe est une priorité de la Direction des services aux jeunes et familles (DSJF). Cette orientation de l'établissement a été largement confirmée dans la phase de coconstruction par les intervenants. Le déploiement d'une offre de service de groupe complémentaire à l'offre de services individuels apparaît comme une avenue gagnante dans la personnalisation des services de ce secteur, en réponse aux besoins des personnes usagères et de la population[18]-[19]. Cette orientation pose des enjeux interdépendants liés autant aux gestionnaires et aux intervenants qu'aux personnes usagères[20]-[21]. Gestionnaires et intervenants doivent construire l'offre de service et la déployer auprès des personnes identifiées susceptibles de répondre favorablement à ce type d'intervention. Afin de favoriser l'émergence de pratiques innovantes, les effets produits chez la personne par une telle intervention collective doivent être pris en compte[22]-[23]. Au cours des cinq prochaines années, Puentes-Neuman, Lagueux et Lambert soutiendront les gestionnaires et les intervenants dans le déploiement d'une offre de service d'intervention de groupe. Il est prévu d'évaluer l'intervention de groupe dans deux services : dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (0-5 ans) et en santé mentale jeunesse/déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED)/Parent'aise (6-18 ans). Par ailleurs, Terradas travaille également sur un projet portant sur les enfants hébergés en centre jeunesse, dans le but d'ajuster les diagnostics et l'intervention, qui sera transférable au CSSS-IUGS.

3. Partenariats, services et pratiques intégrés

Ce sous-axe a pour but de documenter et de soutenir le développement des pratiques interprofessionnelles et intersectorielles entourant les services offerts aux jeunes et aux familles en situation de vulnérabilité dans le cadre des différents programmes et services impliquant l'action du CSSS-IUGS et d'autres partenaires, comme le centre jeunesse et le milieu scolaire. La réponse à leurs besoins multiples requiert la mobilisation et la coordination de plusieurs acteurs de la communauté œuvrant dans divers secteurs d'activités (santé, services sociaux, éducation, communautaire, etc.[24]). L'action en partenariat, dans le but de décloisonner les services, devient donc une condition pour assurer l'accès, la continuité, la complémentarité et la qualité des interventions auprès des jeunes et des familles[25]-[26]. Des travaux de recherche récents entourant les services aux jeunes et aux familles en besoins multiples mettent en relief des pratiques partenariales novatrices développées dans le cadre des équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) au Québec[27]. Le CSSS-IUGS est appelé à établir de tels partenariats et à relever ce défi collectif dans des situations complexes. Plusieurs de ses programmes et services requièrent de coconstruire des partenariats au sein de la communauté pour réussir à répondre aux besoins des jeunes et des familles. Deux projets de recherche impliquant le CSSS-IUGS et ses différents partenaires ont été élaborés et font l'objet de demandes de financement, dont l'un, sur le plan national, concerne l'analyse des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]). Le partenariat en DI-TED visant l'intégration des dimensions santé et sociale fera également l'objet d'une recherche dans le cadre d'une communauté stratégique TED.

Lambert, jeune chercheuse, s'intéresse précisément à l'intervention auprès des enfants en difficultés multiples dans des contextes non volontaires afin de mieux saisir les logiques d'action et les effets produits (demande au CRSH, 2014). Enfin, les travaux récents de Ducreux[28], effectués sur l'adaptation des bébés placés pour maltraitance ou adoption dans divers types de placement (institut, famille d'accueil, accueil mère-enfant Villa Marie-Claire) permettent d'amorcer une réflexion sur les pratiques de placement les plus favorables au développement de l'enfant. Les retombées de cette étude, effectuée en partenariat avec le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE), visent notamment le développement des services actuellement offerts uniquement aux mères pour la clientèle des pères. Ces recherches permettront également, à la demande du CJE, d'introduire dans le milieu des outils spécifiques pour évaluer l'attachement des jeunes enfants vivant des situations à risque.

