



**Organisateurs communautaires et développement
des communautés**
**Le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale**

Thèse

André-Anne Parent

Doctorat en santé communautaire
Philosophiae Doctor (Ph.D.)

Québec, Canada

© André-Anne Parent, 2014

Résumé

En 2003, les autorités de santé publique du Québec ont publié leur premier programme de santé publique dans lequel une stratégie d'action, « Soutenir le développement des communautés », était inscrite. Afin d'enrichir les connaissances sur la mise en œuvre de la stratégie et de son influence sur la pratique des professionnels interpellés pour l'actualiser, les organisateurs communautaires des centres de santé et de services sociaux, cette thèse avait trois objectifs principaux qui se sont traduits par autant de volets de recherche.

Le premier volet visait à étudier concrètement le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés. Une étude ethnographique a révélé la complexité de l'action, souligné le rôle des facteurs socioculturels et historiques et fait ressortir des éléments à considérer pour la pratique. Elle a également mis en lumière l'importance d'adopter une perspective d'équité en santé.

Le deuxième volet avait pour objectif de décrire comment la pratique des organisateurs communautaires se transforme. L'analyse des rencontres d'un groupe de pratique réflexive a permis de nommer les principaux défis dans l'actualisation de la stratégie : le besoin de clarifier le rôle des organisateurs communautaires; la difficulté à susciter et soutenir la participation citoyenne; et enfin, les difficultés liées à cette fonction en regard du contexte organisationnel.

Enfin, le troisième volet cherchait à identifier les éléments favorables ou non à l'intégration de la stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires et des organisations qui les emploient. En sus des entrevues réalisées dans le cadre de l'étude ethnographique et du groupe de pratique réflexive, des entrevues avec des acteurs-clés ont été réalisées. Les participants ont mentionné que le soutien au développement des communautés amène un changement de paradigme, en faveur de l'équité en santé, qui ne peut se réaliser sans des modifications importantes et sur lesquelles ils ont fourni des informations inédites.

Les résultats indiquent que la stratégie demeure encore à préciser et que sa mise en œuvre pourrait être bonifiée. Un modèle heuristique pour susciter une conversation entre les praticiens des deux principaux champs d'intervention concernés, l'organisation communautaire et la santé publique, est présenté.

Abstract

In 2003, public health authorities of the Province of Quebec, Canada, published their first national public health program in which a strategy known as the “Support for the development of communities” was included. In order to enrich the knowledge on the implementation of the strategy and its influence on the practice of the professionals mandated to update same, community organizers from the local Health and Social Services Centers, this thesis had three main objectives which were investigated through three different research processes.

The first part had for objective to study a community development process. An ethnographic study revealed the complexity of the strategy, underlined the role of the socio-cultural and historic factors and targeted elements to be considered for practice. It also highlighted the importance to adopt a health equity perspective.

The second part aimed at describing how the strategy influenced community organizing practices. The analysis of a reflexive practice group, composed of community organizers, helped identify key challenges related to the strategy: the need to clarify the role of community organizers in community development, the difficulties to stimulate and support citizen participation and finally the difficulties associated with this function within the organizational context of Health and Social Services Centres.

Finally, the third part sought to identify favourable and unfavourable elements to the integration of the strategy in the practice of community organizers and the organizations that employ them. In addition to the interviews realised in the ethnographic study and the reflexive practice group, nine semi-structured interviews with key actors were realised. The participants indicated that the strategy brings a paradigm shift in favour of health equity, which cannot be achieved without important changes to professional and organizational practices.

This thesis has thus contributed to provide new knowledge on the development of communities for the field of public health and the results indicate that it still has to be refined and that its implementation could be improved. In this regard, a heuristic model to generate a conversation between community organizers and public health practitioners, is offered in conclusion.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des figures.....	xi
Remerciements	xiii
Avant-propos.....	xvii
Chapitre 1. La stratégie de soutien au développement des communautés : problématique, état des connaissances et enjeux de recherche	1
1.1 Contexte et problématique de recherche.....	3
1.2 Recension de la littérature. Article 1.....	6
Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec.....	8
Résumé.....	8
1.3 Complément de littérature : l’insertion du développement des communautés dans l’évolution du champ de la santé publique québécoise.....	27
1.3.1 L’avènement de la santé publique au Québec.....	27
1.3.2 Santé publique et organisation du système de santé québécois : l’entrée dans la modernité	29
1.3.3 L’avènement de la promotion de la santé	33
1.3.4 La stratégie de soutien au développement des communautés.....	35
1.4 Questions et objectifs et de recherche.....	37
Chapitre 2. Orientations épistémologiques, théoriques et méthodologiques de la recherche	39
2.1 L’orientation épistémologique de la recherche.....	39
2.2 Orientations théoriques	42
2.3 Orientations méthodologiques : quatre opérations de collecte de données.....	44
2.3.1 Journal de bord.....	45
2.3.2 Étude de cas ethnographique	46
2.3.3 Groupe de pratique réflexive pour les organisateurs communautaires	50
2.3.4 Entrevues semi-dirigées.....	52
2.4 Analyse des données	53
2.5 Stratégies employées pour assurer la rigueur scientifique.....	54
2.6 Considérations éthiques	56
Chapitre 3. Article 2.....	61
Implementing an innovative health promotion strategy: a case study of the “Support for the development of communities” strategy in Quebec, Canada	61

Résumé	62
Chapitre 4. Article 3.....	77
Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion.....	77
Résumé	78
Chapitre 5. Article 4.....	95
Elements pertaining to the reorientation of the health system in Quebec, Canada	95
Résumé	96
Chapitre 6. Discussion et conclusion.....	117
6.1 Contributions à l'avancement des connaissances	119
6.1.1 Quel est le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés, tel que défini dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique?	120
6.1.2 Quels sont les changements suscités par l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires?	123
6.1.3 Quels sont les éléments qui favorisent ou non l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires de CSSS et des organisations qui les emploient?	126
6.2 Retombées potentielles de la recherche sur les interventions professionnelles	129
6.2.1 Positionner le soutien au développement des communautés dans le domaine de la promotion de la santé	130
6.2.2 Ancrer la stratégie dans un processus continu d' <i>empowerment</i>	132
6.2.3 Positionner la stratégie de soutien au développement des communautés dans le cadre de référence et la typologie des pratiques des organisateurs communautaires	136
6.2.4 Utiliser un modèle heuristique pour transcender les pratiques et susciter une conversation	138
6.3 Forces et limites de la thèse	141
6.3.1 Quelques limites de la recherche.....	141
6.3.2 Quelques forces de la recherche.....	142
6.4 Perspectives de recherche future	144
Conclusion.....	145
Bibliographie.....	147

