



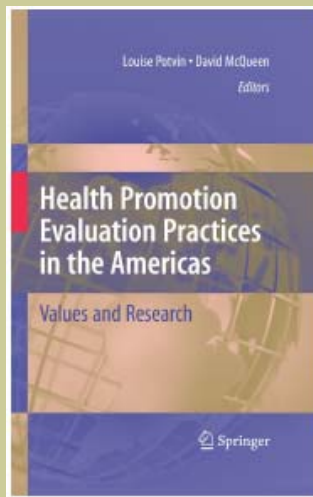
Liaison CACIS

Numéro 10, automne 2008

Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC

Nouvelle parution

Sous la direction de Louise Potvin et David McQueen



Dans ce numéro :

- 1 L'initiative montréalaise de soutien au développement social local : l'émergence d'une nouvelle approche de concertation
- 2 Revue de littérature sur la notion de vulnérabilité
- 2 Le malaise associé à un plat réconfort : Le cas du Kraft Dinner®
- 3 Présentation des premiers résultats d'une recherche sur les processus de renouvellement des pratiques d'intervention en santé publique
- 3 Le quartier comme espace transactionnel : la relance du projet BUMP dans le quartier de la Petite-Bourgogne
- 4 Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS : Instaurer l'équité en santé

L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local : l'émergence d'une nouvelle approche de concertation

Par Jocelyne Bernier

La Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS recommande de soutenir des modèles novateurs de gouvernance publique dépassant les modes traditionnels de coopération intersectorielle pour développer des stratégies intégrées d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Elle mise également sur la participation sociale, l'*empowerment* des populations concernées et leur contrôle réel sur les décisions qui influencent leur santé et leur qualité de vie. Une telle perspective s'accommode mal d'une planification centralisée et sectorisée par ministère ou département. Comment concilier les contraintes de l'administration publique et la création d'espaces de participation citoyenne en développement social?

L'*Initiative montréalaise de soutien au développement social local* représente un effort d'application de cette orientation. Cette entente lie la Ville de Montréal, la Direction de santé publique régionale (DSPM) et *Centraide* du Grand-Montréal, à titre de partenaires financiers, et la Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ), regroupant 29 Tables de concertation locales. Elle traduit une vision qui se situe en appui aux initiatives qui émergent de concertations locales plutôt que la mise en œuvre d'une programmation centralisée. Les partenaires institutionnels apportent un soutien

au développement de l'expertise locale et les modalités d'évaluation sont négociées avec les organismes mandataires.

La négociation des *Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation* de cette *Initiative* s'est déroulée de 2003 à 2005. Les discussions ont porté notamment sur le respect des dynamiques de concertation locale, sur la légitimité des porte-parole de la CMTQ, sur l'évaluation et sur les mécanismes de gestion intégrée de l'entente impliquant l'harmonisation des missions institutionnelles particulières de chaque bailleur de fonds¹. Les parties ont su créer l'ouverture nécessaire pour développer des solutions novatrices aux controverses suscitées par des obligations et des intérêts différents des acteurs impliqués.

Cette négociation a profité d'un momentum favorable avec la tenue du Sommet de Montréal en 2002 et la signature d'un « Contrat de ville » entre Montréal et le gouvernement du Québec, donnant accès à de nouvelles ressources en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion². Par ailleurs, elle se déroulait dans un contexte d'incertitude concernant le partage des responsabilités entre le palier régional et local avec les restructurations dans le monde municipal (rapports Ville centrale et arrondissements) et

le réseau socio-sanitaire (responsabilités de la DSPM et des Centres de santé et services sociaux).

La mise en œuvre de l'*Initiative* pose certains défis aux partenaires impliqués: d'une part, assurer la cohérence des décisions entre les divers paliers et entre les divers secteurs ou départements de l'administration publique; d'autre part, développer des processus de décision partagée avec un leadership local décentralisé qui peut parfois s'opposer aux décisions des élus ou des administrateurs publics. Les Tables de concertation locales doivent de leur côté réaliser des mandats complexes avec des ressources limitées, faire converger les intérêts divergents d'une diversité d'acteurs malgré les changements dans le leadership, les orientations et les structures de pouvoir; soutenir la participation et l'*empowerment* des populations marginalisées et assurer un soutien continu et une implication active de la population dans les projets qu'elles développent.