Axe 2. Le Développement des capacités des adultes

L'objectif de cet axe est de promouvoir le développement des capacités des adultes, afin qu'ils deviennent de véritables partenaires des services (usagers) ou des soins (patients) qu'ils reçoivent, et que ces soins et services conduisent à des effets réels pour eux. Les thématiques de recherche porteront sur le développement des capacités des usagers, des intervenants et des gestionnaires afin de promouvoir la personnalisation et l'amélioration des services et des soins de première ligne envers les adultes. Ces thématiques sont issues du processus de coconstruction réalisé auprès des diverses parties prenantes de ce secteur d'activités. L'accent sera mis principalement sur la santé mentale, relativement aux problématiques vécues par la Direction des services aux adultes (DSA) du CSSS-IUGS. Les membres de l'axe chercheront à analyser les enjeux 1) du développement des capacités des usagers, 2) du développement des capacités des intervenants et des usagers, et 3) de la collaboration interprofessionnelle, organisationnelle et de l'amélioration des organisations et des pratiques. Larivière et Aubry, les deux coresponsables proviennent également l'un du secteur de la santé (Larivière) et l'autre du champ social (Aubry). Cet axe est en lien étroit et direct avec des chercheurs impliqués dans le Réseau collaboratif de connaissances en services de santé de première ligne au Québec (Réseau 1 Québec), qui vise à accroître la capacité à générer et à appliquer des connaissances pour améliorer les services et les soins de première ligne pour des problématiques prioritaires de santé. Ce Réseau est basé sur les approches de transfert intégré de connaissances et de recherche participative, qui visent l'implication de parties prenantes diverses tout au long du processus de recherche : chercheurs, patients et leurs proches, cliniciens de première ligne (médecins, infirmiers, psychologues et autres), gestionnaires et décideurs à l'échelle locale, régionale et provinciale. L'infrastructure de recherche s'appuie sur des cliniques de première ligne affiliées aux quatre PBRN (Practice Based Research Network – réseau de recherche basé sur la pratique) du Québec, un par faculté de médecine ou département de médecine de famille. Nous avons développé une entente de collaboration avec le PBRN du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke (voir lettre d'appui).

Tableau 5. Professeurs-chercheurs – Axe 2

Faculté	Nom	Faculté	Nom
Médecine et sciences de la santé	Aubry, François (coresponsable axe et ch. établissement)	Éducation	Bourdon, Sylvain
	Beaulieu, Marie-Claude		Maubant Philippe
	Bois, Caroline		Michaud, Guylaine
	Boleira Guimaraes, Daniel		Supeno, Eddy
	Gaboury, Isabelle	Lettres et sciences humaines	Benoit, Maryse
	Gallagher, Frances		Carrier, Sébastien
	Grant, Andrew		Gosselin, Patrick
	Jacques, Marie-Claude		Montani, Francesco
	Larivière, Nadine (coresponsable axe)	Administration (TÉLUQ)	Ziam, Saliha
	Quintin, Jacques		Bernier, Amélie
	Roberge, Pasquale	Arts et sciences (UdeM)	Dagenais, Christian
Administration	Audet, Madeleine	Psychologie (UBishop's)	Charpentier, Claude
	Desmarais, Lise		Mendrek, Adrianna

1. Le développement des capacités des usagers

La définition de l'usager ou du patient comme partenaire des services et des soins qui lui sont prodigués est à la base commune de la personnalisation des soins et services et des pratiques de première ligne. Il est en effet convenu que les soins et services, dans une logique de personnalisation, doivent aboutir à des effets réels dans la vie des personnes[29]. Par exemple, le projet démarreur du PBRN-Sherbrooke dans le cadre du Réseau 1 concerne précisément l'« analyse des besoins et de la perception des barrières et des facilitants associés à l'implantation de changements dans les pratiques cliniques pour les troubles mentaux courants chez les patients atteints de maladies chroniques » (Roberge et *al.*). Ce projet de recherche se réalise dans trois unités de médecine familiale–groupes de médecins de familles (UMF-GMF) et a pour but d'étudier

