

**Cadres de collaboration des  
approches participatives  
en recherche : recension d'écrits**

Par Marlène Dallaire

Janvier 2002



Chaire  
Approches communautaires et  
Inégalités de santé  
FCRSS/IRSC  
Université de Montréal

## Table des matières

Avant-propos .....	1
Introduction.....	2
A. Les approches participatives en recherche.....	3
B. Cadres de collaboration avec les communautés.....	7
1. Dans les infrastructures de recherche .....	7
2. Dans les projets de recherche uniques .....	11
C. Mise en œuvre des approches participatives : recommandations .....	14
Conclusion .....	17
Références.....	19
Annexe 1 : Collecte des données .....	23
Annexe 2 : Sites Internet consultés.....	24

Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (FCRSS/IRSC)  
GRIS/Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3J7

Site Internet : [www.cacis.umontreal.ca](http://www.cacis.umontreal.ca)  
Courriel : [inegalites-sante@umontreal.ca](mailto:inegalites-sante@umontreal.ca)

## **Avant-propos**

La Chaire Approches communautaires et inégalités de santé a été lancée en novembre 2001, avec pour objectif de développer un programme de recherche explorant à la fois les inégalités de santé, et les interventions communautaires visant à réduire ces inégalités dans la région sociosanitaire de Montréal-Centre. Tout en produisant de nouvelles connaissances, la Chaire compte soutenir la formation de jeunes chercheurs, notamment en leur donnant l'occasion de concevoir et de réaliser des projets de recherche en lien étroit avec les communautés. À cet égard des approches participatives sont préconisées, de manière à produire des connaissances qui feront avancer les savoirs disciplinaires, tout en étant utiles au développement et/ou à la consolidation de programmes ou d'interventions dans les communautés.

La présente recension d'écrits vise à soutenir et à alimenter les discussions entre la Chaire et les milieux communautaires intéressés, quant à l'élaboration d'un cadre de collaboration en matière de recherche participative. En s'appuyant sur diverses expériences rapportées dans les écrits, principalement dans le domaine de la promotion de la santé, et aussi sur différents textes de nature davantage conceptuelle ou méthodologique, il s'agit de faire ressortir les modèles de collaboration proposés. Ce document est un survol, bien sûr fragmentaire, qui ne prétend pas faire le tour complet d'une question cruciale, à savoir : quels mécanismes mettre en place (ou quels outils privilégier) pour permettre aux communautés (plus spécifiquement aux organisations locales dans les communautés) de participer pleinement à la recherche en promotion de la santé?

La Chaire Approches communautaires et inégalités de santé bénéficie du soutien conjoint de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Elle est rattachée à l'Université de Montréal/Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), et au département de médecine sociale et préventive.

## **Introduction**

Une abondante littérature traite des approches participatives en recherche. Plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales s’y intéressent comme la psychologie communautaire (Mason & Boutilier, 1996), le travail social (Secret et coll., 1999), la sociologie (Murphy & Pilotta, 1987), et l’éducation des adultes (Park, 1993); de même que des disciplines liées aux sciences de la santé telles les sciences infirmières (Goudreau et coll., 1999), la bioéthique (Weijer et coll., 1999), la santé publique et la médecine sociale et préventive (Green et coll., 2001; Baker et coll., 1999).

Ainsi, le principe de la participation de non-chercheurs au développement de la recherche se retrouve à des degrés divers dans un certain nombre d’approches apparentées qui toutes encouragent l’implication de non-chercheurs, c’est-à-dire d’individus (praticiens, citoyens, patients, etc.) concernés par l’objet d’étude, mais qui de par leur statut, leur formation, leurs expériences ou expertises sont généralement tenus à l’écart de la production de connaissances scientifiques. Ces approches sont appelées : recherche-action, recherche-action participative, recherche-action participative réflexive, recherche ancrée dans la communauté<sup>1</sup>, recherche collaborative ou coopérative, et recherche participative.

Dans une revue de littérature consacrée à la pertinence et à l’utilisation de ces différentes approches, Israel et coll (1998) citent deux cents textes rattachés au domaine de la promotion de la santé uniquement! Pour ces auteurs, des différences et des particularités singularisent chacune de ces approches, mais elles se rejoignent toutes dans leur finalité qui est de produire des recherches bénéficiant aux participants et participantes, soit à travers le développement d’interventions directes en promotion/prévention, soit par l’apport des résultats à la compréhension des actions et des changements requis.

Notre recension explore quels mécanismes ont été mis en place (ou quels outils sont privilégiés) pour permettre aux communautés (plus spécifiquement aux organisations locales dans

---

<sup>1</sup> Traduction libre de *community-based research*.

les communautés) de participer à la recherche en promotion de la santé. Elle recouvre différentes méthodes de recherche, pas seulement la méthode appelée recherche participative, car il est apparu au fil de notre recension que diverses approches, ayant leur identité propre, s'intéressent à la participation des communautés dans la production des connaissances et peuvent proposer des cadres de collaboration bien articulés. Le terme cadre de collaboration fait référence ici tant aux instances décisionnelles ou de consultation mises en place, qu'à tout accord (entente de collaboration, protocole, déclaration de principes, code d'éthique, etc.) convenu entre les équipes de recherche et les communautés pour encadrer la collaboration. La collecte des données (décrite à l'annexe 1) a été organisée pour atteindre la plus grande variété d'expériences possible à l'intérieur des sources disponibles.

Dans une première section, les approches participatives utilisées en recherche dans le domaine de la promotion de la santé sont brièvement décrites. Ensuite, les cadres de collaboration conçus à l'intérieur de diverses expériences participatives avec des communautés (infrastructures de recherche ou projets de recherche) sont présentés. Dans la troisième et dernière section vient un exposé des principales difficultés et recommandations rapportées dans les écrits concernant la mise en œuvre des approches participatives dans la recherche en promotion de la santé.

### **A. Les approches participatives en recherche**

En promotion de la santé et en santé publique, les approches participatives les plus fréquemment utilisées en recherche s'appellent **recherche-action**, **recherche-action participative**, **recherche ancrée dans la communauté** et **recherche participative** (Israel et coll., 1998; Reason, 1994). De l'une à l'autre suivant les textes recensés, les distinctions n'apparaissent pas avec une grande netteté, sauf dans le cas de la recherche participative qui s'inspire des ouvrages de Paolo Freire, notamment *Pédagogie des opprimés*, autour de la triade recherche, éducation et action politique (Townsend et coll., 2000; Wallerstein & Bernstein, 1988).