Annexe A. Questionnaire d’entrevue et formulaire de consentement pour les citoyens et les intervenants communautaires associés à la démarche de développement des communautés.....	165
Annexe B. Questionnaire d’entrevue et formulaire de consentement pour l’organisateur communautaire associé à la démarche de développement des communautés	173
Annexe C. Questionnaire d’entrevue et formulaire de consentement pour les acteurs-clés du quartier	181
Annexe D. Grille utilisée lors des rencontres du groupe de pratique réflexive et formulaire de consentement pour les participants aux rencontres du groupe.....	189
Annexe E. Questionnaire d’entrevue et formulaire de consentement pour les acteurs-clés locaux, régionaux et provinciaux	197
Annexe F. Typologie des pratiques en organisation communautaire.....	203

Liste des figures

Figure 1.	Convergence entre la santé publique et le système de soins	32
Figure 2.	La logique d'un projet de recherche inductif.....	43
Figure 3.	Degré approximatif de « vrai » développement communautaire selon les actions entreprises dans un milieu	131
Figure 4.	Modèle des composantes critiques de l' <i>empowerment</i> communautaire et le processus par lequel elles peuvent être atteintes.....	134
Figure 5.	Un cadre de planification pour l'intégration de l' <i>empowerment</i> communautaire dans les programmes de promotion de la santé	135
Figure 6.	Modèle heuristique proposé par la recherche.....	140

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les membres de mon comité de thèse. Je remercie tout particulièrement mon directeur de thèse, Michel O'Neill, pour son engagement indéfectible à mon égard. Malgré son départ à la retraite en 2011, il a poursuivi le travail auprès de moi jusqu'à la fin du projet. Il a su être généreux de son temps, de ses commentaires, de ses critiques et surtout, de ses encouragements. Je me souviendrai longtemps de ses conseils. Je remercie également Paule Simard, ma codirectrice, et mentor du programme 4P pendant deux ans, qui a su m'accueillir à l'INSPQ et m'intégrer dans divers projets afin que je puisse développer mes compétences et découvrir de nouveaux lieux de recherche. Enfin, je remercie Bernard Roy qui, par ses lunettes d'anthropologue, m'a amenée à poser un regard différent sur mes objets de recherche. Chacun des membres du comité a contribué, à sa façon, à rendre ce projet meilleur.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à ce projet, à commencer par les citoyens de Stadacona qui m'ont accueillie à bras ouverts dans leurs rencontres et leurs activités, même si mon projet était encore peu défini au moment où je les ai rencontrés pour la première fois. Je retiens de ces activités de nombreuses leçons d'humilité. Je remercie également les intervenants du milieu et les acteurs-clés qui ont généreusement donné de leur temps pour me rencontrer. En outre, je remercie les acteurs-clés des paliers local, régional et provincial qui ont accepté de me livrer leur expérience et leur point de vue. Ces personnes me sont aujourd'hui une source d'inspiration, car elles ont su aller à contre-courant et proposer des façons différentes de faire.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes collègues organisateurs communautaires du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale qui m'ont encouragée tout au long de ces cinq années et qui ont cru au potentiel de mes activités de recherche. J'aimerais souligner en particulier la collaboration de Colette Lavoie dans son rôle de coordonnatrice de l'organisation communautaire et la participation de Manon Roy, qui a fait, selon ses dires, « un doctorat par procuration ». Enfin, j'aimerais remercier les membres de la direction et le personnel du CSSS de la Vieille-Capitale et de son centre de recherche pour

leur soutien financier et leur disponibilité ainsi que la Fondation du CSSS de la Vieille-Capitale pour son soutien financier.

J'aimerais souligner la contribution du programme de formation 4P à mon aventure doctorale et tout particulièrement, le dévouement de Gilles Paradis et d'Anne-Marie Hamelin. Ce programme m'a apporté, en sus d'une généreuse bourse de formation, de nombreuses relations qui, je l'espère, me suivront longtemps. Il m'a également permis de découvrir les multiples facettes de la recherche en santé publique au Québec et ailleurs. L'apport de ce programme à mon développement académique et professionnel est inestimable.

Merci à la Faculté des sciences infirmières et surtout, aux professeurs passionnés qui m'ont enseigné. Le soutien de la Faculté, qui s'est concrétisé à travers les années de diverses façons, notamment le soutien administratif et les bourses de formation, est précieux. Je remercie également Louise Hamelin-Brabant pour son travail lors de la prélecture de la thèse et tous les étudiants que j'ai côtoyés pour les échanges fructueux et les conseils avisés. J'aimerais aussi mentionner le rôle qu'ont pu jouer dans l'évolution de ma pensée les différentes organisations ou groupes avec qui j'ai été en contact à travers des projets communs réalisés durant mon doctorat, en particulier l'équipe de recherche sur le mouvement Villes en transition, l'équipe du *Centre for Environmental Health Equity*, et la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

J'aimerais remercier mon entourage et ma famille, quoique je ne sois pas certaine qu'ils saisissent bien l'ampleur de leur soutien, tout au long du parcours. C'est difficile de comprendre les hauts et les bas d'un doctorat, qui varient au gré des évaluations reçues, des décisions de comités, des démarches infructueuses et des petits succès. Merci à tous ceux qui m'ont écoutée discourir sur mes préoccupations, qui ont célébré avec moi certains moments clés, qui m'ont accompagnée dans mes démarches et révisé certaines sections de la présente thèse. Je vous suis reconnaissante et j'espère avoir la chance d'être à vos côtés lorsque vous aurez vos propres hauts et bas.

