



# Liaison CACIS

Numéro 7, Printemps 2007

Chaire *Approches communautaires et inégalités de santé* FCRSS/IRSC

## Numéro spécial sur les activités de la Chaire



### Dans ce numéro :

Un programme de recherche sur l'espace sociosanitaire	1
Les enjeux de l'harmonisation des pratiques de concertation au CSSS Ahuntsic - Montréal-Nord	2
Démarrage du projet Intégration des jeunes d'origine immigrée à Montréal	2
Affiche de la Chaire	3
The Chair English Poster	4
Programmation d'animation scientifique 2006-2007. Compte rendu des rencontres	5
Révision du code d'éthique de la recherche pour le projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake	6
L'Initiative montréalaise	6
Réflexions sur la charte de Bangkok	7
L'évaluabilité des évaluations participative en partenariat avec des groupes communautaires de lutte contre le sida	8

## Un programme de recherche sur l'espace sociosanitaire

Le programme de recherche de la Chaire est ancré dans la notion d'espace sociosanitaire. Comment définir cet espace? Quelle est la pertinence de cette idée en matière d'inégalités de santé?

Plusieurs études récentes indiquent que les caractéristiques associées aux disparités et au développement de vulnérabilités sur le plan de la santé sont liées à l'appartenance à certains groupes sociaux définis principalement au Canada par le revenu, l'éducation, le genre ou l'ethnicité. L'accès différentiel aux ressources locales nécessaires pour une vie en bonne santé, qui est associé à l'appartenance à ces groupes, produit des conditions qui incitent à des choix individuels et sociaux défavorables pour la santé. Ces modèles explicatifs structurent de plus en plus les pratiques de santé publique visant les populations vulnérables et posent la question du lien entre la santé et les conditions sociales à l'intérieur d'environnements locaux, de quartiers, de voisinages et d'institutions locales, constituant autant d'espaces de vie et de participation des citoyens.

On assiste ainsi à un double mouvement entre le social et la santé. La santé devient « sociale » par la reconnaissance de l'importance des facteurs sociaux dans le façonnement de la santé des populations, et de la nécessité d'inclure ces déterminants sociaux dans des modèles de production de la santé et d'intervention de prévention-promotion. Parallèlement, le social se « santéise » au vu du succès croissant que connaissent les organisations de santé pour s'insérer dans la société civile et « enrôler » des partenaires ou des institutions d'autres secteurs, dont la mission n'est pas la santé, dans la poursuite

d'objectifs de santé. En s'infiltrant dans tous les secteurs de la société, la programmation sanitaire contribue à la définition d'un nouvel espace social et sanitaire dans lequel s'établit un dialogue entre l'État, par ses institutions de santé, et les organismes communautaires de la société civile.

Cet espace sociosanitaire recouvre deux dimensions. Il désigne, d'une part, un espace public de délibération dans lequel les interactions sont possibles, permettant à chacun des acteurs sociaux de se faire entendre, de négocier avec les autres des choix qui guident l'action. Par l'entremise des organisations communautaires qui s'en font les porte-paroles, cet espace est l'un des rares espaces publics ouverts à la voix des populations vulnérables. D'autre part, ces débats et ces enjeux s'inscrivent dans des espaces sociaux précis, bien souvent des quartiers, mais aussi des institutions comme l'école ou les organisations communautaires, qui constituent autant de lieux où s'actualisent les approches milieux caractéristiques de la nouvelle santé publique.

Cet espace sociosanitaire pose certains défis et ce, pour deux raisons. La première est qu'il conduit à une modification des rôles, responsabilités et identités des acteurs impliqués, coïncés entre des politiques publiques énoncées centralement et des opportunités et contraintes de mise en œuvre déterminées localement. Ceci reconfigure les communautés de pratique autour d'enjeux locaux liés à l'implantation de programmes planifiés centralement. La seconde raison a trait au caractère réflexif de cet espace. Son étude commande de nouvelles postures de recherche. En effet, la recherche

sur les pratiques et les acteurs de l'espace sociosanitaire ne peut plus les construire en objets extérieurs au processus de recherche. Tous les acteurs impliqués, incluant les chercheurs et les résultats produits, deviennent ainsi des acteurs dans la transformation de l'espace sociosanitaire.

Notre programme de recherche poursuit l'exploration empirique et théorique de cet espace sociosanitaire à travers trois questions de recherche qui touchent principalement la pauvreté comme facteur de vulnérabilité.

Quels facteurs favorisent l'intégration de préoccupations sociales et de l'approche populationnelle visant les déterminants sociaux et les inégalités de santé dans les politiques et programmes gouvernementaux en matière de santé des populations?

Comment les processus et les résultats des programmes qui visent à transformer ces espaces sociosanitaires permettent-ils de promouvoir la santé de groupes vulnérables?

Comment les logiques d'action et d'évaluation émergent des pratiques des différents acteurs de l'espace sociosanitaire s'articulent-elles avec les méthodologies et théories élaborées par les sciences sociales sur le thème des relations dynamiques entre savoir et pouvoir, connaissance et action?

Répondre à ces questions suppose un dialogue constant entre des disciplines des sciences sociales et des perspectives de santé publique, puisque le point d'entrée de ce programme de recherche est l'intervention de santé publique dans ses effets structurels de l'espace sociosanitaire.