la perception des cliniciens, des gestionnaires et des patients quant à la prestation des soins pour les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes qui présentent des maladies chroniques physiques[30]. Marie-Claude Beaulieu et Isabelle Gaboury seront également impliquées dans le projet. Dans le cadre de cette étude, le patient est considéré comme un partenaire de la recherche[31], contribuant, par sa participation, au développement de l'efficacité et de la personnalisation des services et des soins[32]. Les projets issus du PBRN soutiendront une telle dynamique de coconstruction avec le patient-partenaire dans le cadre d'un réseau local de services (RLS). Aubry participera également au projet en liant les perspectives en santé avec les dimensions sociales autour de la collaboration interprofessionnelle, de la prise en compte de la trajectoire sociale de la personne, etc. De plus, dans ce volet, les recherches viseront à mieux comprendre les besoins et les enjeux en santé mentale[33], sociaux et fonctionnels des clientèles suivies en première ligne, incluant les personnes vivant dans divers types d'habitation, et ce, pour générer des pistes d'évaluation et d'intervention accompagnant la participation sociale de ces personnes dans la communauté[34]. Par exemple, une étude en cours concerne la validation en santé mentale de la mesure des habitudes de vie du modèle Processus de production du handicap, qui permet de mieux comprendre la perception de la réalisation et de la satisfaction face à sa participation sociale (Larivière)[35]. Morin, dans le cadre d'une recherche pancanadienne dirigée par Piat (IRSC, 2013-2015), continuera ses recherches dans le domaine du logement et du rétablissement. Une autre voie de recherche concerne les trajectoires d'utilisation de services et l'expérience des personnes utilisatrices de services et de leurs proches, en dressant le portait et la trajectoire des personnes qui vont dans des centres privés de désintoxication. Le succès de la Journée de la recherche sociale, portant sur les troubles concomitants toxico-santé mentale, qui s'est déroulée en novembre 2013 à Sherbrooke, prouve l'intérêt de ces diverses thématiques interreliées. De plus, différentes facettes du champ de l'évaluation de programmes sont au cœur des projets de recherche qui seront développés : retenons principalement l'évaluation de l'accès aux services du CSSS-IUGS, incluant les personnes anglophones (Charpentier, CRSH) et les personnes réfugiées (Benoît), la conception d'interventions et de pratiques innovantes, l'adaptation de pratiques informées par les données probantes pour le contexte de la première ligne et l'évaluation des effets des interventions. Par exemple, la désignation du CSSS-IUGS par le MSSS comme l'un des trois centres d'excellence pour les personnes réfugiées démontre la pertinence d'agir à ce niveau.

2. Le développement des capacités des intervenants et gestionnaires

La personnalisation des soins et services pour les adultes passe par le développement des capacités des intervenants et gestionnaires pour permettre une transformation des pratiques[36]-[37]. Des projets de recherche seront construits autour des modalités par lesquelles les divers intervenants des CSSS, des organismes communautaires ou dans des institutions hospitalières peuvent développer des capacités facilitant la personnalisation des services et la prise en compte des savoirs experts des usagers. Nous travaillerons ainsi avec le Centre national d'excellence en santé mentale, qui a le mandat de soutenir les gestionnaires et les intervenants de première ligne, au CSSS-IUGS. Ce sous-axe s'adresse à l'ensemble des intervenants, dans l'optique d'une construction partenariale avec les syndicats et les conseils professionnels. Une population professionnelle sera ciblée prioritairement durant la première année de programmation, soit celle des périsoignants, c'est-à-dire les intervenants des métiers d'assistance aux personnes en perte d'autonomie dans leur pratique quotidienne, en contexte domiciliaire, communautaire ou hospitalier (préposés aux bénéficiaires et auxiliaires en santé et services sociaux)[38]. Des projets de recherche portant sur les préposés aux bénéficiaires en centres d'hébergement et à domicile seront développés autour des capacités de ces intervenants en santé et sécurité du travail[39] (Aubry et Desmarais, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST]; Ziam, IRSST) et relativement à l'approche milieu de vie (Aubry, CRSH), ainsi qu'un projet d'activité concertée (Aubry et Bernier, FRQSC) portant sur le maintien en emploi des préposés en fin de carrière. La thématique du développement des capacités des gestionnaires porte sur le développement des pratiques de gestion favorisant la personnalisation des services. La dynamique de gestion ou de *management* est au cœur des problématiques en transfert de connaissances[40] et en formation, précisément dans le cadre du développement des capacités, puisqu'elle doit encourager le développement d'une plus grande marge de manœuvre donnée aux acteurs dans le cadre de leur pratique afin de permettre la personnalisation des services[41]-[42]. Des projets de recherche autour de thématiques ciblées (organisation du travail et santé psychologique des gestionnaires, modalités de gouvernance et de leadership des équipes de travail, modalités des gestionnaires pour utiliser les données de recherche, évaluation de la pratique en GMF, etc.) seront développés durant les cinq années de programmation par Aubry, Desmarais, Audet et Montani.