1. Le développement social et la qualité du milieu de vie pour la Ville de Montréal, la réduction des inégalités de santé pour la DSPM et le soutien du mouvement communautaire pour *Centraide*.

2. Ce mandat est confié à la Ville de Montréal en vertu de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion (Loi 112) qui fut adoptée en 2002 suite à l'action soutenue d'un large mouvement citoyen.

Revue de littérature sur la notion de vulnérabilité

Par Mamadaou Bamba Hanne, stagiaire doctoral à la CACIS et Louise Potvin

Identification du problème actuel, importance et objectif de l'étude

Dans le domaine des inégalités de santé, les connaissances acquises et les orientations de la recherche concernent plus les effets des inégalités constatées que la connaissance des processus par lesquels les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. Les expressions « vulnérabilité », « personne vulnérable », « population vulnérable » sont de plus en plus utilisées dans la littérature médico-sociale sans pour autant qu'un cadre conceptuel leur soit spécifiquement consacré. Il arrive même que les utilisations de la notion de vulnérabilité varie d'une publication à l'autre, allant parfois jusqu'à la contradiction.

Étymologiquement, le mot « vulnérabilité » est un dérivé savant de « vulnérable », du latin « *vulnerabilis* », de « *vulnerare* », qui signifie « blesser » : un être vulnérable est une personne qui du fait d'une constitution fragile est susceptible d'être blessée, atteinte. Sa signification première évoque l'état du corps. Selon le *Petit Larousse*, la vulnérabilité d'un être est sa susceptibilité d'être attaqué, blessé.

L'utilisation variée de la notion de vulnérabilité nous pousse à réfléchir sur les fondements de cette diversité. Nous répondons à la question suivante : comment la notion de vulnérabilité est-elle utilisée dans les sciences environnementales, économiques, sociales et en santé publique ? Notre travail permet de pointer les idées latentes qui sont derrière cette utilisation. L'objectif ultime est de voir comment les approches proposées peuvent enrichir et consolider la définition de la vulnérabilité, en santé publique. Il s'agira de dégager des pistes de réflexion pour la conceptualisation et l'opérationnalisation.

Cette réflexion sur la notion de vulnérabilité est cruciale pour les interventions. Elle identifie les liens entre la vulnérabilité et le risque. Elle explore les mécanismes menant à l'arrivée de l'événement indésirable.

Méthodologie

Nous avons réalisé une revue de littérature synthétique. Des études dont les auteurs essaient de définir la vulnérabilité, peu importe la discipline, ont été ciblées. La stratégie de recherche documentaire a consisté à soumettre, dans un premier temps, nos mots-clés

(vulnérabilité et ses termes dérivés) aux ressources documentaires suivantes : Medline, PsycInfo, Pubmed, Geobase, Erudit, Jstor, Anthropological Index, Cairn, ISI, Francis et EconLit. Les sites des organismes internationaux du système onusien ont aussi été visités. Les titres, les résumés et les mots clés des publications étaient pris en compte au moment de la soumission de la recherche. Le français et l'anglais étaient les deux langues de travail. Ensuite, les références contenues dans les publications déjà traitées sont à leur tour examinées. Grâce à cette méthode *ad hoc*, 280 références ont été obtenues. Toutes les études (200 au total) où la notion de vulnérabilité n'était pas définie ont, par la suite, été éliminées. Les critères d'inclusion se focalisaient sur les points suivants : objectifs, différenciation entre la vulnérabilité et le risque, définition établie de la vulnérabilité, vulnérabilité ressentie par l'individu ou vulnérabilité constatée par un tiers, type de population ciblée, champ de discipline, forces et faiblesses. À ces éléments s'ajoutent la méthode statistique employée, l'opérationnalisation, les variables indépendantes et la variable dépendante pour les études empiriques.