## Les enjeux de l'harmonisation des pratiques de concertation au CSSS Ahuntsic - Montréal-Nord

L'émergence des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) a donné lieu à des fusions de territoires de CLSC aux caractéristiques distinctes. Dans cette nouvelle structure, l'organisation a de nouveaux mandats en matière de prévention et de promotion de la santé et en développement social. Le CSSS Ahuntsic—Montréal-Nord (CSSSAMN) doit composer avec la fusion de deux territoires où les problématiques vécues et les pratiques de concertation prennent des formes variées. De plus, Montréal-Nord fait l'objet d'une attention particulière par la Conférence administrative régionale —développement social (CAR-DS). Cette aide est venue soutenir la *Démarche-action* de Montréal-Nord, initiative en revitalisation urbaine intégrée (RUI) et qui a fait l'objet d'une évaluation à laquelle la Chaire a apporté une contribution.

Devant le défi de cette nouvelle fusion sur le plan de l'organisation communautaire et du développement social notamment, les dirigeants du CSSSAMN ont demandé à la CACIS de les aider à : 1- répertorier les principaux programmes en matière de développement social, de prévention et de promotion de la

santé qui sont le fruit de collaborations sectorielles ou intersectorielles, multiniveaux et/ou interréseaux à Ahuntsic et à Montréal-Nord et; 2- brosser un portrait global de la situation qui permette de réfléchir à l'harmonisation des pratiques de concertation au sein de ce nouveau territoire.

Pour chaque ancien territoire de CLSC, les principaux programmes ont été identifiés et regroupés autour des répondants de la concertation dont ils sont issus (CSSS, Tables intersectorielle ou sectorielle, commission scolaire). Afin de bien rendre compte des projets, une fiche synthèse a été produite pour chaque programme en portant une attention particulière aux aspects de collaboration et de développement d'alliances. Les principaux thèmes couverts dans cette fiche touchent au contexte dans lequel s'inscrit le projet soit : les thématiques et l'objet de la collaboration, la population ciblée, la structure et les organismes partenaires, les mécanismes de concertation, les ressources (financières et humaines), les réalisations et les impacts attendus. En plus de faciliter la constitution d'un répertoire de programmes locaux, ces fiches représentent un

moyen pratique et synthétique d'avoir une vue d'ensemble des pratiques de concertation d'un territoire en regard des projets qui touchent à la prévention et à la promotion de la santé et au développement social.

Concernant l'harmonisation des pratiques de concertation au sein du nouveau territoire, le rapport a permis d'identifier une série d'enjeux. À Montréal-Nord le CSSSAMN a un rôle de leadership dans les pratiques de concertation; à Ahuntsic le CSSSAMN a un rôle de catalyseur de la concertation. Avant la création du CSSS, il n'y a pas tellement de partenariats qui se font entre les territoires de Montréal-Nord et Ahuntsic. La création du CSSSAMN fait naître de l'inquiétude chez ses intervenants quant à la redistribution des enveloppes budgétaires et des effectifs. Deux programmes ministériels qui sont à s'implanter par territoire de CSSS (*École et Milieu en santé et Services intégrés en périnatalité et en petite enfance*) peuvent servir d'ancrage à l'harmonisation des pratiques entre les territoires. Les partenaires du communautaire des deux territoires entament aussi des rapprochements entre eux.

## Démarrage du projet *Intégration scolaire et sociale des jeunes d'origine immigrée à Montréal\**

Une équipe de chercheurs a développé une programmation et un partenariat de Recherche-Intervention autour de collaborations école-communauté dans quatre quartiers montréalais qui cumulent les taux les plus élevés de pluriethnicité et de défavorisation soit Bordeaux-Cartierville, Parc-Extension, Côte-des-Neiges et St-Laurent. Les organismes associés à ce partenariat sont le CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, la Commission scolaire de Montréal, la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, les écoles primaires et secondaires de ces quartiers, la Table de concertation jeunesse Bordeaux-Cartierville, la Ville de Montréal (arrondissement Ahuntsic-Cartierville) et le Service de police de la Ville de Montréal (PDQ 10).

Dans l'optique de l'intégration scolaire des élèves d'origine immigrée, les écoles montréalaises se sont engagées depuis les années 1990 dans un processus d'adaptation systémique de leur cadre institutionnel. Depuis les années 2000, sous l'impulsion de la Réforme de l'Éducation et devant l'efficacité limitée des mesures scolaires, cette stratégie institution-

nelle a été doublée d'une stratégie communautaire qui consiste en une diversité de collaborations entre l'école et des organismes de différents secteurs de sa communauté afin de diversifier et intensifier ses stratégies d'action, et d'accroître la réussite scolaire. Le modèle s'est principalement orienté vers la concertation école-communauté pour planifier et réaliser des activités de soutien. Peu de travaux récents documentent la diversité, l'adéquation ou l'efficacité des stratégies de collaboration école-communauté ayant été développées en contexte montréalais pluriethnique et défavorisé. En outre, peu de recherches documentent l'expérience scolaire et sociale des jeunes des vagues plus récentes d'immigration ni comment les stratégies issues de la collaboration école-communauté soutiennent l'expérience d'intégration des jeunes.

Cette recherche compte trois objectifs. Le premier objectif est de documenter et faire connaître les formes de collaboration école-communauté et les mesures qui en découlent visant l'insertion scolaire et sociale et la réussite des jeunes issus de l'immigration dans les quatre territoires. Les deux autres objectifs,

qui se concentrent sur le territoire de Bordeaux-Cartierville, visent à documenter l'expérience scolaire et sociale des jeunes d'origine immigrée et à évaluer dans quelle mesure et comment la stratégie de l'agent de milieu, promue dans les programmes ministériels et qui est expérimentée dans ce quartier par l'initiative *Un milieu tourné vers ses écoles*, contribue à cette expérience.