Selon Flynn et coll. (1994), la méthode de la **recherche-action** consiste à intégrer recherche, participation de la communauté et action politique. Dans un tel cadre, la cible ultime de l'activité de recherche est l'amélioration de la qualité de vie de la communauté. Les membres de la communauté sont invités à participer à toutes les étapes de la recherche, c'est-à-dire à identifier le besoin, l'objet de la recherche, les modes de collecte des données et à décider de l'utilisation des résultats. La méthode de la **recherche-action participative** nécessite plus précisément, pour sa part, une participation de groupes de personnes marginalisées ou opprimées à toutes les étapes de réalisation (Israel et coll., 1994; Reason, 1994). Son but est de produire un savoir et des actions utiles aux populations défavorisées (Reason, 1994). Un processus de co-apprentissage, de conscientisation et d'*empowerment* fait partie de cette approche.

De son côté, la méthode de la **recherche ancrée dans la communauté** requiert un partenariat actif entre ceux et celles partageant un sentiment d'appartenance vis-à-vis une communauté, et des chercheurs pouvant être membres ou non de cette communauté (Green et coll., 2001). C'est une approche de collaboration visant, d'une part, à mieux comprendre un phénomène donné ainsi que les dynamiques sociales qu'il sous-tend; et d'autre part, à intégrer à l'action les nouvelles connaissances afin d'améliorer la santé et le bien-être des membres de la communauté (Israel et coll., 1998). La recherche ancrée dans la communauté a la particularité de prendre appui sur les forces et les ressources de la communauté (Riley et coll., 2001; Israel et coll., 1998). Par définition, elle ne peut être réalisée sans que des membres de la communauté visée n'y soient associés.

De manière généralement plus affirmée que les approches brièvement décrites ci-haut, la méthode de la **recherche participative** s'inscrit dans un paradigme (le constructivisme) qui confronte l'orthodoxie scientifique, laquelle met l'accent sur l'objectivité des chercheurs (Rains & Ray, 1995). La recherche participative se construit plutôt sur un processus social ayant un biais favorable aux personnes exploitées, opprimées ou tout simplement ignorées (Hall, 1992, cité par Townsend et coll., 2000). Son but est de répondre à des besoins réels, tout en contribuant à accroître les compétences de la communauté (Mason & Boutilier, 1996). Elle repose sur la prémisse que la

participation des membres des communautés rend les recherches et les interventions en promotion de la santé plus pertinentes, plus significatives et culturellement appropriées (Green et coll., 2001; Sullivan et coll., 2001). Elle met l'accent sur le partage du pouvoir entre les chercheurs et leurs objets/sujets de recherche. Dans la tradition de Freire, la recherche participative fait ressortir la dimension politique liée à la production des connaissances; elle implique une compréhension du rôle de la connaissance dans le pouvoir et le contrôle (Hagey, 1997; Reason, 1994). Elle permet d'aborder des problèmes sociaux qui, de par leur nature, exigent des solutions collectives (Park, 1993).

Pour bien cerner la recherche participative, Green et coll. (1995) proposent une grille d'évaluation composée d'une série de questions à choix multiples permettant de mesurer la profondeur d'un projet en regard des principes de la recherche participative. Le premier bloc de questions concerne la nature générale et l'étendue de l'implication de la communauté prévue au projet; le dernier bloc porte sur l'utilisation et la diffusion des résultats. Dans le même sens, à partir d'une recension d'écrits et sur la base de leur propre expérience, Mason & Boutilier (1996) dressent une liste de sept grands principes caractérisant la recherche participative (voir tableau 1).

**Tableau 1 Principes de la recherche participative d'après Mason & Boutilier (1996)**

1	Le problème a été identifié dans la communauté.
2	La communauté contrôle tout le processus et les chercheurs s'engagent dans le processus de la communauté.
3	Des énoncés clairs et ouverts quant au(x) but(s) poursuivi(s), aux rôles de chacun et au processus précisent le partage du pouvoir.
4	Le pouvoir est réparti entre les participants et participantes ce qui se reflète dans leur rôle.
5	Les chercheurs essaient de transférer des compétences dans la communauté.
6	Les chercheurs qui privilégient la recherche participative travaillent avec des populations opprimées ou défavorisées et contribuent à développer chez elles un point de vue critique face à leurs conditions de vie.
7	La recherche participative vise le développement de connaissances pour le changement social.

Ce survol rapide des approches participatives montrent comment elles sont liées les unes aux autres dans le domaine de la promotion de la santé, mais aussi comment la recherche participative en tant que telle est l'approche qui revêt, dans ses principes, la forme de participation la plus achevée à l'échelle des communautés. Cette caractéristique de la recherche participative fait surgir deux ordres majeurs de préoccupation dans les écrits soit : la confusion entre les processus et les objectifs associée à la recherche participative; et l'application des normes de rigueur scientifique, donc la validité des résultats.

Hagey (1997) explique que le processus et le produit ou la production se confondent dans la recherche participative. Dans la même veine, Boutilier et coll. (1997) soutiennent que ce qui distingue la recherche participative de la recherche traditionnelle tient essentiellement à la spécificité des processus et des résultats attendus. Pour Townsend et coll. (2000), ce sont le pouvoir, la démocratie et le changement social qui sont au cœur de la recherche participative. Ainsi, processus, objectifs et finalités se superposent, s'imbriquent et se fertilisent mutuellement. Le problème à résoudre est d'abord identifié dans la communauté (objet ou sujet de la recherche?); les résultats attendus supposent une nécessaire transformation sociale et l'amélioration des conditions de vie des personnes concernées, lesquelles sont impliquées dans tout le processus (Hall, 1981). En promotion de la santé, la recherche participative tiendrait donc autant de l'intervention communautaire que de la recherche, ce qui peut en dérouter certains.