Enfin, j'aimerais remercier chaleureusement mon conjoint, Michel Mercier, sans qui ce projet n'aurait pas existé. Il m'a encouragée à le commencer et a su m'appuyer, de différentes façons, tout au long du parcours. Il va sans dire que cet homme n'a pas froid aux yeux! Enfin, j'aimerais mentionner le rôle que nos enfants ont pu jouer. Leila, Maïté et Félix, je vous remercie d'avoir été aussi conciliants et passionnés. Je me souviendrai longtemps des sessions de *cheerleading* qui avaient pour but de m'encourager et j'espère que ce projet aura allumé chez vous une étincelle et suscité une soif d'apprendre.

Avant-propos

Cette thèse constitue l'achèvement de mes études doctorales, entreprises en 2008 sous la direction d'un comité de trois personnes dont les rôles ont évolué dans le temps : les professeurs Bernard Roy, Paule Simard et Michel O'Neill. Dès les débuts, la décision de réaliser une thèse par articles a été prise et l'organisation des trois volets qui la constituent s'est faite en conséquence. Comme requis par les règles de l'Université Laval et celles du programme de doctorat en santé communautaire dans le cas d'une thèse de ce type, cet avant-propos présente donc comment chacun des quatre articles est inclus dans la thèse, qui contient six chapitres, de même que les lieux de diffusion des résultats de la thèse à ce jour et ceux à venir.

Le premier article intitulé « *Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec* » a été inséré dans le premier chapitre où l'on retrouve la problématique du projet, une recension de la littérature pertinente de même que les questions et objectifs du projet dont la thèse rend compte. Il y retrace l'essentiel de la littérature sur le sujet et fournit le contexte historique permettant de contextualiser les enjeux qui se posent en ce qui a trait à la mise en place de la stratégie de soutien au développement des communautés dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec, l'objet de la présente thèse. Il a été accepté pour publication par la *Revue de l'Université Moncton*, dans le cadre d'un numéro spécial sur la santé et le bien-être, et sera publié à l'hiver 2014.

Le second article, qui constitue le chapitre 3, s'intitule « *Implementing an innovative health promotion strategy: a case study of the "Support for the development of communities" strategy in Quebec, Canada* ». Il présente les résultats du premier volet de la recherche réalisée, soit l'étude ethnographique d'une démarche de développement des communautés dans un quartier du centre-ville de Québec : Stadacona. Il a été soumis à la revue *Health Promotion Practice* en septembre 2013 et n'a malheureusement pas été retenu pour publication. Dans la présente thèse se trouve une version retravaillée à partir des commentaires reçus des réviseurs et qui sera soumise à une nouvelle revue au cours de l'hiver 2014.

Le chapitre 4 est constitué pour sa part du troisième article qui a pour titre « *Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion* ». Il a été soumis en 2012 et accepté pour publication dans la revue *Nouvelles pratiques sociales* où il paraîtra en février 2014. Il présente les résultats du deuxième volet de la recherche : le point de vue d'organiseurs communautaires sur la mise en œuvre de la stratégie de soutien au développement des communautés à partir du travail d'un groupe de pratique réflexive tenu au CSSS de la Vieille-Capitale.

Enfin, le quatrième article est présenté au chapitre 5. On y retrouve les résultats du troisième volet de la recherche, réalisé à partir d'entrevues auprès d'informateurs clés afin de documenter les facteurs qui, dans l'environnement québécois, ont facilité ou ralenti la mise en œuvre de la stratégie du soutien au développement des communautés. Il a pour titre « *Elements pertaining to the reorientation of the health system in Quebec, Canada* » et a été soumis en janvier 2014 à la revue *Health Promotion International*. Au moment du dépôt initial de la thèse, aucune décision n'avait encore été rendue à son propos par la revue.

Je suis première auteure de tous les articles insérés dans la thèse. À ce titre, j'ai réalisé toutes les étapes de production des articles et soumis des versions initiales des manuscrits aux différents coauteurs impliqués dans chacun. En ce qui a trait au deuxième et troisième article, les coauteurs ont également participé au processus d'analyse des données et de planification de l'article. Les membres du comité de thèse ont supervisé l'ensemble de ces étapes et révisé tous les articles.

La diffusion des résultats de cette thèse a également eu lieu lors de diverses conférences scientifiques, sous la forme de communications orales, de vidéo ou d'affiches. Sur la scène internationale, en ce qui concerne les présentations évaluées par un comité de pairs, des résultats de cette recherche seront présentés à la Conférence internationale de santé urbaine de Manchester au Royaume-Uni en mars 2014 et d'autres l'ont été à la 21^e Conférence mondiale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé tenue à Pattaya en Thaïlande au mois d'août 2013, de même que lors de la 12^e Conférence

internationale sur les Évaluations d'impact sur la santé qui a eu lieu à Québec au mois d'août 2012. Sur les scènes scientifiques canadienne et québécoise, une communication orale a été réalisée lors de la Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, à Ottawa en juin 2013, et divers volets du projet ont été présentés sous forme d'affiche aux 16e Journées annuelles de santé publique à Montréal au mois de novembre 2012, aux premières Journées scientifiques de l'Association des étudiants de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, en avril 2013, ainsi qu'au 81^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) à Québec, en mai 2013.

Plusieurs présentations ont également été réalisées auprès de groupes et de personnes intéressés, à l'extérieur des milieux académiques ou scientifiques. Tout d'abord, nous avons fait deux présentations dans le quartier Stadacona au cours de l'année 2013, de manière à ce que les résultats puissent être utilisés par les membres de la communauté. Nous avons aussi présenté des résultats au comité des organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale qui avait lui aussi contribué à la recherche. Une présentation pour un public plus large, dans le cadre des midis-rencontres du centre de recherche du CSSS, est prévue à l'automne 2014. Une présentation de résultats préliminaires a eu lieu au XIII^e Colloque biennal du Regroupement québécois des intervenants en action communautaire à Montréal en 2012 et une présentation des résultats finaux aura lieu lors du prochain colloque de ce regroupement en 2014.