Dans le contexte d'une diversité d'initiatives école-communauté en vue de soutenir la persévérance et la réussite scolaires en milieu pluriethniques et défavorisés, ce partenariat de Recherche-Intervention souhaite fournir les éléments d'une réflexion sur ce sujet. Ces initiatives méritent d'être documentées afin d'en connaître la diversité, l'adéquation ou l'efficacité dans le but de pouvoir les améliorer et les reproduire.

\*Angèle Bilodeau et ses collaborateurs Jean Bélanger, Maryse Potvin, Nicole Carignan, Yves Couturier, Robert Bastien et Annick Lenoir ont obtenu le financement FQRSC (décembre 2006) pour ce projet.



## CHAIRE APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ FCRSS/IRSC

**L'objectif de la Chaire est d'établir et d'animer un programme de recherche pour examiner la relation entre les caractéristiques des milieux de vie et les inégalités de santé, et documenter la mise en œuvre et le rôle des approches communautaires pour réduire ces inégalités**

**La Chaire** s'intéresse aux actions de santé publique qui supposent des alliances avec une diversité d'acteurs de la société en vue de réduire les inégalités de santé.

Ces actions contribuent à définir un nouvel espace social et sanitaire dans lequel s'établit un dialogue entre l'État, les institutions de santé, d'autres institutions publiques et les organismes communautaires de la société civile. Ces actions s'inscrivent dans des quartiers ou des institutions comme l'école ou les organisations communautaires, qui sont autant de lieux où s'actualisent les approches-milieux caractéristiques de la nouvelle santé publique.

La compréhension des inégalités de santé et l'action visant leur réduction requièrent une intégration multidisciplinaire faisant une large place aux sciences sociales en plus des disciplines traditionnelles de la santé publique. Suivant son cadre de partenariat, la Chaire s'associe à des partenaires dans l'élaboration et la réalisation de recherches dans une approche participative.

La Chaire a contribué au développement d'infrastructures de recherche telles le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé et l'axe stratégique sur les inégalités sociales de santé du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (FRSQ).

### Programme de recherche

**La Chaire** a développé un programme de recherche portant sur l'examen des facteurs qui influencent les inégalités de santé et la vulnérabilité de groupes désavantagés et sur les interventions qui visent à évaluer de manière rigoureuse les répercussions des programmes et des politiques sur les inégalités de santé.

### Projets de recherche

- La définition d'un nouvel espace sociosanitaire : l'impact des partenariats entre le système de santé et la société civile.
- L'inventaire et l'arrimage des bases de données pour l'étude des liens entre les environnements locaux et la santé.
- L'évaluation d'un programme de développement social intégré dans un quartier défavorisé de Montréal.
- L'évaluation d'un programme d'éducation à la nutrition réunissant les milieux familial, communautaire et scolaire.
- L'élaboration d'un modèle de pratique de la santé publique intégrant la dimension sociale dans la programmation et l'évaluation.
- L'équipe interdisciplinaire de recherche sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé regroupant des chercheurs en début de carrière et des chercheurs d'expérience et financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

### Programme de formation

**La Chaire** vise à former une nouvelle génération de chercheurs qui pourront planifier et réaliser des projets de recherche, avec les milieux communautaires et la population, portant sur la production « locale » de la santé et la réduction des inégalités de santé.

Les stagiaires au doctorat et postdoctorat sont associés aux recherches en cours, pour favoriser l'acquisition des connaissances et des habiletés nécessaires au développement de partenariats intersectoriels, répondant aux caractéristiques de ce domaine d'étude novateur.

### Réalisations

- Depuis 2001, accueil de huit (8) stagiaires de niveau postdoctoral dont la majorité a une formation initiale en sciences sociales et qui s'intègrent au domaine de la santé publique.
- Accompagnement des étudiants de doctorat dans leurs contacts avec les milieux de pratique et le développement de projets dont la qualité est reconnue par les grands bailleurs de fonds de la recherche.
- Séminaire de doctorat sur la recherche participative et l'intégration des théories sociales dans les recherches en santé publique.

### Soutien au développement social

**La Chaire** favorise la participation de représentants de diverses institutions publiques et réseaux communautaires à son Comité avisier, aux activités de recherche développées dans une approche participative et négociée, ainsi qu'aux activités de formation.

Les échanges et débats au Comité avisier, l'instance de gouvernance de la Chaire, ont une fonction de dialogue avec les milieux et de rétroaction qui permet un ajustement constant de ses activités et contribue à l'évaluation de son apport.

### Réalisations

- Forums thématiques : « Les rapports entre la recherche et l'action » (Automne 2002) et « Comprendre les inégalités de santé en vue de les réduire » (Printemps 2006).
- Rencontres d'animation scientifique axées sur un dialogue entre les connaissances issues de la recherche et celles issues des pratiques.
- Bulletin de liaison biannuel et site Internet : [www.cacis.umontreal.ca](http://www.cacis.umontreal.ca)
- Contacts directs avec des décideurs aux paliers montréalais, québécois et canadien.



## CHAIR IN COMMUNITY APPROACHES AND HEALTH INEQUALITIES CHSRF/CIHR

**The Chair's objective is to create and lead a research focused program examining the relationship between local environments and health inequalities, and to document the implementation and the role of community approaches in the reduction of these inequalities**

**The Chair** takes an interest in public health actions that suppose alliances between a variety of social actors aimed at the reduction of health inequalities.