Le malaise associé à un plat réconfort : Le cas du Kraft Dinner®*

Par Melanie Rock, traduction Jocelyne Bernier



Cet article met en contraste les perceptions des Canadiens qui sont en situation de sécurité alimentaire et celles des Canadiens qui vivent l'insécurité alimentaire en prenant l'exemple de la signification différente qu'ils attribuent à un produit d'alimentation populaire, le « Kraft Dinner ». Les données proviennent d'entrevues individuelles, de groupes de discussion et d'articles de journaux. Notre analyse thématique montre que les Canadiens en situation de sécurité alimentaire ont tendance à associer le « Kraft Dinner » au réconfort tandis que les Canadiens qui vivent l'insécurité

alimentaire associent plutôt le « Kraft Dinner » à l'inconfort. Ces points de vue différents découlent en partie du fait que la consommation du « Kraft Dinner » par les Canadiens en situation de sécurité alimentaire est volontaire tandis que les Canadiens qui vivent l'insécurité alimentaire n'ont pas le choix de consommer du « Kraft Dinner ». Ces différences découlent aussi du fait que les personnes qui vivent l'insécurité alimentaire sont souvent obligées de consommer du « Kraft Dinner » préparé sans lait, ce qui n'est pas mentionné par les personnes en situation de sécurité alimentaire. Les dons de nourriture sont influencés par les perceptions des personnes en situation

de sécurité alimentaire car elles font couramment des dons de « Kraft Dinner ». Nous en concluons que l'ignorance des personnes en situation de sécurité alimentaire de ce que peut signifier l'expérience de vivre l'insécurité alimentaire explique en partie le fait que les dons charitables de nourriture perdurent comme la principale réponse à l'insécurité alimentaire au Canada.

* Résumé de l'article: Rock M., McIntyre J., & Rondeau K., Discomforting comfort food: stirring the pot on Kraft Dinner® and social inequality in Canada. *Journal of Agriculture, Food, and Human Values Society* (2008)

Présentation des premiers résultats d'une recherche sur les processus de renouvellement des pratiques d'intervention en santé publique

Par Jean Beauchemin, stagiaire doctoral à la CACIS

Ma recherche doctorale vise à rendre compte des pratiques innovantes en prévention et en promotion de la santé en montrant comment les intervenantEs sur la ligne de front de la santé publique, dans les CSSS, composent avec les difficultés et les dilemmes posés par la mise en œuvre de la composante « Accompagnement des familles » du programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Il s'agit d'une étude de cas, qualitative et longitudinale, qui se déroulera sur deux ans (juin 2007-2009) dans deux CSSS à Montréal. Les objectifs de recherche sont : 1) d'exposer les stratégies et les mesures développées localement, au niveau opérationnel des équipes cliniques, afin de s'ajuster aux diverses contraintes exercées sur leurs pratiques ; 2) de caractériser les formes de pratique émergentes et les adaptations

locales du rôle d'intervenante privilégiée (IP) central dans l'actualisation des SIPPE ; et 3) d'explicitier et de modéliser les processus micro-organisationnels qui soutiennent l'adoption de nouveaux rôles élargis en santé publique.

À la mi-temps de la recherche, on constate qu'en réponse aux différentes demandes qui leur sont faites, les intervenantes tendent à modeler leurs pratiques suivant des approches plus réactives (répondre à l'expression de besoins) que proactives (aller au devant des besoins, en soutenir l'expression), dans une logique de protection (réduire les risques) davantage que de promotion (développer les capacités des familles et des milieux). Deux formes de pratique sont mises en tension : A) un modèle plus participatif et itératif, fondé sur des rapports plus dialogiques entre intervenants et clients, impliquant le développement d'une relation de

confiance et l'engagement à long terme auprès des familles ; B) un modèle plus directif de prise en charge, fondé sur des rapports expert-bénéficiaire, axé sur la coordination et l'accès à divers services (notions de pivot, de gestion de cas). Ces pressions qui façonnent le rôle d'intervenante privilégiée (IP) se répercutent aussi sur le travail en équipe interdisciplinaire, plus ou moins cloisonné, de même que sur les pratiques partenariales avec les acteurs communautaires. Divers arrangements organisationnels (par ex : équipe dédiée pluridisciplinaire, espaces de discussion et de décision, supervision clinique) permettent d'installer un climat d'apprentissage et de soutenir les acteurs dans la transformation de leurs pratiques. Il reste toutefois à mieux accorder les logiques de gestion et d'intervention (notion de gouvernance clinique).