Chapitre 1. La stratégie de soutien au développement des communautés : problématique, état des connaissances et enjeux de recherche

Cette recherche s'inscrit dans le volet promotion de la santé du programme de doctorat en santé communautaire, offert conjointement par la Faculté des Sciences infirmières et le Département de Médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Ce premier chapitre de la thèse vise à clarifier les principaux éléments du contexte scientifique et professionnel et à indiquer de quelle manière ils contribuent à l'objet d'étude : le rapport entre les organisateurs communautaires de Centres de services sociaux et de santé (CSSS) et la stratégie de soutien au développement des communautés proposée depuis quelques années par les autorités québécoises de santé publique. Après avoir indiqué la manière dont la santé communautaire, le domaine du savoir où s'inscrit la présente thèse, est définie, le chapitre est présenté en quatre parties. Dans un premier temps, le problème sur lequel la thèse a choisi de se pencher est énoncé et l'importance de s'y attarder exposée. Dans un second temps, à l'aide du premier article rédigé dans le cadre de cette thèse, un tour d'horizon de la littérature sur le sujet est fait. Cette analyse de la littérature est approfondie dans une troisième section du chapitre qui se conclut par les questions de recherche et les objectifs sur lesquels ce projet de thèse s'est penché.

L'Université Laval définit la santé communautaire comme « un domaine de pratique et de recherche dont l'objet concerne les interventions qui portent sur les déterminants de la santé. L'intervention se définit comme un ensemble d'activités volontaires, exercées individuellement ou collectivement, qui visent des résultats concrets pouvant s'exprimer en termes de maintien et d'amélioration de la santé des populations » (Université Laval, 2010). La santé communautaire est présente au Québec depuis le début des années 1970. Elle a émergé des structures de santé publique de l'époque, afin d'intégrer les notions de préventif et de curatif et de favoriser la participation populaire dans la planification et l'organisation des services (Conill et O'Neill, 1984). Quoique certains lui aient accordé des valeurs de changement et de promotion de la santé (Rochon, 1977), la santé communautaire est avant

tout un mode d'organisation des services de santé d'un pays, en plus d'en être une portion spécialisée (Conill et O'Neill, 1984). Souvent confondue avec la santé publique, qui partage ses objectifs de maintien et d'amélioration de la santé des populations, il se dégage de la santé communautaire une aura de valeurs communautaires - *grass-roots* - (Baisch, 2009; Jourdan et al., 2012) qui la distingue des aspects plus technocratiques et administratifs de la santé publique (Fassin, 2000). Au Québec, le terme santé publique a toutefois graduellement remplacé le terme santé communautaire (Colin, 2004).

La santé publique se définit aujourd'hui comme un effort organisé de la société pour protéger, promouvoir et restaurer la santé d'une population (Tricco et al., 2008), en appliquant des connaissances scientifiques et techniques (Colin, 2004). C'est donc en adoptant une définition large, qui intègre tant des notions datant de l'hygiène publique que la théorie microbienne des maladies, la lutte aux maladies infectieuses et les approches propres à la santé communautaire, que la santé publique se définit comme un champ, dont les frontières demeurent infinies et floues (Fassin, 2000; Lévesque et Bergeron, 2003). Devant sans cesse se définir par rapport à son objet d'étude, allant des maladies infectieuses aux maladies chroniques, son caractère sociopolitique est incontournable (Colin, 2004). Dans le cadre de cette thèse, nous utiliserons le terme santé publique dans cette perspective et ne le distinguerons pas de la santé communautaire.

1.1 Contexte et problématique de recherche

Au moment de commencer cette thèse en 2008, les documents officiels de santé publique faisaient la promotion de la stratégie de soutien au développement des communautés depuis quelques années. Suite à la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 (MSSS, 1992), qui mettait de l'avant le soutien aux milieux de vie et l'amélioration des conditions de vie, et aux *Priorités nationales de santé publique* de 1997-2002 (MSSS, 1997) qui identifiaient quatre principes directeurs, dont « s'engager davantage auprès des communautés », deux documents qui ont inscrit le soutien au développement des communautés comme stratégie de santé publique ont fait école. Le premier, produit par l'Institut national de santé publique en 2002, s'intitule *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* (Leroux et Ninacs, 2002). Décliné en plusieurs documents synthèses, il est communément utilisé comme cadre de référence dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le deuxième document, le *Programme national de santé publique* (PNSP) (MSSS, 2008) de 2003 et mis à jour en 2008, a contribué à inscrire officiellement la stratégie dans les organisations de santé publique et à la positionner comme un moyen prometteur pour améliorer la santé de la population.

Malgré la parution de ces documents fondateurs, notre expérience à titre d'organisatrice communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux nous permettait de faire le constat que cette stratégie de soutien était encore peu ou mal connue, tant dans les milieux de santé publique que dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Quoique le PNSP confie des responsabilités spécifiques aux paliers local, régional et national à l'égard du développement des communautés, nous constatons que de nombreux organisateurs communautaires, concernés au premier chef par la mise en œuvre de la stratégie, s'interrogeaient sur le rôle des instances de santé publique dans le développement des communautés. Dans ce contexte, ils demandaient à être plus outillés, à avoir des lieux de réflexion, à diversifier leurs approches de travail, à se rapprocher des citoyens et à décloisonner leurs interventions.

En outre, les réformes des dernières décennies du système de santé et de services sociaux sont venues modifier les pratiques des organisateurs communautaires de multiples façons. Ils offrent désormais un soutien au fonctionnement des groupes communautaires plutôt qu'aux citoyens eux-mêmes, assument davantage de dossiers à caractère sociosanitaire axés sur les saines habitudes de vie et animent des concertations ciblées par des institutions ou des bailleurs de fonds plutôt que la communauté. L'évolution de la santé publique vers le développement des communautés confronte ainsi le travail des organisateurs communautaires qui ont à arrimer leur pratique avec de nombreux impératifs (Comeau et al., 2008).