Those actions contribute towards defining a new social and sanitary space in which dialogue occurs between State, health institutions, other public institutions and social community organizations. They take place in neighbourhoods or in institutions such as schools or community organizations, such places where the micro local actions characteristic of the new public health are put into practice.

Understanding health inequalities and developing interventions to reduce these inequalities requires a multidisciplinary approach with a significant social science component, in addition to the professions historically well-represented in public health. Following its partnership framework, the Chair is associated with partners in developing and conducting research projects in a participative approach.

The Chair has contributed to the development of research infrastructures like the Léa-Roback Research Center on social health inequalities and the strategic main line on social health inequalities of the Québec Population Health Research Network (Réseau de recherche en santé des populations du Québec –FRSQ).

### Research program

**The Chair** has developed a research program examining factors that influence health inequalities and the vulnerability of less privileged groups, as well as interventions assessing in a strict manner the repercussions of programs and politics on health inequalities.

### Research projects

- Defining of a new socio-sanitary space: the impact of partnerships between the health system and the community.
- Inventorying and articulating multiple databases in order to study the links between local environments and health.
- Evaluating an integrated social development program in an underprivileged district of Montreal.
- Evaluating a nutrition education program that brings together family, community and school.
- Elaborating a model of public health practice that integrates a social dimension in its programming and evaluating.
- Forming an interdisciplinary research group on the interventions in reducing social health inequalities that brings together researchers in the early stages of their careers and experienced researchers financed by the Canadian Institutes of Health Research.

### Teaching and training program

**The Chair** contributes to training a new generation of researchers who will be able to plan and conduct research projects with communities, focusing on the 'local' production of health and the reduction of health inequalities.

Doctoral and postdoctoral interns are associated with ongoing research projects in order to acquire knowledge and the necessary skills to develop inter-sector partnerships, meeting the requirements of this innovative research field.

### Accomplishments

- Since 2001, the Chair has welcomed eight (8) postdoctoral interns, most of whom have initial training in social sciences and are new comers to the field of public health.
- Accompaniment of graduate students in their contacts with practitioners and in the development of research projects that major research funding agencies will recognize as significant and that may strengthen communities.
- Graduate seminar on participative research and on the integration of social theories in public health research.

### Support for social development

**The Chair** encourages the participation of community and health network partners on its Advisory Committee and in its research activities developed in a participative approach, as well as in its training activities.

The exchanges and discussions taking place at the Advisory Committee, the Chair's governance instance, enable dialogue between all actors and provide feedback which permits constant readjustment of its activities and the evaluation of its contribution.

### Accomplishments

- Forums: 'The Relationship between Research and Action' (Fall 2002) and 'Understanding Health Inequalities aiming to reduce them' (Spring 2006).
- Scientific animation meetings focused on a dialogue between scientific knowledge and practical knowledge.
- Biannual liaison bulletin and Web site: [www.cacis.umontreal.ca](http://www.cacis.umontreal.ca)
- Contacts with decision-makers at city, provincial and national levels.

## Programmation d'animation scientifique 2006-2007. Compte rendu des rencontres

La programmation 2006-2007 d'animation scientifique de la Chaire compte cinq conférences. Pour chaque animation, un·e chercheur·e ou un·e étudiant·e du doctorat vient présenter des résultats de recherche et un praticien est invité à venir commenter et compléter le contenu de cette présentation. Par cet exercice, la Chaire désire construire un espace où il est possible de faire discuter des acteurs d'horizons variés des milieux communautaire, institutionnel et universitaire autour d'une problématique qui les concerne.

### 1<sup>ère</sup> Animation scientifique

Sherris Bisset, étudiante au doctorat à la CACIS présente les premiers résultats d'évaluation du projet *Petits cuisiniers-Parents en réseaux* (PC-PR), développé par un organisme communautaire *Les ateliers cinq épices*. Ce projet novateur se déploie dans huit écoles primaires de Montréal et s'adresse aux écoliers de 4 à 12 ans de milieux majoritairement appauvris et à leurs parents. Il a pour objectif de promouvoir l'éducation nutritionnelle et culinaire et de favoriser le développement social par le biais d'ateliers de cuisine-nutrition réalisés en classe avec la participation de quelques parents bénévoles. Les parents rencontrés dans les ateliers sont sensibilisés et invités à participer à diverses activités d'entraide ou à se joindre à des organismes communautaires.

L'étude présente une évaluation intermédiaire des effets du projet PC-PR. Elle est basée sur une enquête par questionnaire réalisée dans 7 écoles auprès d'élèves de 5<sup>e</sup> année qui ont participé à ce projet et auprès d'élèves de 6<sup>e</sup> année qui fréquentent les mêmes écoles mais n'ont pas participé au projet. Selon les résultats de l'enquête, il s'agit d'un programme prometteur qui démontre certains indices d'effets sur les connaissances nutritionnelles et culinaires; sur l'expérience culinaire et la capacité perçue de cuisiner; sur les attitudes envers l'art culinaire, la saine alimentation et le fait de goûter et d'aimer des aliments moins familiers. Les résultats montrent aussi que la participation parentale dans les activités scolaires apporte un avantage à tous les élèves comparativement à ceux dont les parents ne participent pas aux activités scolaires. Ce résultat est très pertinent pour ce programme car les données de l'étude montrent que la participation parentale est plus élevée dans le groupe participant au programme que chez les non-participants.