Le processus d'absorption des résultats de recherche des gestionnaires en santé sera aussi à l'étude[43] (Ziam, FRQSC), tout comme l'éclairage du rôle des conseillers-cadres cliniques de directions au sein du CSSS-IUGS (Aubry).

3. Collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle et amélioration des organisations et des pratiques

Une dimension majeure de la mise en application de la personnalisation des services est la collaboration interprofessionnelle, dans l'optique du développement de décisions partagées, de la responsabilité partagée et de la prise en compte des savoirs experts des patients-partenaires, des usagers et des proches[44]. Un projet initial de ce sous-axe concernera les pratiques en médecine familiale à domicile et en milieu communautaire pour identifier les voies d'amélioration de l'organisation des services dans le cadre de la collaboration entre médecins, usagers, travailleurs sociaux et infirmiers (Bois). Il prendra appui sur la méthodologie de la cartographie conceptuelle[45] (Dagenais), qui permet une lecture et un partage simplifiés des thématiques à développer par les différents partenaires[46]. Ce sous-axe a également pour objectif de développer des projets de recherche autour de l'amélioration des organisations et des pratiques visant les adultes. Nous réaliserons une évaluation des technologies et des modes d'information (ETMI) portant sur les modalités d'amélioration du guichet d'accueil en santé mentale, qui sera supervisée sur le plan méthodologique par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (Aubry). Gosselin, directeur du Laboratoire d'études sur l'Inquiétude et l'anxiété (LEIA), déposera prochainement un projet de recherche (IRSC) portant sur l'anxiété en périnatalité en regard des bonnes pratiques d'intervention[47]. Enfin, un volet important pour soutenir les intervenants dans leur pratique consistera à offrir des activités de transfert et d'intégration des connaissances qui soutiendront une pratique réflexive. Par exemple, les travaux de trois membres (Bourdon, Michaud, Supeno) permettront aux intervenants d'intégrer la dimension des apprentissages des jeunes adultes en situation de vulnérabilité dans leurs pratiques.

Axe 3. Développement des communautés

L'objectif de cet axe est de contribuer à la personnalisation des services en soutenant le développement des communautés, une stratégie reconnue comme efficace dans le domaine de la santé publique afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé[48]. Sa mise en œuvre vise principalement à agir sur les déterminants sociaux, lesquels structurent de manière décisive les inégalités sociales et de santé, dans le but ultime de réduire ces dernières et d'améliorer le bien-être et la santé de la population. L'intersectorialité, la ruralité et la territorialité, trois dimensions clés issues de la coconstruction de l'axe lors du processus de consultation, sont au cœur des travaux des chercheurs. Elles permettront notamment de consolider la portée des projets portant sur les communautés tant en milieu rural qu'urbain, particulièrement dans les MRC du Haut-Saint-François et du Granit, la Ville de Sherbrooke et plusieurs municipalités de la Montérégie. La recherche partenariale et l'évaluation réaliste représentent la spécialisation méthodologique de l'équipe de recherche de cet axe. Notons que l'expertise internationale de Garon, Bourque et Morin en développement des communautés est garante du grand potentiel de rayonnement de l'infrastructure. En effet, Bourque est titulaire d'une Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire depuis 2009. Plusieurs projets de cet axe se situent en continuité avec la programmation du CAU 2009-2014. Les projets de l'axe 3 se déclinent en trois sous-axes.

Tableau 6. Professeurs-chercheurs – Axe 3

Faculté	Nom	Faculté	Nom
Médecine et sciences de la santé	Doré, Chantal	Lettres et sciences humaines	Garon, Suzanne (coresponsable axe)
	Généreux, Mélissa		LeBlanc, Jeannette (coresponsable axe)
	Pinsonneault, Linda		Paris, Mario (ch. établissement)
Travail social (UQO)	Belhadj-ziane, Kheira	Géographie (INSPQ)	Simard, Paule
	Bourque, Denis		