La question de la rigueur scientifique et de la validité des résultats se pose pour toutes les recherches (et c'est heureux), mais avec une incidence particulière là où la méthode d'expérimentation sort des normes reconnues (Allison & Rootman, 1996). Habituellement, c'est aux chercheurs de garantir cette rigueur en exerçant un contrôle absolu sur les différentes étapes de la recherche. Dans le cas d'une recherche participative, ce contrôle leur échappe, par définition, au sens où le pouvoir décisionnel est partagé. Le processus devenant plus démocratique, il deviendrait moins rigoureux au plan scientifique ce qui induirait des résultats moins valides. Pour Park (1993) et Hagey (1997) la validité d'une recherche participative ne peut être mesurée à la hauteur des normes de représentativité, de généralisabilité et de fiabilité établies en fonction de modes de production de

connaissances empiriques totalement différents. C'est-à-dire ceux où les chercheurs contrôlent entièrement l'expérimentation, comme dans le cas des enquêtes quantitatives avec questionnaires fermés administrés à des échantillons probabilistes. Les normes de rigueur scientifique, et donc ultimement de validité d'une recherche participative devraient plutôt concerner la solidité de ses bases théoriques, la pertinence de ses modes d'analyse et de collecte de données, et son éthique (Allison & Rootman, 1996). Selon Riley et coll. (2001), l'évaluation de la rigueur scientifique des recherches participatives en promotion de la santé devrait même inclure la mesure de la participation des membres de la communauté dans la prise de décision à toutes les étapes du projet.

## **B. Cadres de collaboration avec les communautés**

Dans la présentation des cadres de collaboration mis en place dans la perspective des approches participatives en recherche en promotion de la santé, il importe de différencier ceux qui s'appliquent aux infrastructures de recherche (le plus souvent celles-ci sont rattachées à une université et sont très structurées) des cadres établis à l'échelle d'un projet de recherche unique. Dans le cas des infrastructures, le fonctionnement est soumis à des normes et à des règles de procédure imposées par l'institution hôte plus contraignantes que pour les projets de recherche uniques. L'espace disponible pour négocier un cadre de collaboration avec les communautés n'est donc pas tout à fait le même selon le contexte organisationnel et les enjeux d'une telle négociation n'ont pas la même portée. Tel que mentionné précédemment, le terme cadre de collaboration fait référence ici tant aux structures décisionnelles ou de consultation mises en place, qu'à tout accord (entente de collaboration, protocole, déclaration de principes, code d'éthique, etc.) rédigé pour encadrer la collaboration entre les équipes de recherche et les communautés.

### **1. Dans les infrastructures de recherche**

Les infrastructures de recherche créées en promotion de la santé avec la volonté de susciter la participation des communautés touchent des populations et des problématiques diversifiées. Parmi

les sources documentaires disponibles, cinq expériences d'intérêt sont à signaler au Canada et aux États-Unis en regard des cadres de collaboration développés: le *Centre d'excellence pour la santé des femmes-Consortium Université de Montréal* (CESAF, 1999); le *North York Community Health Promotion Research Unit* (Allison & Rootman, 1996); le *Detroit Community-Academic Urban Research Center* (Lantz et coll., 2001); le *Center for Urban Epidemiologic Studies in New York City* (Freudenberg, 2001); et le *Seattle Partners for Healthy Communities* (Eisinger & Senturia, 2001).

Ces infrastructures ont pour mandat de développer une programmation de recherche, et parfois d'interventions, composée d'un nombre variable de projets avec des organismes représentant les communautés. Des bailleurs de fonds soutiennent et encouragent ces initiatives, par exemple Santé Canada, notamment via le Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes (voir le site Internet de Santé Canada); le ministère ontarien de la santé (Allison & Rootman, 1996); ou encore aux États-Unis différents programmes des *Centers for Disease Control and Prevention* (Freudenberg, 2001; Lantz et coll., 2001; Eisinger & Senturia, 2001).

À l'intérieur de ces structures organisationnelles, la participation de représentants et de représentantes de la communauté s'opère au sein de diverses instances décisionnelles ou consultatives : conseil d'administration, comité de direction, comité aviseur, comité de travail (voir tableau 2). Elle peut également s'exprimer plus près du terrain dans une participation directe à des projets spécifiques. Ces différentes instances réunissent des personnes provenant de la communauté dans un sens très large : des établissements de santé, des autorités en santé publique, des organismes communautaires, des écoles, le personnel de la recherche, etc. Les cadres de collaboration développés se composent essentiellement de règles de régie interne, c'est-à-dire qu'ils s'attachent à définir les rôles, mandats et responsabilités de chacune des instances, décisionnelles ou non (Eisinger & Senturia, 2001; Lantz et coll., 2001; CESAF, 1999). À ces éléments s'ajoutent des déclarations de principes ou l'énoncé de certaines valeurs destinées à guider le travail de collaboration. Par exemple, des dispositions sur le règlement des différends (CESAF, 1999). Ils peuvent aussi contenir des lignes directrices sur la conduite des projets de recherche à proprement parler. Toutes ces infrastructures incluent la participation de représentants et de représentantes de la

communauté dans leur fonctionnement. Cependant, la **recherche participative** comme mode privilégié de production de connaissances n'est retenue explicitement que dans trois cas sur cinq, soit par : le *Detroit Community-Academic Urban Research Center* (Lantz et coll., 2001); le *Center for Urban Epidemiologic Studies in New York City* (Freudenberg, 2001); et le *Seattle Partners for Healthy Communities* (Eisinger & Senturia, 2001). Dans les autres cas, les textes disponibles donnent à croire que la recherche participative est privilégiée sans être exclusive.

Un sixième et dernier cas, sur lequel peu de détails organisationnels sont disponibles, mérite d'être mentionné : le *Oakland Community-Based Public Health Initiative* qui a élaboré, avec son conseil d'administration, un protocole pour la recherche ancrée dans la communauté (Brown & Vega, 1996). Cette infrastructure de recherche située en Californie est reliée au milieu universitaire et au département de santé publique de la région. Le protocole développé est en quelque sorte un guide de discussion invitant les équipes de recherche voulant élaborer un projet à initier un dialogue avec la communauté autour de certains enjeux. Les questions soulevées concernent par exemple : comment le processus de recherche et les résultats seront-ils utiles à la communauté?; comment la communauté sera-t-elle impliquée dans l'analyse des données?; quelles perceptions au sujet de la communauté sont susceptibles d'être créées ou renforcées suite à l'analyse et à la publication des résultats?