Jean-Paul Faniel coordonnateur de la Table de concertation sur la faim et le développement social du Montréal métropolitain a souligné l'intérêt d'impliquer parents et enfants dans des activités communes pour soutenir des changements d'habitudes alimentaires et il a insisté sur

la pertinence d'évaluer les effets des initiatives communautaires. En outre, lors de la discussion, des participants ont discuté du rôle de l'école dans le développement social des enfants.

### 2<sup>e</sup> Animation scientifique

Rachel Engler-Stringer, chercheuse post-doctorale à la CACIS, conduit une recherche sur les pratiques culinaires et l'insécurité alimentaire chez les jeunes femmes montréalaises à faible revenu. Elle présente des résultats préliminaires de cette recherche concernant les apprentissages culinaires des jeunes femmes montréalaises, leur cuisine au quotidien, leur planification des repas, leur santé et l'insécurité alimentaire. Pour développer et réaliser ce projet, elle s'est entourée d'une équipe de 4 cochercheuses recrutées parmi les usagères d'organismes communautaires qui ont pour préoccupation l'alimentation. Une de ces cochercheuses, Patricia Leclerc, agit également à titre de présentatrice lors de cette animation. La



contribution de ces collaboratrices dans le déroulement du projet est exposée. En plus de participer au développement de ce projet elles ont participé au recrutement et à la réalisation des entrevues de groupe et des entrevues individuelles auprès des jeunes femmes montréalaises.

Les participants à cette séance proviennent en majorité d'organismes communautaires. Ils discutent principalement du contexte géographique dans certains quartiers défavorisés qui entrave l'accès à la nourriture; des considérations socio-démographiques quant à la composition de l'échantillon de recherche (scolarité, ethnie, etc.) et de l'équipe des cochercheuses plus scolarisées; et des perspectives futures en recherche sur l'insécurité alimentaire.

### 3<sup>e</sup> Animation scientifique

Carmelle Goldberg, étudiante au doctorat à la CACIS, présente les interactions entre les pratiques d'évaluation et de programmation dans le cas d'une démarche-action à Montréal-Nord. Elle fait le constat que les approches traditionnelles d'évaluation axées sur les

résultats parviennent difficilement à rendre compte de l'espace interactif de certains programmes en santé publique.

André Bergeron, agent de planification à la DSP de Montréal, présente quelques résultats de cette démarche-action qui vise à améliorer les conditions de vie des résidents démunis de Montréal-Nord en développant un projet social basé sur l'action intersectorielle et la mobilisation citoyenne. Dans ce projet, l'innovation réside dans une stratégie interministérielle au niveau régional pour soutenir une action locale.

Les participants qui se répartissent également entre le communautaire, l'institutionnel et le milieu universitaire, questionnent à la fois sur les processus d'évaluation d'un programme pour favoriser son implantation et les résultats de la démarche-action dans Montréal-Nord.

### 4<sup>e</sup> Animation scientifique

Gilles Sénécal, chercheur de l'INRS associé à la Chaire est venu présenter les résultats d'un rapport préliminaire « Le quartier comme espace transactionnel ». Il présente deux modèles organisationnels des Tables de quartier soit le modèle horizontal centré sur le réseau associatif local et le modèle transversal centré sur l'extension du réseau partenarial. Geneviève Cloutier étudiante de doctorat à l'INRS a pour sa part discuté de l'intérêt de lire les situations d'interactions/controverses dans un quartier au moyen de l'approche transactionnelle. Michel Roy de la CMTQ note l'émergence de conciliabules qui seraient le fait de «supers citoyens» et de leurs interactions possibles avec les concertations d'un quartier.

Les participants qui proviennent majoritairement du milieu communautaire questionnent les présentateurs sur la possibilité d'avoir plusieurs modèles organisationnels pour les Tables. Une discussion s'enclenche également sur les demandes et les attentes formulées aux Tables par leurs partenaires et leurs bailleurs de fonds et des moyens limités dont celles-ci disposent pour réaliser ce travail. Elles sont très sollicitées et ne parviennent pas toujours à répondre à cette demande ce qui peut finir, craint-on, par les discréditer.

### 5<sup>e</sup> Animation scientifique

Hélène Laperrière, étudiante de doctorat à la CACIS, doit venir présenter lors de la dernière animation scientifique (16 mai) les enjeux de l'évaluation participative et en partenariat pour les organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. Lyse Pinault de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) participera également à cette présentation.

## Révision du code d'éthique de la recherche du projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake – Participation communautaire et capacité d'agir d'un des membres de la communauté en formation académique

Treena Delormier, étudiante de doctorat à la CACIS

Le projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawá:ke (KSDPP) est un projet d'intervention et de recherche participative dans la communauté Kanien'kehaka (Mohawk). Depuis 1994, ce projet intervient dans les écoles primaires et dans la communauté afin de faire la promotion des modes de vie sains qui préviennent le diabète de type 2. Il est issu de la collaboration entre la communauté de Kahnawá:ke et des chercheurs.

Lorsque le projet a débuté j'ai été invitée à participer à son Comité aviseur puisque j'étais de la communauté de Kahnawá:ke et j'avais une expérience de la recherche comme nutritionniste. Une des premières tâches réalisées pour le projet a été la négociation entre les membres de la communauté, dont je fais partie, et les chercheurs de repères éthiques qui assurent que le KSDPP puisse être respectueux et bénéficie à la fois aux membres de la communauté et aux chercheurs impliqués. Un code d'éthique de la recherche a alors été produit.