Telle que présentée dans les documents du champ de la santé publique québécoise, la stratégie de soutien au développement des communautés propose des principes d'intervention qui ont le potentiel de modifier la pratique des organisateurs communautaires de CSSS, mais jusqu'à maintenant, le milieu académique associé à la santé publique ainsi que les instances de santé publique elles-mêmes ne semblent pas s'être penchés sur cet enjeu. Cependant, la littérature en organisation communautaire en mentionne quant à elle plusieurs, dont la formation de base des organisateurs communautaires au regard du soutien au développement des communautés tel qu'il est proposé par la santé publique, leurs possibilités de formation continue, les ressources allouées à l'actualisation de la stratégie, l'arrimage entre les services dans les communautés et l'objectif même poursuivi par le soutien au développement des communautés (Bourque et Favreau, 2003; Caillouette et al., 2009; Comeau, 2009; Lachapelle et al., 2010; Parent et al., 2012; RQIIAC, 2010). Comme les organisateurs communautaires des CSSS sont considérés comme un des principaux acteurs du développement des communautés au Québec, il semblait donc important de documenter ces enjeux.

En fait, la stratégie de soutien au développement des communautés telle que présentée dans les documents de santé publique demeure peu étudiée, tous champs d'intervention confondus et, selon Côté, « peu de choses sont encore connues des expérimentations sociales menées en son nom et de leurs effets » (2009, p. 16). Quelques recherches sur des expériences qui se réclament d'une approche de développement des communautés (sans

utiliser nécessairement la définition et les principes du cadre de référence de l'INSPQ) ont été réalisées, principalement sous la forme d'études de cas, et nous informent sur la mise en place de projets dans certains milieux (Caillouette et al., 2009; Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009). D'autres travaux ont étudié le développement des communautés à partir de la perspective de la participation citoyenne ou des acteurs locaux (Lachapelle et al., 2010; Côté, 2009; Lachapelle et al., 2009; Mercier et al., 2009).

Le soutien au développement des communautés en tant que stratégie de santé publique est en émergence. Plusieurs éléments le caractérisent et en font une stratégie novatrice : son orientation territoriale; l'accent placé sur la participation des citoyens et leur *empowerment*; la lecture sanitaire des inégalités sociales qu'il commande; la prise en compte des politiques publiques favorables à la santé et finalement, le caractère intersectoriel dont il est porteur. Ces éléments sont associés à la promotion de la santé et sont généralement connus des praticiens de santé publique. Mais la promotion de la santé, tant du point de vue de son vocabulaire que de ses approches, n'est pas un domaine pour lequel les organisateurs communautaires, qui proviennent majoritairement du travail social, ont été formés. On peut donc s'attendre à des changements de pratique de leur part.

Comme le PNSP considère que la stratégie de soutien au développement des communautés a un potentiel important d'amélioration de la santé de la population, il semble essentiel de documenter son actualisation. Tel que nous l'avons mentionné, peu de recherches ont porté sur le soutien au développement des communautés et la stratégie n'a pas encore été abordée, à notre connaissance, sous l'angle des changements qu'elle suscite dans la pratique des organisateurs communautaires. Afin de mieux comprendre le déploiement de la stratégie, nous proposons donc de documenter son actualisation par les organisateurs communautaires de CSSS et d'examiner leur pratique.

Dans les deux prochaines sections, nous ferons état des connaissances quant à la mise en place de la stratégie de soutien au développement des communautés et à la manière dont elle interpelle les deux domaines principalement concernés, l'organisation communautaire et la santé publique.

1.2 Recension de la littérature. Article 1

Cette section présente l'article intitulé « *Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec* ». Il a été rédigé dans le cadre d'un appel d'articles de la Revue de l'Université Moncton pour un numéro spécial sur la santé et le bien-être. Il fait un premier tour d'horizon de la littérature pertinente sur la santé publique et l'organisation communautaire au Québec en lien avec la stratégie de soutien au développement des communautés. Il présente également les principaux enjeux posés par la mise en relation de ces champs d'intervention autour du soutien au développement des communautés et propose quelques pistes d'action possibles. Ces pistes d'action sont issues des constats tirés de la littérature recensée et de notre propre expérience de travail au début de la recherche. Elles sont incluses dans l'article pour susciter le débat dans le cadre du numéro spécial et ne proviennent pas du travail empirique réalisé par la suite dans le cadre du projet. Elles ont néanmoins été laissées ici, car elles apparaîtront dans l'article lors de sa publication.

Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec

Auteurs : André-Anne Parent, Michel O'Neill, Bernard Roy et Paule Simard

Sous presse dans la *Revue de l'Université de Moncton*

Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec

Résumé

Le développement des communautés a pris un essor important au Québec depuis qu'il a été inscrit comme stratégie transversale dans le Programme national de santé publique en 2003. Reconnue comme une stratégie de promotion de la santé et soutenue par l'action communautaire, la mise en place d'une démarche de développement des communautés suppose toutefois un changement de paradigme de la part de divers acteurs professionnels. En effet, agir dans ce domaine amène deux champs d'intervention à se modifier : la santé publique et l'organisation communautaire. Dans ce texte, nous retraçons l'histoire de ces champs depuis les années 1970 et nous montrons de quelle façon le développement des communautés les incite aujourd'hui à travailler ensemble. Nous dégageons également les principaux points de convergence et de divergence qui sous-tendent les pratiques liées au développement des communautés de ces deux champs professionnels.

Mots-clés : Développement des communautés, Québec, santé publique, organisation communautaire, promotion de la santé, inégalités sociales de santé.

Auteurs :

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate). Étudiante au doctorat en santé communautaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et stagiaire du Programme de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions de santé publique 4P.

880, Père-Marquette, 3^e étage
Québec (Québec), CANADA
G1S 2A4
Tél. : +1-(418) 681-8787-3865
andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Michel O'Neill, Ph.D. Professeur émérite à l'Université Laval et professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

1050, rue de la Médecine,
Pavillon Ferdinand-Vandry, CIFSS, bureau 3435
Université Laval, Québec (Québec) CANADA
G1V 0A6
Tél. : +1-(418)-656-3356; télécopieur : +1-(418)-656-7747
michel.oneill@fsi.ulaval.ca

Bernard Roy, Ph.D. Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

1050, rue de la Médecine,
Pavillon Ferdinand-Vandry, bureau 3467
Université Laval, Québec (Québec) CANADA
G1V 0A6
Tél. : +1-(418)-656-2131-2633; télécopieur : +1-(418)-656-7747

Paule Simard, Ph.D. Chercheure à l'Institut national de santé publique du Québec, professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et directrice du Centre collaborateur de l'OMS pour le développement des Villes en santé.