Il est difficile de dire dans quelle mesure les cadres de collaboration élaborés au sein de ces infrastructures ont fait l'objet ou non d'une négociation entre les parties. Les écrits donnent peu d'information à ce sujet. Cependant, dans tous les cas, les instances décisionnelles conjointes des infrastructures concernées ont eu à entériner les cadres en question ce qui laisse supposer qu'un espace de négociation était disponible. Dans le cas du *Detroit Community-Academic Urban Research Center*, on signale toutefois que le conseil d'administration a pris dix-huit mois pour mettre en place l'infrastructure, incluant le développement du cadre de collaboration (Lantz et coll., 2001).

Tableau 2 Cadres de collaboration d'infrastructures de recherche

Cas	Instances	Composition	Type d'accord	Contenu
a)	♣ Conseil général ♦ Comité exécutif ♠ 3 comités de travail ♥ Assemblée des membres	Chercheurs et personnes issus des organismes communautaires et du réseau de la santé dans toutes les instances.	Entente de partenariat.	Définition des rôles et mandats de chacune des instances; procédures de règlement des différends; mesures pour faciliter la participation des organismes communautaires.
b)	♣ Comité aviseur communautaire ♦ Comité aviseur de gestion	♣ Pas claire. ♦ Université.	Déclaration de principes.	Attachement à la recherche participative et à ses principes.
c)	♣ Conseil d'administration	♣ Chercheurs et personnes issus des organismes communautaires et du réseau de la santé; autorités en santé publique.	α Règles de procédures pour la tenue des réunions. β Énoncé de mission et objectifs. γ Principes de la recherche ancrée dans la communauté. δ Formation des sous-comités. ε Procédures d'établissement des priorités de recherche	α Non disponible. β Description des mandats et objectifs. γ Sur plusieurs aspects, les principes énoncés rejoignent ceux de la recherche participative (voir Mason & Boutilier, 1996). δ Non disponible. ε Non disponible.
d)	♣ Comité aviseur ♦ Comité de liaison ♠ Groupes de travail	♣ Représentation égale de l'université, de la direction de santé publique et des organismes communautaires. ♦ Université et santé publique seulement. ♠ Tous les milieux.	Non disponible.	Non disponible.
e)	♣ Conseil d'administration	♣ Chercheurs et personnes issus des organismes communautaires et du réseau de la santé; autorités en santé publique.	α Protocole pour la recherche ancrée dans la communauté.	α Contient 5 questions et des sous-questions pour engager un dialogue entre les chercheurs et les organismes communautaires.
f)	♣ Comité aviseur communautaire ♦ Comité aviseur de gestion	♣ Organismes communautaires, établissements de santé, université. ♦ Université seulement.	α Règles de régie interne. β Principes de collaboration avec la communauté. γ Énoncé de mission.	Non disponible.

a) Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF, 1999)

b) Center for Urban Epidemiologic Studies in New York City (Freudenberg, 2001)

c) Detroit Community-Academic Urban Research Center (Lantz et coll., 2001)

d) North York Community Health Promotion Research Unit (Allison &amp; Rootman, 1996)

e) Oakland Community-based Public Health Initiative (Brown &amp; Vega, 1996)

f) Seattle Partners for Healthy Communities (Eisinger &amp; Senturia, 2001)

## **2. Dans des projets de recherche uniques**

Les écrits disponibles offrent peu d'information au sujet des cadres de collaboration développés pour des projets de recherche uniques utilisant des approches participatives avec les communautés. Il est raisonnable de penser qu'ils sont généralement moins formels et moins structurés que ceux des infrastructures, puisque les projets ont une durée de vie en général plus courte que les infrastructures et que l'implication requise de la communauté a des limites plus définies dans l'espace et dans le temps. Cependant, trois expériences ressortent où des cadres de collaboration bien étoffés ont été conçus, dont deux avec des communautés Mohawk, et un avec des communautés ethnoculturelles.

*L'Étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques face au VIH/SIDA* s'est déroulée entre 1992-1996 simultanément dans trois villes : Montréal, Toronto et Vancouver (Adrien et coll., 1996; Willms et coll., 1996a). Au départ, un comité consultatif national réunissant les chercheurs principaux, des personnes actives dans le domaine de la défense des droits, des porte-parole de Santé Canada et des responsables de la santé publique a été créé pour superviser l'ensemble de la recherche. Le comité national a décidé des communautés qui seraient ciblées, puis dans chaque ville, un groupe de recherche régional regroupant les responsables de la recherche pour ce site, des représentants et représentantes d'organismes ethnoculturels et des leaders dans le domaine du VIH/SIDA a été mis sur pied. Des mandats précis ont été élaborés pour bien définir les rôles et responsabilités de chacun, ainsi que des lignes directrices pour encadrer le processus de collaboration. Les membres du comité national et des groupes de recherche régionaux ont adhéré à ces lignes directrices qui comprenaient : le respect des objectifs, des valeurs et des attributions mutuelles; la flexibilité dans la recherche; l'engagement envers la participation communautaire; la garantie d'une sensibilité à la culture dans le déroulement de la recherche; la responsabilité vis-à-vis des communautés et de l'utilité pour elles des recherches entreprises; la responsabilité scientifique et la responsabilité vis-à-vis Santé Canada, le bailleur de fonds. Les auteurs signalent qu'avant de s'engager dans le projet, certains organismes communautaires ont demandé des garanties et des précisions quant aux responsabilités inhérentes à leur implication,

quant à la propriété des données, quant aux effets possibles des résultats sur le renforcement de préjugés à l'endroit de leur communauté, et quant au financement des interventions nécessaires dans leur communauté relativement à la prévention du VIH/SIDA (Adrien et coll., 1996).

Le projet intitulé *Biopsychosocial Well-Being of Akwesasne Residents* s'est déroulé dans la communauté Mohawk d'Akwesasne (Santiago-Rivera et coll., 1998). Le but de l'étude était d'explorer comment l'exposition aux déchets toxiques tels les BPC affecte la santé physique et mentale. Une attention particulière a été portée aux effets de la présence des BPC dans la communauté sur l'identité et les pratiques culturelles et la qualité de vie en général. Le cadre de collaboration mis en œuvre à l'intérieur de ce projet a obéi au protocole d'approbation des projets de recherche du *Akwesasne Task Force on the Environment - Research Advisory Committee* (1996). Tout projet de recherche se déroulant dans la communauté est soumis au respect de ce protocole, sous peine de se voir retirer l'autorisation de procéder accordée par le Conseil de bande. Le respect, l'équité et l'*empowerment* sont les valeurs centrales du protocole. Ainsi, l'équipe de recherche a impliqué la communauté autochtone dans toutes les étapes du projet. Un comité avisé a été mis sur pied avec des membres de la communauté, et le personnel du projet a été embauché sur place, soit trois interviewers et un coordonnateur.