En 2001, un financement de recherche sur cinq ans (IRSC Alliances communautaires en recherche en santé) a permis au KSDPP d'étendre ses objectifs de recherche de manière à inclure plus de chercheurs et d'étudiants, développer un programme de formation et permettre de documenter la capacité d'agir de la population locale. Ces changements de la recherche ont incité plusieurs adaptations du

code d'éthique initial entraînant un processus de révision avec le personnel, les chercheurs et le Comité aviseur qui a documenté ces modifications.

Le code d'éthique révisé (2007) inclut les principes de recherche initiaux et les responsabilités de tous les partenaires de recherche mis à jour. Il met en évidence les règles et processus qui facilitent la collaboration recherche/communauté en incluant une révision des processus d'approbation des projets de recherche, des formulaires de consentement, des repères pour la collecte et le traitement des données, la publication et la diffusion, les droits d'auteurs et la recherche multisite. Il inclut également une discussion sur les méthodologies autochtones, incluant des spécificités de la philosophie Haudenosaunee (Iroquoise) et les connaissances de traduction dans le contexte KSDPP.

Ce travail de révision est un exemple de la participation communautaire et du potentiel du KSDPP. Je continue à être activement impliquée dans le projet et à réfléchir sur l'incroyable capacité d'agir et sur les opportunités de formation auxquels il a donné lieu. Ma décision de m'inscrire au programme de doctorat en santé publique à l'Université de Montréal sous la direction de Louise Potvin est liée aux objectifs de la capacité d'agir du KSDPP. J'ai été impliquée, plus spécifiquement, dans l'élabora-

tion du code d'éthique initial et révisé, dans l'élaboration de protocoles soumis aux bailleurs de fonds de la recherche, dans la conduite d'une recherche en tant qu'assistante, comme auteure à des publications scientifiques, dans la gouvernance locale de la recherche KSDPP et dans la diffusion des résultats de recherche aux instances décisionnelles locale et nationale. Ces expériences ont contribué au développement de mes habiletés de recherche en santé centrée sur la communauté à partir desquelles j'ai pu asseoir ma formation académique.

Le KSDPP a également créé un espace dans Kahnawá:ke où les membres de la communauté élaborent et participent activement à la recherche et interviennent pour la prévention durable du diabète dans la communauté. La dernière réalisation du KSDPP, la révision du code d'éthique de la recherche, est un exemple du dévouement de la communauté de Kahnawá:ke au KSDPP, aux générations futures de Kahnawakero:non (personne de Kahnawá:ke) et témoigne du potentiel de la participation d'une communauté dans une recherche en santé.

\*Le code d'éthique de la recherche révisé est disponible en ligne au [www.ksdpp.org](http://www.ksdpp.org). Il est possible de commander une copie papier du document sur le site Internet.

## Mention de mérite pour l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local

L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local a reçu une mention de mérite du Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS) dans le cadre du 8<sup>e</sup> colloque international francophone des Villes et Villages en santé tenu à St-Jérôme en octobre 2006. Selon le communiqué du RQVVS, elle a retenu l'attention du jury des prix d'excellence parce qu'elle offre un modèle de partenariat à promouvoir entre quatre partenaires majeurs qui ont accepté de mettre leurs ressources en commun au profit d'un programme novateur de soutien au développement social local.

Cette initiative unique, est le fruit de l'engagement de quatre grands partenaires : la Ville de Montréal, Centraide, la Direction régionale de santé publique et la Coalition montréalaise



Initiative montréalaise  
lors de la remise des prix Villes et Villages en santé  
(26 octobre 2006)

des tables de quartier. À travers ce programme, 30 tables de quartier sont soutenues financièrement pour animer, coordonner et mobiliser, autour de stratégies de développement local issues des milieux. Cette initiative mise sur la participation des divers acteurs, d'abord les

citoyennes et citoyens, dans une démarche collective et sur le développement d'actions concertées en développement social local entre des partenaires issus de divers secteurs et réseaux d'intervention. Elle découle d'une approche territoriale intégrée mise en place depuis quelques années à Montréal, pour soutenir le développement des communautés locales et revitaliser les quartiers défavorisés. Son objectif est l'amélioration des conditions de vie, de même que le renforcement de la capacité d'agir des communautés locales.

Une équipe de recherche de la CACIS participe à l'évaluation de cette initiative dans la perspective de saisir les différentes transactions qui se réalisent dans la mise en œuvre des concertations locales dans les quartiers.

## Réflexions sur la Charte de Bangkok

Synthèse de l'article de Valéry Ridde « Une triple interrogation à propos de la charte de Bangkok », dans RHPEO†



La lecture de la Charte de promotion de la santé de Bangkok soulève, en particulier, trois interrogations.

D'abord, on peut s'étonner de l'utilité de produire une nouvelle Charte et de remettre en cause la Charte d'Ottawa adoptée en 1986. A-t-on effectué une évaluation des effets de la mise en œuvre des cinq piliers de cette Charte? Certains ouvrages ont réalisé ce type de bilan essentiellement dans les pays du Nord; mais il n'est pas certain que l'on ait épuisé l'ensemble des analyses sur l'application et l'efficacité de la Charte d'Ottawa.