1. Outils de connaissance et changements de pratiques

L'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC, www.oedc.qc.ca) ainsi que la Direction de santé publique de l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS) de l'Estrie, deux partenaires majeurs de l'axe, poursuivent la mise en œuvre du Tableau de bord en développement des communautés (TBDC) avec le développement de sa deuxième édition à l'aide des nouvelles données statistiques du recensement de 2011. Le déploiement du TBDC mène à l'obtention d'un portrait qualitatif du potentiel de mobilisation et de qualité de vie, qui permet de compléter le portrait de la communauté statistique tout en constituant un système de surveillance des inégalités sociales de santé. Il s'inscrit également dans les priorités 2013-2015 du Comité directeur de Santé publique[49]. Prenant appui sur ce projet, l'Initiative sherbrookoise en développement des communautés (ISDC) rassemble plusieurs acteurs tels que le CSSS-IUGS, la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke et la Ville de Sherbrooke. Les chercheurs (Morin et *al.*) ont le mandat de réaliser l'évaluation de l'ISDC. Des collaborations étroites se poursuivront avec l'OEDC. Celui-ci a obtenu une subvention de la Conférence régionale des élus de l'Estrie pour développer des communautés de pratiques dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Compte tenu de notre expertise en ce domaine, nous serons associés à cette démarche. De plus, une demande de subvention a été adressée par l'OEDC à la Fondation Lucie et André Chagnon afin de favoriser la consolidation du TBDC. Une réponse positive est attendue d'ici quelques mois, auquel cas les chercheurs seront là aussi étroitement associés à cet autre processus. Des collaborations seront également développées avec l'Observatoire de développement de l'Outaouais, dirigé par Robitaille, un chercheur collaborateur qui a participé à l'évaluation du TBDC (Morin et *al.*, 2010-2013).

Comme suite à une entente avec la Direction de la santé publique de l'ASSS de l'Estrie, qui financera à hauteur de 0,2 ETC un chercheur d'établissement, conditionnellement au renouvellement des fonds du Programme de subvention en santé publique (PSSP), - poste que nous compléterons à même notre budget de fonctionnement -, nous développerons divers projets de recherche dans le champ de la santé publique. Par exemple, nous étudierons une intervention intersectorielle regroupant plusieurs partenaires auprès de l'école primaire LaRocque et de sa communauté. Cette école, située en milieu très défavorisé, a la plus faible diplomation de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke[50]. Finalement, Bourque a déposé un projet au CRSH qui vise à coproduire de nouvelles connaissances sur les professions regroupées sous l'appellation d'agent de développement collectif. Il est recherché une meilleure compréhension de leurs rôles, fonctions et compétences ainsi que de leurs stratégies pour soutenir et outiller les acteurs et les communautés locales.

2. Espaces citoyens

La participation citoyenne et l'inclusion sociale sont essentielles à une liberté réelle des individus[51]. L'accompagnement et la formation dans la mise en œuvre du projet Municipalités amies des aînés (MADA) (Garon et Beaulieu, MSSS, 2014-2018) en partenariat avec le Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV), visent à consolider l'action sur les déterminants sociaux de la santé en favorisant la participation sociale des aînés et le renforcement des capacités des intervenants, tant en milieu urbain que rural et tant à l'échelle nationale qu'internationale. Une demande de subvention en recherche interventionelle (Garon, Bourque, Morin et *al.*) a été déposée aux IRSC afin d'étudier le déploiement de MADA dans six villes et villages de la Montérégie. Une lettre d'intention (Garon, Morin et *al.*) a été présentée dans le programme Subventions de partenariat du CRSH ayant trait à Villes amies des ainés. Morin, Garon et *al.* ont également présenté une demande de subvention au FRQSC (Actions concertées) pour un projet de recherche-action dans un quartier défavorisé de Sherbrooke, s'appuyant sur le programme Voisins solidaires. Gallagher, Doré et *al.*, dans le cadre du programme Québec ami des ainés, ont déposé une lettre d'intention pour un projet de recherche-action visant à développer une stratégie d'intervention de proximité intégrée pour joindre les aînés isolés et ayant de mauvaises habitudes de vie dans la MRC de Coaticook.

Autre projet, l'évaluation de l'implantation de Cité-école à la polyvalente Louis-Saint-Laurent, par Lacroix, en partenariat avec l'OEDC, poursuivra son cours. Une demande de subvention sera déposée au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) afin d'élaborer des outils de transfert de connaissance visant le développement de l'identité citoyenne chez les jeunes.