Le *Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project* (KSDPP) est un projet de recherche participative visant à prévenir le diabète chez les élèves des écoles primaires de la communauté Mohawk de Kahnawake (Macaulay et coll., 1999; Macaulay et coll., 1998). Trois groupes de partenaires étaient impliqués : une équipe de recherche de la communauté, une équipe universitaire et un comité avisé de la communauté. À l'intérieur d'un processus de négociation étalé sur une période de huit mois, les partenaires ont développé un cadre de collaboration appelé *Code of Research Ethics* (KSDPP, 1996). Cette démarche ainsi que son produit paraissent tout à fait originaux en regard des écrits disponibles et ce, sur plusieurs plans.

Dans une recension d'écrits concernant les règles éthiques développées un peu partout dans le monde pour protéger les petites communautés des effets indésirables que peut induire la

recherche, Weijer et coll. (1999) retiennent deux cas en Amérique du Nord où les règles produites sont le fruit d'une négociation : il s'agit d'une part du code du KSDPP, et d'autre part des lignes directrices pour l'éthique de la recherche proposées dans le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1993). D'autres cas sont cités en Australie, concernant également les autochtones, et à l'échelle internationale. Il est donc tout à fait singulier qu'un code d'éthique soit élaboré en partenariat à l'occasion d'un projet de recherche dont ce n'est pas l'objet premier.

L'autre particularité concerne le contenu du code d'éthique du KSDPP. Il compte six rubriques : 1) l'énoncé de mission; 2) les principes de la recherche participative; 3) les obligations des équipes de recherche; 4) les obligations de la communauté; 5) la propriété et la conservation des données recueillies; et 6) les activités de communication (de diffusion) relatives au projet y compris les droits d'auteur à reconnaître dans les publications. En ouverture, le document contient des éléments que l'on retrouve dans certains des cadres de collaboration présentés plus haut : énoncé de mission et principes de la recherche participative (Lantz et coll., 2001; Freudenberg, 2001). Ensuite, le code s'articule autour des principes éthiques généralement reconnus par les institutions concernant la recherche impliquant des sujets humains, à savoir : le respect de l'autonomie des personnes, les bienfaits attendus plus élevés que les risques et l'équité (Weijer et coll, 1999; North American Primary Research Group, 1998; Comité des trois Conseils, 1998). La particularité du document au plan éthique est plutôt liée au couplage opéré entre la reconnaissance des droits individuels et la reconnaissance des droits de la collectivité, lesquels sont habituellement négligés dans les codes d'éthique (Weijer et coll., 1999). Par exemple, le code du KSDPP stipule que le consentement des élèves et de leurs parents est requis préalablement à toute collecte d'information auprès d'eux; mais la communauté également doit donner son consentement à la réalisation du projet et l'équipe de recherche s'engage à ne causer aucun préjudice à la communauté. D'autres codes d'éthique font ce couplage entre droits individuels et droits des collectivités (ACUNS, 1997; Akwesasne Task Force on the Environment - Research Advisory Committee, 1996). Or le code produit dans le cadre du projet KSDPP est une application concrète des principes éthiques qu'ils contiennent valorisant la négociation d'accords avec les communautés (Macaulay et coll., 1998).

Il est intéressant de noter que les trois cadres de collaboration présentés ci-haut, lesquels sont les plus structurés de ce que cette recension a permis d'identifier pour les projets de recherche uniques, s'inscrivent dans le contexte de rencontres interculturelles. C'est-à-dire de rencontres entre des chercheurs affiliés à des institutions appartenant à la culture du groupe majoritaire et des communautés appartenant à des groupes culturels minoritaires. Les communautés impliquées dans ces projets connaissent le racisme et la discrimination et sont conscientes des stigmates que peut produire la recherche. Le besoin d'encadrer de manière davantage formelle la collaboration avec le milieu de la recherche est donc moins laissé au hasard.

### **C. Mise en œuvre des approches participatives : recommandations**

Peu d'écrits font état d'une évaluation rigoureuse, s'appuyant sur une collecte de données empiriques, quant aux cadres de collaboration, ou plus largement quant aux relations développées dans le processus des approches participatives entre le milieu de la recherche institutionnelle et les communautés. Parmi les expériences présentées dans la section précédente, trois seulement offrent des données empiriques sur cette question. En revanche, nombre d'auteurs profitent de leurs expériences de recherche pour tirer des leçons et formuler des recommandations visant à améliorer les pratiques.

Le partenariat qui s'est formé autour du *Detroit Community-Academic Urban Research Center*, lequel s'intéresse aux inégalités de santé dans deux quartiers de cette ville du Michigan, a fait l'objet d'une évaluation en profondeur (Lantz et coll., 2001). À partir d'entrevues et de questionnaires auto-administrés, des données ont été recueillies sur une période de quatre ans auprès des membres du conseil d'administration et d'autres personnes concernées issus de la communauté. Les personnes représentant les organismes communautaires ont apprécié les possibilités de réseautage offertes par leur implication dans les activités du centre. De plus, le long processus (dix-huit mois) qu'a demandé l'élaboration du cadre de collaboration et la mise en place de l'infrastructure ressort aussi comme un élément positif du processus, bien que fort exigeant.

Concernant les difficultés rencontrées, les porte-parole des organismes communautaires ont eu l'impression de donner davantage au centre que ce qu'ils en retiraient, considérant que le temps y étant investi n'était plus disponible pour les besoins de leur organisme et de leur communauté. Les organismes recevaient pourtant une compensation financière annuelle en guise de dédommagement, mais cette somme est parue insuffisante en regard de l'implication requise.