À l'heure où une myriade de projets de recherche visent à évaluer l'efficacité des interventions de promotion de la santé, en tentant un surprenant transfert paradigmatique de l'«evidence-based medicine», il paraît étonnant qu'aucune démarche évaluative générale ne soit entreprise à propos de la Charte d'Ottawa. Il y a certes des facteurs favorables, essentiellement contextuels, à une remise en cause de la Charte d'Ottawa. Je pense, par exemple au rôle des organisations internationales, à la globalisation économique, ou encore à l'ab-

sence de considération de certains sous-groupes de la population (e.g. les handicapés, les indigents). Néanmoins, le bilan de la Charte d'Ottawa me semble être un travail indispensable à effectuer préalablement à toute élaboration d'une nouvelle Charte.

Le rôle des populations et des communautés dans la définition des problèmes à résoudre et des actions à entreprendre est pratiquement négligé dans la Charte de Bangkok. Les professionnels de la santé doivent « communiquer avec le public », ce qui veut dire bien d'autres choses que collaborer et agir avec et pour le public! Dans la liste des « principaux acteurs », les populations n'apparaissent pas suffisamment clairement comme actrices du changement. Le processus de consultation concernant cette Charte montre à l'évidence que l'approche est plus technocratique que participative. Quand, les populations seront-elles impliquées dans la révision proposée de la Charte d'Ottawa? Pourquoi ne pas s'appuyer sur les nombreux mouvements populaires en faveur de la santé pour favoriser la participation des communautés à cette révision?

Le troisième aspect est lié aux objectifs des interventions en promotion de la santé. Face à la persistance et/ou à l'accroissement des inégalités de santé entre les sous-groupes de la population et attendu la myopie de nombreux pays à cet égard, il

semble que la réduction des inégalités de santé peut être spécifiquement dévolue à la promotion de la santé, telle qu'elle a été définie dans la Charte d'Ottawa, et non à la santé publique. Vingt ans après Ottawa, la promotion de la santé doit retrouver son rôle originel et être un moteur de la remise en question des inégalités sociales de santé\*. Or, la Charte de Bangkok ne fait pas suffisamment mention de ces écarts entre les sous-groupes de la population. Dans cette nouvelle Charte, on prend pour acquis le fait que « la santé et le bien-être » sont les mêmes pour tous et que l'action vise la population dans son ensemble. Cependant il y a de sérieuses raisons de croire que, si l'on agit uniquement sur l'amélioration de la santé de tous (en moyenne), cela contribue, en même temps, à l'augmentation des écarts entre les sous-groupes.

Ces interrogations devront être partie intégrante des discussions pour réfléchir à la pertinence de remettre en cause la Charte d'Ottawa, discussions qui devront assurément prendre en compte les communautés dans une perspective de justice sociale.

†<http://www.rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm>

\*Voir l'article à paraître dans le numéro spécial de Promotion & Education pour la 19<sup>ème</sup> conférence mondiale de Vancouver : Ridde, V., Guichard, A., & Houéto, D. (2007). Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity, in press. Promotion & Education.

### À surveiller



<http://www.iuhpeconference.org/fr/index.htm>



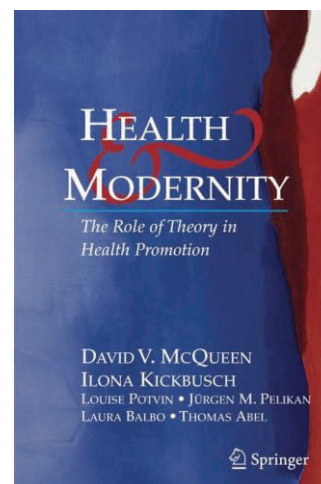
**La santé publique au Canada :**  
des politiques aux êtres humains

**Public Health in Canada:**  
From Politics to the People

**2007 Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique**

Ottawa (Ontario) du 16 au 19 septembre 2007  
<http://www.cpha.ca/francais/conf/conf98-f/98conf-f.htm>

### Nouvelle parution



# L'Évaluabilité des évaluations participatives et en partenariat avec des groupes communautaires de lutte contre le sida

Hélène Laperrière, étudiante de doctorat à la CACIS

## LES BALISES MÉTHODOLOGIQUES

« Pourquoi viens-tu m'aider? » C'était la première question de Christiane<sup>1</sup> quand je me suis présentée comme bénévole. En septembre 2005, j'ai choisi cet engagement comme perspective de modélisation afin de mieux rendre intelligible l'évaluabilité (faisabilité) des évaluations participatives et en partenariat au sein des groupes communautaires de lutte contre le sida au Québec. La Chaire renforce l'importance de « modéliser cet espace sociosanitaire et de constituer un espace réflexif pour la reproduction et la transformation des pratiques sociosanitaires des partenaires institutionnels et communautaires » d'un programme. L'option méthodologique de « connaître dans l'action et dans l'engagement » proposait une recherche-action participative qui révisait les idéologies en santé publique cherchant à homologuer les programmes aux visions officielles de planification. Mes choix méthodologiques pour regarder l'évaluabilité visent le respect de la problématique du Sida : la confidentialité des groupes, des individus et des communautés à risque de discrimination sociale et l'impossibilité de leur imposer une programmation de recherche et des activités au-delà de leurs capacités d'engagement.

## DES MÉTHODES FLEXIBLES DE CUEILLETTE DES DONNÉES

Un échantillonnage intentionnel a été formé de groupes diversifiés reliés à une coalition d'organismes communautaires. La stratégie méthodologique de recherche communautaire et participative s'échelonne sur deux ans avec des entretiens collectifs et un engagement bénévole soutenu auprès des personnes vivant avec le VIH<sup>2</sup>. Il n'était pas possible de réduire l'interaction de la cueillette des données à des rencontres formelles, d'où l'importance de partager les préoccupations communautaires au quotidien, d'incorporer « la recherche » à une relation de partage et de coopération.