3. Politiques publiques

Les politiques publiques doivent se situer en appui aux potentialités des communautés[52]. Les travaux de ce volet d'activités auront pour objectif d'évaluer l'impact des politiques publiques et des pratiques sociales d'interventions territoriales visant à favoriser le développement des communautés. Les effets de la Politique nationale de la ruralité (2007-2014) sur la santé et le bien-être seront évalués (Simard et *al.*, FRQSC, 2013-2016), notamment dans la MRC du Granit. De même, le déploiement de la Politique nationale de la ruralité (2014-2024) viendra nourrir les collaborations établies avec les milieux ruraux, notamment par une implication des chercheurs dans les territoires des MRC du Haut-Saint-François et du Granit. Dans ce dernier territoire, nous analyserons l'impact des mesures mises en place suite à la tragédie à Lac-Mégantic, sous divers angles d'étude, comme la réponse des services de santé et de santé et de services sociaux ou les facteurs de résilience dans la population. Denise Maltais, professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et experte reconnue en ce domaine, assume le leadership en cette matière, et Généreux et Morin font partie de son équipe de recherche. Les recherches amorcées dans plusieurs régions du Québec avec divers partenaires, comme la Société d'habitation du Québec, serviront à examiner l'impact de l'intervention intersectorielle en santé et services sociaux et des actions communautaires sur les déterminants sociaux de la santé. L'étude des conditions favorables à la gestion sociale en habitation à loyer modique (HLM) sera également poursuivie avec des collaborations avec la France et l'Écosse (Morin).

Intervention de quartier : un projet transversal

Reconnue dans la précédente programmation comme un chantier d'innovation, l'IQ est un projet visant la bonification de l'aide apportée aux citoyens en renforçant les liens unissant les différents acteurs des quartiers (réseaux de citoyens, communautaires et publics), afin notamment de joindre les résidents vulnérables de ces quartiers spécifiques de Sherbrooke (Ascot, Jardins-Fleuris). En termes de ressources, l'IQ exige principalement une forme de réorganisation des modalités d'intervention dans une perspective de territorialisation. Un travail de concertation intersectorielle avec d'autres organisations, tant publiques que communautaires actives sur le territoire, est également requis. C'est sur ces bases que l'IQ est appelée à connaître un développement significatif au cours des prochaines années au CSSS-IUGS. En effet, l'enjeu 1 « Amélioration de l'accès et de la qualité des services par l'innovation et l'optimisation » du Plan stratégique 2012-2015[53] de l'établissement a comme l'un de ses objectifs de « Poursuivre l'Intervention de quartier en favorisant l'intégration des services et le développement des communautés ». La vision du CSSS-IUGS est d'étendre à d'autres quartiers défavorisés ce modèle d'intervention dans les prochaines années. Concrètement, cela signifie que, à partir de l'automne 2013, des équipes de différents programmes, autant des services généraux que des services spécifiques (santé mentale, accueil psychosocial, gestionnaires de cas, jeunes/familles) s'implanteront progressivement dans les territoires visés pour former deux équipes interprogrammes inspirées par la personnalisation des services. La direction de santé publique, composée en partie de Généreux et Pinsonneault, jouera un rôle important dans le cadre de ce projet afin d'ancrer des programmes de santé publique dans les territoires par l'effet de l'IQ. À moyen terme, on prévoit également intégrer dans l'IQ les soins auprès des personnes aux prises avec des maladies chroniques. Dans le quartier Ascot, la pédiatrie sociale continuera son travail en collaboration avec les écoles du quartier. Puisque le projet est transversal, les différents chercheurs, praticiens-chercheurs et collaborateurs inscrits dans la programmation participeront à ce projet tant en ce qui a trait aux recherches et au transfert de connaissances qu'à l'enseignement. Huit d'entre eux ont signifié leur intérêt à devenir membres d'un comité de suivi, qui a pour mandat de documenter et d'analyser les différentes dimensions de l'IQ. Mario Paris, chercheur d'établissement – 0.4 ETC en 2014 –, travaillera uniquement sur l'IQ, et des demandes de subvention seront déposées au cours de cette année. En ce sens, l'IQ se veut véritablement un lieu par excellence d'expérimentation pour relever les deux défis clés des prochaines années que sont le développement des pratiques de première ligne et l'intégration des soins de santé et de services sociaux.