Pour évaluer l'implantation du *Center for Urban Epidemiologic Studies in New York City*, des entrevues ont été réalisées avec quatorze personnes impliquées dans le processus (personnel du centre, personnel des organismes partenaires, représentants et représentantes de la communauté) (Freudenberg, 2001). Le centre a pour mission de travailler à la réduction des inégalités de santé dans l'est de Harlem. Les principales difficultés soulignées ont trait à l'établissement du climat de confiance avec la communauté et au partage du pouvoir. Sur la question du partage du pouvoir, on souligne que l'articulation d'un véritable processus de recherche participative entre en conflit avec les exigences des bailleurs de fonds en ce qui a trait au contrôle que les chercheurs doivent exercer sur les projets. Sur la question de la confiance, on note que la communauté de Harlem a souvent été déçue par les institutions de recherche. Par exemple, on remarque que contrairement aux médecins de première ligne dont la présence y fait cruellement défaut, Harlem n'est jamais en pénurie de chercheurs voulant y œuvrer...

Afin de dresser un bilan de l'approche participative utilisée au cours de l'*Étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques face au VIH/SIDA*, l'un des chercheurs principaux a réalisé des entrevues individuelles avec cinq des membres des communautés ethnoculturelles impliqués dans le projet (Willms et coll., 1996b). La principale difficulté qui est ressortie concerne les problèmes de communication. Il faut rappeler que l'étude se déroulait simultanément dans trois villes du Canada et quelle était coordonnée à l'échelle pancanadienne par un comité qui s'est réuni deux fois par année (Adrien et coll., 1996). Du côté des bénéficiaires retirés du projet, des membres ont apprécié avoir eu l'occasion de tisser de nouveaux liens et de pouvoir réfléchir à une question très importante pour leur communauté, la prévention du VIH/SIDA.

À une plus grande échelle, Sullivan et coll. (2001) ont réalisé une importante enquête pour le compte du *Seattle Partners for Healthy Communities* concernant la recherche ancrée dans la communauté. Une quarantaine de personnes ont été interrogées, toutes impliquées à un niveau ou à un autre dans différents projets de recherche touchant la promotion de la santé. On a demandé aux répondants et aux répondantes d'identifier les difficultés rencontrées au cours de leur implication dans un projet et de proposer des solutions face à ces problèmes. Plusieurs éléments sont ressortis qui peuvent être regroupés sous cinq grands thèmes : 1) le rôle et les compétences de l'équipe de recherche; 2) les processus; 3) les communications; 4) les retombées ou bénéfices pour la communauté; et 5) l'après projet.

**Tableau 3 Difficultés et recommandations relatives à la mise en œuvre des approches participatives**

Auteurs	Rôle et compétence de l'équipe de recherche	Processus et communication	Bénéfices et Après projet
Allison et coll. (1996)	Temps et patience, aptitudes pour négocier avec les organismes communautaires.	Respect et confiance. Reconnaissance des différents motifs d'implication.	
Baker et coll. (1999)	Ouverture, accepter que ses pratiques et habitudes soient transformées.		
Brown & Vega (1996)	Temps, bonne volonté, patience.		
Israel et coll. (1998)	Rôle de facilitateur, de catalyseur ou de consultant. Contribue par son expertise mais reconnaît celle des membres de la communauté.	Définir conjointement des normes et des règles de procédure. Identifier des buts et objectifs communs. Construire sur des collaborations antérieures fructueuses avec la communauté.	
Mason & Boutilier (1996)		Tenir compte des différentes perspectives organisationnelles pour pouvoir tisser des relations égalitaires.	
Macaulay et coll. (1998)		Négocier un accord écrit avant d'entreprendre tout projet, couvrant tout le processus y compris un droit de regard et de dissidence sur les publications.	
Schensul et coll. (1999)		Soutenir le processus par des actions concrètes : aide financière, définition des rôles et responsabilités, structure conjointe de suivi du projet, résolution des conflits, réunions régulières.	Planifier et anticiper l'après projet.

Auteurs	Rôle et compétence de l'équipe de recherche	Processus et communication	Bénéfices et Après projet
Sullivan et coll. (2001)	Développer sa compétence culturelle et sa compréhension des communautés.	Impliquer la communauté dans tout le processus y compris dans le développement du protocole et des instruments. Partager le pouvoir et respecter ses engagements. Faire preuve de flexibilité.  Rendre l'information disponible en tout temps. Diffuser les résultats dans la communauté dans une forme adaptée.	Permettre à la communauté de recevoir des bénéfices tangibles de son implication (emplois, financement).  Faire face aux résultats avec la communauté, chercher des solutions.
Townsend et coll. (2000)		Reconnaître que l'organisation sociale du pouvoir crée des inégalités à l'intérieur même du processus de recherche. Ouvrir une discussion franche et ouverte sur cette question.	
Travers (1997)	Dans ce genre de démarche, le chercheur doit être en mesure de troquer son statut d'expert pour celui de facilitateur et d'avocat de la communauté.		
Weijer et coll. (1999)		Négocier des règles éthiques avec des représentants légitimes de la communauté. Former un comité de rédaction conjoint.	

Le tableau 3 donne le détail des solutions envisagées dans le cadre de cette enquête (Sullivan et coll., 2001). Elles sont présentées avec des recommandations provenant d'autres sources. Le tableau 3 illustre l'importance accordée aux processus dans les approches participatives en recherche et souligne la nécessité de clarifier, en collaboration, les rôles, mandats et responsabilités.

## Conclusion

Différentes approches et méthodologies s'intéressent à la participation des communautés dans la recherche en promotion de la santé. Dans la perspective écologique, pour laquelle la santé est le produit d'interactions entre plusieurs déterminants, la participation des communautés serait même essentielle à toute activité touchant la promotion de la santé (recherche, définition de programmes, interventions) (Allison & Rootman, 1996).

La recherche participative qui, dans la tradition de Paulo Freire, s'articule autour de la triade recherche, éducation et action politique, peut être particulièrement utile dans les efforts de promotion/prévention touchant les déterminants sociaux de la santé (Park, 1993). Cependant, la participation des communautés à la recherche en promotion de la santé comporte plusieurs défis que traduisent notamment les différents cadres de collaboration évoqués dans cette recension d'écrits tels : à quel(s) niveau(x) de décision la participation des communautés est-elle possible?; comment partager le pouvoir de décision?; comment s'assurer de retombées des recherches dans les communautés?; comment garantir aux populations marginalisées ou opprimées que les résultats de recherche ne leur causeront pas de préjudices? Que ce soit à l'intérieur d'une infrastructure de recherche ou d'un projet de recherche unique, la réponse à ces questions appelle au développement d'une éthique de la recherche avec les communautés, impliquant une reconnaissance des droits des collectivités en cette matière.