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe

Québec (Québec), CANADA

G1V 5B3

Tél. : +1-(418) 650-5115 poste 5515

paule.simard@inspq.qc.ca

Correspondance :

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate)

880, Père-Marquette, 3^e étage

Québec (Québec), CANADA

Canada

G1S 2A4

Tél. : +1-(418)-681-8787-3865

andre-anne.parent.1@ulaval.ca

La Loi québécoise de la santé publique prévoit l'élaboration d'un Programme national de santé publique (PNSP). Ce programme détermine des objectifs et des cibles d'action prioritaires et identifie les interventions favorables à la santé à déployer par les institutions de santé publique, en lien avec divers types de partenaires à l'intérieur et l'extérieur du réseau des établissements de santé (Massé et Morisset, 2008). Il identifie également des stratégies d'action transversales pour améliorer la santé de la population, dont le soutien au développement des communautés (MSSS, 2008). Le développement des communautés est qualifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de stratégie « prometteuse » qui permet au réseau de la santé et des services sociaux d'« accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable » (MSSS, 2008, p. 62).

Le PNSP définit le développement des communautés comme :

Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental (MSSS, 2008, p. 61).

Un document produit par l'Institut national de santé publique (Leroux et Ninacs, 2002) sur la contribution de la santé publique au développement des communautés balise le processus à suivre en identifiant cinq principes d'intervention incontournables : participation citoyenne, *empowerment*, action intersectorielle, lutte à la pauvreté et réduction des inégalités et, enfin, harmonisation et promotion de politiques publiques favorables à la santé. Ce document est généralement utilisé comme cadre de référence en développement des communautés dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. En reprenant ces principes et en affirmant que le processus de développement des communautés est soutenu par l'action communautaire, le MSSS positionne ainsi les organisateurs communautaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui ont intégré les anciens Centres locaux de services communautaires (CLSC), comme des acteurs clés de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations au Québec (Bourque, 2008; Bourque et Lachapelle, 2010; Lachapelle et al., 2010; RQIIAC, 2010).

Or, l'intégration dans les CSSS du Québec du développement des communautés, tel que défini par les instances de santé publique, demeure à ce jour peu étudiée et nous ne savons que peu de choses sur les processus de mise en place de cette approche dans ces organisations (Côté, 2009). Si le développement des communautés fait largement écho aux pratiques classiques du développement communautaire telles que déployées depuis des décennies par les organisateurs communautaires de CSSS, il force néanmoins le passage d'une vision plus sociale, articulée autour de la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie, vers un discours plus sanitaire, axé sur la réduction des inégalités sociales de santé (Bernier, 2006; Raynault et Loncle, 2006). Ce passage oblige les organisateurs communautaires, particulièrement les plus jeunes d'entre eux, à intégrer de nouveaux principes et de nouvelles façons de réaliser leur travail. Il oblige également les professionnels et gestionnaires de santé publique à adopter et promouvoir une pratique qui évolue en dehors de leurs schèmes paradigmatiques habituels (Bernier, 2006). Cet article vise à illustrer les points de convergences et de divergences de deux champs d'intervention dont les fondements diffèrent considérablement, en vue d'en dégager des pistes de réflexion, de faciliter une éventuelle transformation des pratiques et ultimement, d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

La santé publique

L'objectif de la santé publique est de protéger, promouvoir et restaurer la santé d'une population (Tricco et al., 2008), en appliquant des connaissances scientifiques et techniques (Colin, 2004). L'évolution de la santé publique québécoise « s'est faite en maintenant la dimension communautaire (participation de la population, évolution vers la promotion de la santé puis du bien-être) » (Colin, 2004, p. 187). En adoptant une définition large, qui intègre tant les notions datant de l'hygiène publique du XIX^e siècle que la théorie microbienne des maladies, la lutte aux maladies infectieuses et les approches de promotion de la santé, la santé publique est aujourd'hui un champ dont les frontières demeurent floues (Fassin, 2000; Lévesque et Bergeron, 2003), devant sans cesse se définir par rapport à son objet d'étude et d'intervention et dont le caractère est aussi social que sanitaire.

Selon le MSSS du Québec, inspiré par les travaux de l'Organisation mondiale de la santé, la santé publique se définit selon quatre grandes fonctions : surveillance continue de l'état de santé de la population; prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes; protection de la santé et promotion de la santé et du bien-être (Fournier, 2003). La stratégie de développement des communautés est le plus souvent identifiée à la fonction de promotion de la santé et du bien-être (Côté, 2009). Pour mieux comprendre cette inscription, il semble opportun de commencer par définir et situer le champ de la promotion de la santé au Québec.

La promotion de la santé

Les interventions en promotion de la santé, qui réfèrent selon la Charte d'Ottawa à « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986), ont pour origine une compréhension approfondie des multiples déterminants de la santé (Colin, 2004). En intervenant au-delà des mesures préventives, qui visent essentiellement les facteurs de risque et de vulnérabilité à la maladie auprès de populations réputées à risque, la promotion de la santé réfère à un certain nombre de principes : *empowerment*, participation, approche holistique ou écologique, intersectorialité et multidisciplinarité (Neiman et Hall, 2007). En outre, la promotion de la santé s'attarde aux déterminants sociaux de la santé et cherche à comprendre la distribution des inégalités sociales dans la production de la santé (Abel, 2007).