Le quartier comme espace transactionnel : la relance du projet BUMP dans le quartier de la Petite-Bourgogne

Par Léa Méthé Myrand, Amélie Dubé et Gilles Sénécal

L'expérience des *Tables de quartier* engagées dans le programme *d'Initiative montréalaise de soutien au développement social local* est étudiée par notre équipe depuis trois ans. La recherche porte sur la constitution d'espaces de délibération animés par des acteurs locaux chargés de débattre des enjeux d'aménagement et de développement social. Plusieurs situations relevant du travail de différentes Tables ont été abordées dont la relance du projet BUMP dans le quartier Petite-Bourgogne.

Ce projet de médiation urbaine auprès des jeunes, connu sous le nom de BUMP (*Burgundy Urban Mediation Project*) avait été lancé de concert avec la Table du quartier, la Coalition de la Petite Bourgogne, afin d'agir auprès des jeunes Noirs du quartier. Il comportait deux volets principaux : la médiation dans les parcs avec les jeunes et la médiation auprès des familles. Il visait plus largement à contrer l'implantation de gangs de rue. Deux médiateurs patrouillaient les parcs et se rendaient sur les lieux dès qu'on leur rapportait

des mouvements problématiques. Aux dires des personnes rencontrées à l'été 2007, le travail des médiateurs a fait en sorte que les tensions se sont amenuisées.

Le projet, malgré son succès sur le terrain, a connu des difficultés, principalement de nature administrative. À l'hiver 2007, l'organisme qui coordonnait BUMP n'était plus en mesure de poursuivre sa mission. La relance de BUMP était souhaitée par tous, tant les acteurs de la société civile que les représentants d'organismes publics comme l'Arrondissement ou le Service de Police de la Ville de Montréal. Par contre, cela posait des difficultés singulières, comme surpasser les clivages intercommunautaires, de définir le rôle de la Coalition de la Petite-Bourgogne, de rejoindre les organisations propres à la communauté noire, de concilier leur culture organisationnelle de type *grassroot* et les modes de gestion des programmes publics et d'identifier un organisme susceptible de prendre en charge le projet.

Nous avons observé le processus de relance, au printemps et à l'été 2007. La transaction sociale a porté d'abord et avant tout sur les formes organisationnelles qui devaient régir le projet, incluant les règles et procédures administratives ainsi que le mode de fonctionnement de l'organisme porteur. En cherchant à identifier l'organisation idéale pour gérer BUMP, le rôle, la nature, la légitimité et la représentativité de la Table de quartier étaient questionnés. Le projet BUMP a donc constitué, pour la Coalition, une occasion de démontrer sa capacité de mobilisation et de rejoindre une communauté plutôt fière de son autonomie. La Coalition devait à la fois faire preuve de leadership, de capacité de rassemblement en orchestrant les négociations de la relance de BUMP et consolider ses liens avec la communauté noire.

Les institutions publiques dont les bailleurs avaient également à réfléchir sur leurs difficultés à investir un terrain qu'ils ne maîtrisent pas : l'action auprès des jeunes de la communauté noire. (→)

Il est assez éloquent de constater que les critiques sur la gestion passée de l'organisme chargé de BUMP n'ont pas hypothéqué les discussions sur la relance. Celles-ci étaient vues comme nécessaire et le retour en arrière semblait inutile. Il y a eu une reconnaissance mutuelle que les dysfonctionnements administratifs et budgétaires ne seraient pas rattrapés. Le débat portait donc sur les conditions à poser à l'organisme qui serait chargé du projet dans le futur.