### • L'accumulation d'expériences difficilement comparables

Le cadastre des sources de données varie selon les conditions des groupes communautaires et de mes apprentissages antérieurs comme infirmière et actuels comme bénévole : 1- expériences professionnelles précédentes comme arrière-plan de l'analyse (Brésil et Canada); 2- participation à la formation en évaluation<sup>3</sup>; 3- bénévolat d'accompagnement (centre de jour, transport); 4- participation aux activités sociales (spectacle bénéficiaire,

etc.); 5- groupes d'analyse par acteurs (groupes d'appréciation partagée); 6- présentations et échanges à des réunions collectives (écrites et audiovisuelles); 7- activités ludiques : la « boîte à outils » comme moyen d'expression graphique collective de formalisation des appréciations collectives.

### • La production participative des résultats et leurs interprétations collectives

Les résultats présentés sous forme de mini-rapports à chaque rencontre permettent leurs délibérations, leurs réinterprétations et leurs utilisations immédiates par les groupes communautaires. Certains utilisent des parties de résultats dans leur rapport de financement ou d'évaluation; certaines équipes de travail reproduisent l'expérience d'appréciation partagée avec leurs partenaires et usagers. Afin d'éviter le dévoilement institutionnel, certains ont pu en modifier des parties. Cinq sources d'informations se construisent en continuum entre l'action directe et l'organisation intellectuelle : la révision critique de la littérature, l'expérience des entretiens collectifs, la participation à l'action collective de soutien social et préventif ainsi que l'accompagnement des usagers. Analysés qualitativement et collectivement, des facteurs émergent comme l'autonomie relative des paliers de décision, la participation à une négociation des objectifs et des critères de réussite, l'impact des inégalités dans les stratégies d'évaluation et la diversité culturelle des milieux interorganisationnels de partenariat. Les interprétations participatives et collectives concernant l'évaluabilité des formes d'évaluations participatives et en partenariat apportent un nouvel éclairage sur la contribution de ces pratiques locales d'évaluation communautaire au programme national.

## LES CONCLUSIONS POSSIBLES

À la question posée par Christiane, j'ai répondu que je possédais la santé et les conditions de vie pour la visiter. J'ai décliné son invitation pour un souper, alléguant qu'on pourrait remettre ça la prochaine semaine. Trois jours après, l'intervenante m'avisa que Christiane était décédée subitement d'une infection. J'ai appris la validation de la perspective : « *le Sida n'est pas une maladie individuelle comme toute autre maladie* ». Il s'agit d'un fil qui mène à une conscience critique de la société, dans laquelle l'enchevêtrement des variables sanitaires, sociales et politiques forment un tout qui ne peut pas être délié en problèmes indépendants (traitement, prévention, discrimination, exclusion, précarité, misère, contaminations infectieuses). Suite à l'invitation d'un usager vivant avec le VIH/Sida, j'ai pu participer, entre autres, à son témoignage de trajectoire de vie dans son groupe de soutien par les pairs. Le témoignage des transformations personnelles est un des indicateurs communautaires suggérés pour reconnaître l'impact des

interventions de transformation sociale. Tout traitement et toute prévention doit confronter cette totalité dynamique ainsi que son évaluation, dans laquelle l'isolement des variables ne conduira pas à un effet intégré et de mission globale, soit « la grandeur de la tâche d'accueillir les plus pauvres » (thème émergent d'un groupe d'appréciation partagée).

Les groupes communautaires s'avèrent aptes à travailler sur le problème de façon efficace et nécessairement de façon complémentaire aux services publics, notamment sur les questions épineuses des évaluations participatives et de l'évaluabilité réaliste de celles-ci. Leur faible reconnaissance et la pénurie de ressources (« on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a ») réduisent le potentiel de diffusion de leur contribution efficace face aux argumentations en santé publique. Cette logique étatique suggère de les considérer comme « œuvres de charité », avec des ressources nettement insuffisantes pour pouvoir défendre la production et l'évaluation quotidiennes de leurs actions à partir de résultats considérés scientifiquement et idéologiquement probants. Enfin, la participation bénévole, comme engagement du chercheur en promotion de la santé dans la vie associative des groupes, crée un rapport de co-construction et d'émergence de connaissances rapidement partagées dans le quotidien. Ces structures informelles et profondes favorisent des espaces d'échanges libres, ce qu'Erhard Friedberg appelle « *the human side of the enterprise* » et qui génère la vraie structure d'action concrète au-delà du discours managérial de l'organisation rêvée et programmée.

1. Nom modifié pour préserver l'anonymat.

2. Au moment de la publication de cet article, quelques activités collectives se poursuivent.

3. Participation bénévole dans le Comité de travail et ensuite dans la formation reliée à « Savoir-faire et Savoir-dire : un guide d'évaluation communautaire ». Montréal : Coalition des organismes québécois de lutte contre le sida. Disponible sur demande : [www.cocqsida.com](http://www.cocqsida.com).

## Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC

GRIS / Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Téléphone : (514) 343-6111/1-4959  
Télécopie : (514) 343-2207  
Courriel : [inegalites-sante@umontreal.ca](mailto:inegalites-sante@umontreal.ca)

RETROUVEZ-NOUS SUR LE WEB!  
[WWW.CACIS.UMONTREAL.CA](http://WWW.CACIS.UMONTREAL.CA)