Face à la croissance des inégalités sociales de santé et à leurs effets sur la santé des populations (Raphael, 2010; Wilkinson et Pickett, 2010), ainsi qu'à la présence grandissante de maladies chroniques, dites de civilisation, la promotion de la santé met de l'avant des stratégies qui font fréquemment appel à des processus d'*empowerment* des individus et des communautés (Wallerstein, 1992) ainsi qu'à des pratiques de conscientisation (Minkler et Wallerstein, 2008). Selon certains auteurs (Hyppolite et O'Neill, 2003; O'Neill et Stirling, 2006; Ridde et al., 2007a; Wallerstein, 1992), l'*empowerment* est un aspect essentiel de la promotion de la santé, voire même un aspect

distinctif par rapport aux autres fonctions de la santé publique (Ridde et al., 2007), qui en ferait un critère pour déterminer si une initiative est ou non de l'ordre de la promotion de la santé (Rootman et O'Neill, 2012).

Les processus d'*empowerment* appellent au changement, en faveur de la santé et du bien-être des populations. La Charte d'Ottawa, document fondateur de la promotion de la santé en 1986, rappelle aussi ce processus de changement et affirme que la transformation de l'environnement est tout aussi importante que l'éducation des individus à une meilleure santé (OMS, 1986). Une définition de la promotion de la santé par des auteurs québécois y fait écho : « Le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégies individuelles et environnementales » (O'Neill et Stirling, 2006). À cet effet, l'expression consacrée de Nancy Milio en inspire plus d'un : « Que le choix le plus sain devienne le choix le plus simple » (O'Neill et al., 2006).

Le champ de la promotion de la santé est donc, avant tout, un champ d'intervention. S'il n'y a pas de théorie unificatrice qui sous-tend ce champ, nous assistons toutefois à une expansion des connaissances utiles à sa pratique. En portant son regard sur la création de la santé et non sur l'analyse des problèmes de santé (Potvin et Mc Queen, 2007), la promotion de la santé s'inspire notamment de théories issues des sciences sociales (Mc Queen et Kickbush, 2007; Potvin et Balbo, 2007). Ces théories permettent de faire état de la complexité des milieux dans lesquels les interventions ont lieu (Mc Queen, 2007; Potvin et Mc Queen, 2007). Cet apport théorique permet d'analyser une situation bien au-delà de son aspect biomédical pour inclure l'action des facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui forment la santé (Abel, 2007; Hancock et al., 1999). Cette nouvelle compréhension, de nature multidisciplinaire, s'enrichit des savoirs « populaires », puisés à la source des personnes visées par les activités de promotion (Potvin et Mc Queen, 2007). Dans une approche collective, la participation de ces personnes assure l'appropriation du développement des communautés par la population et permet à cette dernière de « régler les problèmes qu'elle estime les plus importants en appliquant les solutions qu'elle juge les mieux adaptées » (Bourque et Favreau, 2003, p. 299). Or, certains considèrent que cette

participation serait également la pierre angulaire de la lutte aux inégalités sociales de santé (Navarro, 2009; Potvin, 2007).

Inspirés par les théories sociales, Dozon et Fassin (2001) ainsi que Côté (2009) considèrent que nous assistons aujourd'hui à une lecture sanitaire de préoccupations avant tout sociales et politiques, révélant ainsi les enjeux modernes de la santé publique. La traduction en termes épidémiologiques des déterminants sociaux de la santé aurait contribué à la reconnaissance du rôle des inégalités sociales dans l'état de santé des populations (Pelchat, Gagnon et Thomassin, 2006). En conséquence, le revenu et sa distribution par les sociétés sont désormais reconnus comme étant des déterminants clés de la santé de la population (MacDonald et al., 2009). Si pour certains, les messages de santé publique sont encore trop axés sur les facteurs de risques biomédicaux et comportementaux, (MacDonald et al., 2009) il se dégage tout de même un consensus dans la littérature sur l'importance des déterminants sociaux de la santé dans la production des inégalités sociales de santé (Frohlich et al., 2008; Guichard et Potvin, 2010; OMS, 2008). Cette littérature fait notamment valoir l'existence de rapports de pouvoir, en faveur des individus qui se situent en haut de l'échelle sociale. Ces rapports inégaux se traduisent par des inégalités sociales et des inégalités de santé, au sein, et entre, les sociétés, et soutenus par des politiques gouvernementales qui leur sont favorables (Navarro, 2009).

Le nombre grandissant d'études sur les inégalités sociales de santé est ainsi révélateur des préoccupations modernes de santé publique à travers ses activités de promotion de la santé. Guichard et Potvin (2010) considèrent que « les inégalités sociales de santé, quelle que soit leur expression ou leur origine, deviennent, dans un nombre croissant de pays, le défi prioritaire des systèmes de santé » (p. 49). L'amélioration de la santé de la population passe ainsi par de nouvelles stratégies qui visent la réduction des inégalités sociales (OMS, 2008; Raynault et Loslier, 2008; Wilkinson et Pickett, 2010) et qui prennent en considération tant les pratiques des individus que les contextes dans lesquels ces pratiques ont lieu (Frohlich, Corin et Potvin, 2008). La littérature scientifique démontre que cela suppose de tenir compte des déterminants sociaux de la santé (tels que le revenu, le logement ou l'alimentation), une participation soutenue des individus, la reconnaissance des capacités

individuelles et collectives, des interventions dans les milieux de vie pour créer des environnements favorables à la santé et, finalement, l'adoption de stratégies de santé publique qui prennent en considération les facteurs de fragilisation sociale (Bambra et al., 2010; Mikkonen et Raphael, 2010; Navarro, 2009; Raynault et Loslier, 2008; Wilkinson et Pickett, 2010). Ainsi stipulés, les enjeux modernes de santé publique, tout comme les stratégies à mettre en place pour y répondre, sont complexes et intrinsèquement politiques.