Le problème à résoudre a consisté à réconcilier des logiques institutionnelles et communautaires, en partageant finalement le travail en deux unités, l'une gestionnaire, l'autre chargée du terrain. Certes, cette solution était comprise comme transitoire, mais laissait l'autonomie d'action aux personnes proches du terrain, au demeurant partie de la communauté noire. Elle confirmait en quelque sorte la capacité transactionnelle de la Coalition, qui devait se révéler comme un espace de conciliation entre les institutions publi-

ques représentées à la Table et les formes diverses de la vie associative du quartier, incluant celles plus informelles, qui s'expriment par des personnes. Au demeurant, plusieurs membres de la communauté noire sont à titre divers associées à la Table.

Le dénouement de la situation a laissé ouvert le système d'interactions entre les institutions et la communauté noire, entre les représentants institutionnels et les individus. Il témoigne d'un apprentissage, celui d'arrimer les agents de la concertation et les acteurs terrain, faisant en sorte que le consensus qui s'est formé dépasse le mandat de la Coalition pour rejoindre les jeunes, les médiateurs, les policiers et les résidants. La transaction qui opposait des principes bien établis, de part et d'autre, a porté sur le passage à l'action. Les principes de chacun des deux univers, institutionnel et informel, paraissent être maintenus. Le sens donné à l'action a pris toutefois une dimension nouvelle. Certes, on serait tenté d'interpréter le dénouement

Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC

GRIS / Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : (514) 343-6111, poste 1 - 3778
Télécopie : (514) 343-2207
Courriel : inegalites-sante@umontreal.ca

RETROUVEZ-NOUS SUR LE WEB!
WWW.CACIS.UMONTREAL.CA

comme la formation d'un *grassroot* sous surveillance. N'est-ce pas plutôt un ajustement qui injecte un sens nouveau à la concertation intersectorielle et au partenariat inter-réseau en mettant de l'avant la primauté de l'action et du terrain? En maintenant les liens avec la communauté noire, qui revendique autonomie et authenticité, la Coalition s'est replacée en situation transactionnelle au nom de son mandat social et territorial et pour l'image du quartier par la présence de la communauté noire qui devait être réaffirmée au sein de la Coalition.

Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé: Instaurer l'équité en santé*



La justice sociale est une question de vie ou de mort. Elle influe sur la façon dont les

gens vivent et sur le risque de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. Si nous voyons avec émerveillement l'espérance de vie continuer à s'allonger et l'état de santé s'améliorer encore dans certaines parties du monde, c'est avec inquiétude que nous les voyons stagner dans d'autres. Une petite fille qui vient au monde aujourd'hui peut espérer vivre plus de 80 ans si elle naît dans certains pays, mais moins de 45 ans dans d'autres. On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale. Des disparités de pareille ampleur, tant dans les pays qu'entre eux, ne devraient tout simplement pas exister.

Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et

viennent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques.

Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie. Les problèmes de santé que les pays riches et les pays pauvres doivent résoudre convergent de plus en plus. On peut juger du développement d'une société, qu'elle soit riche ou pauvre, d'après l'état de santé de la population, la répartition plus ou moins équitable de la santé entre les différents échelons de la société et le degré de protection contre les désavantages résultant d'une mauvaise santé.

Dans un souci de justice sociale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a constitué en 2005 la Commission des Déterminants sociaux de la Santé afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action.

Parallèlement aux travaux de la Commission, plusieurs pays et organismes sont devenus des partenaires désireux d'élaborer des politiques et des programmes pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et instaurer une plus grande équité en santé dans l'ensemble de la société. Ces pays et partenaires sont à l'avant-garde d'un mouvement mondial.

La Commission engage l'OMS et tous les gouvernements à agir partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé pour instaurer l'équité en santé. Il est indispensable que les gouvernements, la société civile, l'OMS et d'autres organisations mondiales s'unissent maintenant dans l'action pour améliorer la vie des habitants de la planète. On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération ; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir.

*Tiré du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, «Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé», Organisation mondiale de la santé, 2008.