En ce sens, Strauss et coll. (2001) suggèrent la création de comités aviseurs communautaires pour tout projet de recherche afin de mieux protéger les individus et les populations, en construisant une éthique plus près des préoccupations locales et plus sensibles aux spécificités des communautés. Pour leur part, Weijer et coll. (1999) mettent l'accent sur la négociation de règles écrites avec des représentants et représentantes légitimes de la communauté comme moyen de couvrir les valeurs et traditions qui sont propres à chaque communauté. Le problème qui se pose alors est d'identifier qui dans la communauté fait partie du système de représentation légitime (qui peut légitimement la représenter) et comment la diversité de perspectives et de points de vue parfois conflictuels peut s'exprimer et être entendue.

---

**Références**

- ACUNS (1997). Ethical Principles for the Conduct of Research in the North. Sur Internet: <http://www.yukoncollege.yk.ca/~agraham/ethics.htm>
- Adrien, A., Godin, G., Cappon, P., Singer, S. M., Maticka-Tyndale, E. & Willms, D. (1996). Vue d'ensemble sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/SIDA. *Revue canadienne de santé publique*, 87(Suppl. 1) :S4-S10.
- Akwasasne Task Force on the Environment - Research Advisory Committee (1996). Protocol for Review of Environmental and Scientific Research Proposals. Hogansburg : ATFE. Sur Internet : <http://www.slic.com/atfe/Prot.htm>
- Allison, K. R. & Rootman, I. (1996). Scientific Rigor and Community Participation in Health Promotion Research - Are They Compatible? *Health Promotion International*, 11(4) : 333-340.
- Baker, E. A., Homan, S., Schonhoff, R. & Kreuter, M. (1999). Principles of Practice for Academic/Practice/Community Research Partnerships. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(3 Suppl.): 86-93.
- Boutilier, M., Mason, R. & Rootman, I. (1997). Community Action and Reflective Practice in Health Promotion Research. *Health Promotion International*, 12(1) : 69-78.
- Brown, L. & Vega, W. (1996). A Protocol for Community-Based Research. *American Journal of Preventive Medicine*, 12(4 Suppl.) :4-5.
- CESAF (1999). *Entente de partenariat. Version révisée*. Montréal : CSAF.
- Comité des trois Conseils-CRM/CRSNG/CRSH (1998). *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa: CRM, CRSNG, CRSH.
- Eisinger, A. & Senturia, K. (2001). Doing Community-Driven Research: A Description of Seattle Partners for Healthy Communities. *Journal of Urban Health*, 78(3):519-534.
- Flynn, B. C., Ray, D. W. & Rider, M. S. (1994). Empowering Communities – Action Research Through Healthy Cities. *Health Education Quarterly*, 21(3):395-405.
- Freudenberg, N. (2001). Case History of the Center for Urban Epidemiologic Studies in New York City. *Journal of Urban Health*, 78(3) : 508-518.
- Goudreau, J., Duhamel, F. & Beaudoin, C. (1999). Soutenir le système conjugal pendant la période périnatale: Une expérience de recherche participatoire. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 31(3):111-127.

- Green, L., Daniel, M. & Novick, L. (2001). Partnerships and Coalitions for Community-Based Research. *Public Health Reports*, 116(Suppl. 1):20-31.
- Green, L. W., George, M. A., Daniel, M., Frankish, C. J., Herbert, C. P., Bowie, W. R. & O'Neill, M. (1995). *Study of Participatory Research in Health Promotion*. Ottawa : Royal Society of Canada.
- Hagey, R. S. (1997). La recherche participative : utilité et abus. *Maladies chroniques au Canada*, 18(1) :1-5.
- Hall, B. L. (1981). Participatory Research, Popular Knowledge and Power : A Personal Reflection. *Convergence*, XIV(3) : 6-17.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19:173-202.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A. & Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2): 149-170.
- KSDPP (1996). *Code of Research Ethics*. Kahnawake : KSDPP.
- Lantz, P. M., Viruell-Fuentes, E., Israel, B. A., Softley, D. & Guzman, R. (2001). Can Communities and Academia Work Together on Public Health Research? Evaluation Results From a Community-Based Participatory Research Partnership in Detroit. *Journal of Urban Health*, 78(3) : 495-507.
- Macaulay, A. C., Commanda, L. E., Freeman, W. L., Gibson, N., McCabe, M. L., Robbins, C. M. & Twohig, P. L. (1999). Participatory Research Maximises Community and Lay Involvement. *BMJ*, vol. 319, 18 sep. 1999, 774-778.
- Macaulay, A. C., Delormier, T., McComber, A. M., Cross, E. J., Potvin, L., Paradis, G., Kirby, R. L., Saad-Haddad, C. & Desrosiers, S. (1998). Participatory Research with Native Community of Kahnawake Creates Innovative Code of Research Ethics. *Canadian Journal of Public Health*, 89 : 105-108.
- Mason, R. & Boutilier, M. (1996). The Challenge of Genuine Power Sharing in Participatory Research: the Gap Between Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(2): 145-152.
- Murphy, J. W. & Pilotta, J. J. (1987). Research Note: Identifying "at risk" Persons in Community Based Research. *Sociology of Health and Illness*, 9(1): 62-75.

- North American Primary Care Research Group (1998). Responsible Research with Communities : Participatory Research in Primary Care. Sur Internet : <http://www.napcrg.org/rrpolicy.htm>
- Park, P. (1993). What is Participatory Research? A theoretical and Methodological Perspective. Dans P. Park, M. Brydon-Miller, B. Hall & T. Jackson éd., *Voices of Change. Participatory Research in the United States and Canada*. Toronto: The Ontario Institute for Studies in Education.
- Rains, J. W. & Ray, D. W. (1995). Participatory Action Research for Community Health Promotion. *Public Health Nursing*, 12(4) : 256-261.
- Reason, P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln éd., *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Riley, P. L., Jossy, R., Nkinsi, L. & Buhi, L. (2001). The Care-CDC Health Initiative : A Model for Global Participatory Research. *American Journal of Public Health*, 91(10) :1549-1552.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (1993). *Ethical Guidelines for Research*. Ottawa : Royal Commission.
- Santiago-Rivera, A. L., Morse, G. S., Hunt, A. & Lickers, H. (1998). Building a Community-Based Research Partnership – Lessons from the Mohawk Nation of Akwesasne. *Journal of Community Psychology*, 26(2):163-174.
- Secret, M., Jordan, A. & Ford, J. (1999). Empowerment Evaluation As a Social Work Strategy. *Health & Social Work*, 24(2): 120-127.
- Schensul, J. J. (1999). Organizing Community Research Partnerships in the Struggle Against AIDS. *Health Education & Behavior*, 26(2):266-283.
- Strauss, R. P., Sengupta, S., Crouse Quinn, S., Goepfing, J., Spaulding, C., Kegeles, S. M. & Millet, G. (2001). American Journal of Public Health, 91(12) : 1938-1943.
- Sullivan, M., Kone, A., Senturia, K. D., Chrisman, N. J., Ciske, S. J. & Krieger, J. W. (2001). Reasearcher and Reasearched – Community Perspectives : Toward Bridging the Gap. *Health Education & Behavior*, 28(2) : 130-149.
- Townsend, E., Birch, D. E., Langley, J. & Langille, L. (2000). Participatory Research in a Mental Health Clubhouse. *Occupational Therapy Journal of Research*, 20(1) : 18-44.
- Travers, K. D. (1997). Reducing Inequities through Participatory Research and Community Empowerment. *Health Education & Behavior*, 24(3) :344-356.

- 
- Van Dover, L., Walker, R., Tremblay, K., Jones, T., Cameron, R. & Best, A. (1994). Community/Research Partnership for Health Promotion : A Case Study. *Health & Canadian Society*, 2(2) :197-214.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988). Empowerment Education : Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15(4) : 379-394.
- Weijer, C., Goldsand, G. & Emanuel, E. J. (1999). Protecting Communities in Research : Current Guidelines and Limits of Extrapolation. *Nature Genetics*, 23(3) :275-280.
- Willms, D., Singer, S. M., Adrien, A., Godin, G., Maticka-Tyndale, E. & Cappon, P. (1996a). Aspects de l'approche participative adoptée dans la méthodologie de la recherche qualitative menée à la phase II de l'Étude des communautés ethnoculturelles face au sida. *Revue canadienne de santé publique*, 87(Suppl. 1) :S15-S25.
- Willms, D., Bhatia, R., Lowe, J., Niemi, F., Stewart, D. & Westmoreland-Traore, J. (1996b). Cinq conversations : réflexions d'interlocuteurs privilégiés sur l'impact de l'Étude des communautés ethnoculturelles face au sida. *Revue canadienne de santé publique*, 87(Suppl. 1): S49-S53.

---

**ANNEXE 1****Collecte des données**

Le corpus examiné a d'abord été constitué à l'aide des index de périodiques disponibles sur les bases de données :

- *CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health)*;
- *Current Contents* (répertorie les publications scientifiques dans le domaine des arts, des sciences et des sciences sociales);
- *Medline* (production de la Bibliothèque nationale de médecine des États-Unis);
- *Repère* (couvre la plupart des périodiques publiés en français au Québec et quelques-uns en France).

La période couverte s'étend de l'année 1990 au mois de décembre 2001. Sauf de très rares exceptions, les documents retenus ont été publiés en Amérique du Nord. Dans les cas où ils font état de projets de recherche, ces derniers se situent dans ces mêmes limites géographiques.

Dans un deuxième temps, le catalogue des bibliothèques de l'Université de Montréal (base de données ATRIUM) a été consulté.

Afin de cerner la documentation pertinente dans les différentes bases de données, le recours à plusieurs descripteurs ou mots-clés a été nécessaire.

En français :

- éthique et partenariat;
- inégalités de santé;
- recherche-action et santé;
- recherche et partenariat;
- recherche évaluative et communautaire;
- recherche participative;
- santé et recherche et partenariat.

En anglais :

- action research (and community);
- collaborative research and community;
- community-based research (and health);
- ethics and partnership;
- evaluative research (and community);
- participatory research (and health);
- research and partnership (and health) (and community).

Les parenthèses marquant certains descripteurs indiquent que telle combinaison de mots-clés n'a pas été utilisée dans toutes les bases de données. L'ajout de ces descripteurs plus spécifiques a visé à réduire le nombre de références bibliographiques générées par une interrogation plus large. Par exemple, le terme *community-based research* a été utilisé seul pour interroger *Medline*, mais avec le mot *health* pour *Current Contents* afin de mieux circonscrire le corpus à investiguer.

Enfin, pour éviter de limiter la recension aux seuls documents répertoriés dans les bases de données mentionnées ci-haut, une recherche dans quelques sites Internet a été réalisée (voir la liste à l'annexe 2). Cette démarche a permis de repérer des écrits autres que ceux diffusés dans les publications scientifiques.

**ANNEXE 2**

**Sites Internet consultés**

Au Québec

Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine  
Centre de recherche-action sur les relations raciales (CRAR)  
Centre de recherche et d'intervention sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (Cri-Viff)  
Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale  
Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)  
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (ancien CQRS)  
Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé  
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)  
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP)  
Immigration et Métropoles  
Institut canadien d'éducation des adultes  
Institut de la statistique du Québec  
Institut de recherche féministe (IREF)  
Institut national de santé publique  
Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Relais-Femmes  
Université McGill

Ailleurs au Canada

Centre de recherche et de développement international (CRDI)  
Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH)  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)  
Institut canadien de recherche sur les femmes (ICREF)  
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)  
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)  
North York Community Health Promotion Research Unit  
Université Dalhousie  
University of British Columbia  
Santé Canada  
Société royale du Canada - Académie canadienne des sciences, des arts et des lettres

Aux États-Unis

Akwesasne Task Force on the Environment  
Center for Aids Prevention Studies  
Center for Urban Affairs and Policy Research  
Community Research Network  
Critical Care Research Network  
Detroit Community Academic Urban Research Center  
Institute of Action Research for Community Health  
Loka Institute  
National Institute of Environmental Health Sciences  
Participatory Action Research Network  
Rockefeller Foundation  
The Henry J. Kaiser Family Foundation  
The Robert Wood Johnson Foundation  
W.K. Kellogg Foundation

Autre

International Council for Adult Education  
International Women's Health Coalition  
North American Primary Care Research Group