Quoique les études épidémiologiques nous aient permis de comprendre comment les inégalités sociales s'expriment en inégalités de santé, elles sont moins utiles pour cibler, développer et mettre en œuvre les actions qui contribueront à réduire les inégalités sociales de santé (Bambra et al., 2010; Guichard et Potvin, 2010). Cependant, dans un réseau public axé sur la responsabilisation des institutions face aux résultats accomplis, les programmes de santé publique développés selon les pratiques exemplaires et les données probantes sont légion. Les « données probantes sont perçues comme étant l'aboutissement de l'investissement des intervenants en santé » (Jetha et al., 2008) et légitiment les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Or les données probantes, pertinentes pour élaborer des interventions individuelles où les résultats de recherches utilisant des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux peuvent être utilisés (O'Neill, 2003), ne sont pas aussi éloquentes pour développer des interventions qui diminueront les inégalités sociales de santé. En effet, « il existe très peu de données probantes sur la façon d'intervenir pour diminuer les inégalités sociales de santé » (Potvin et al., 2010, p.59), quoique les stratégies intersectorielles et participatives soient reconnues comme pertinentes (Frohlich et Potvin, 2008).

Face à la complexité qui sous-tend la production des inégalités sociales de santé, il semble donc que la tradition scientifique de la santé publique, largement influencée par la biomédecine et l'épidémiologie (Fournier, 2003), ne peut à elle seule fournir toutes les réponses et qu'elle doit de plus en plus s'intéresser aux théories sociales et aux disciplines qui ont pour objectif des champs d'interventions autres que sanitaires (Abel, 2007; Navarro, 2009; Potvin, 2007). Afin d'agir en ce sens et mettre en œuvre la stratégie de soutien au développement des communautés, elle doit également se tourner vers les

communautés et ceux qui ont le mandat dans le réseau de la santé et des services sociaux de soutenir les processus d'action communautaire : les organisateurs communautaires de CSSS. Dans la prochaine section, nous discuterons du rôle historique des organisateurs communautaires et comment leur action en développement communautaire depuis des décennies peut être reliée au développement des communautés proposé aujourd'hui par la santé publique.

Organisation communautaire en CLSC-CSSS

Les centres locaux de services communautaires (CLSC), mis en place à l'échelle du Québec dans le courant des années 1970 puis insérés au sein des CSSS en 2004, sont des établissements publics qui ont pour mission d'intégrer soins curatifs et préventifs, services sociaux individuels et action communautaire (Desrosiers, 1999). Dès leurs débuts, les CLSC se voulaient proches de la population, ouverts à la participation des usagers et des employés (Favreau et Hurtubise, 1993). Selon O'Neill (1992) et Desrosiers (1999), les CLSC ont été une réponse de l'État aux mouvements de revendications populaires québécois portés par les fondateurs des « cliniques populaires », qui intégraient soins et revendications sociales. Nés d'initiatives citoyennes visant à prendre en main les problèmes de santé et de bien-être, les services des CLSC étaient donc originellement fortement structurés selon les besoins identifiés par la population (RQIIAC, 2010). Cependant, les orientations ministérielles et les formes d'encadrement bureaucratique mis en place dans le courant des années 1980 et 1990 reléguèrent le rôle de changement social de ces institutions au deuxième plan (Desrosiers, 1999; Favreau et Larose, 2007).

Nonobstant ces orientations, les CLSC ont maintenu dans leurs rangs des organisateurs communautaires, des travailleurs qui se distinguent par leur pratique en prônant l'action collective comme stratégie de modification des conditions de vie (Bourque et Lachapelle, 2010). Cette pratique se démarque de l'activité traditionnelle des intervenants sociaux présents dans le réseau de la santé en offrant une solution collective plutôt qu'individuelle aux problèmes rencontrés, mais elle s'est toutefois considérablement modifiée au fil du temps (Comeau et al., 2008).

Dans les années 1980, sous l'impulsion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), les organisateurs communautaires ont contribué à mettre sur pied de nombreux organismes communautaires dont les missions étaient définies selon des problématiques spécialisées. Dans le milieu de l'organisation communautaire, on constate à cette époque un passage du travail auprès des groupes populaires à celui auprès des groupes communautaires, accentuant la spécialisation par problème ou clientèle au détriment de l'enracinement territorial (Bourque et Lachapelle, 2010; Comeau et al., 2008). La multiplication de ce dernier type de groupes s'accompagne alors d'une remise en question du rôle de l'État dans le support à offrir aux milieux, reflété dans un nombre important d'enquêtes et de rapports gouvernementaux – Brunet, Castonguay, Rochon – sur la question (Lachapelle et al., 2010; Massé et Morisset, 2008).

Au tournant des années 1990, l'organisation communautaire en CLSC continue à être largement définie à partir du soutien apporté aux programmes en place et à leurs retombées dans le milieu (Mayer, 2002). Au cours de cette période, les projets développés selon des problématiques ou des populations précises dominent de plus en plus la pratique des organisateurs communautaires en CLSC et suscitent la controverse et l'inquiétude chez plusieurs d'entre eux (Bourque et Lachapelle, 2010). En réaction, et dans le but de se regrouper pour promouvoir et défendre l'intégrité et la spécificité de leur pratique, ils mettent en place en 1988 un regroupement provincial – le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC).

Au début des années 2000, l'organisation communautaire est donc toujours présente au Québec dans les services sociaux institutionnels qualifiés de première ligne (Fréchette, 2007). Il s'agit toutefois d'une pratique en mouvance. En effet, le portrait des CLSC change drastiquement au début du XXI^e siècle. En 2004, l'intégration des CLSC dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) modifie substantiellement le contexte de pratique de l'organisation communautaire dans le réseau public (RQIIAC, 2010).

Deux principes inspirent la mission des CSSS, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (Lachapelle et al., 2010; Massé et Morisset, 2008; RQIIAC,

2010). Pour actualiser ces principes, des « projets cliniques et organisationnels » sont mis en place avec les acteurs de nouveaux réseaux locaux de services, dont les CSSS sont responsables, et se déclinent selon des problématiques précises : jeunes en difficulté, santé mentale, etc. (Massé et Morisset, 2008). En outre, la création des CSSS vient concrétiser la responsabilité locale en santé publique et modifie les relations, d'une part avec les partenaires du réseau local de services (Jbilou et Reinharz, 2006) et, d'autre part, avec la société civile (Bourque, 2008).

Le changement structurel qui a mené à la création des CSSS a des ramifications complexes, tant « d'un point de vue paradigmatique que structurel et touche autant le système de santé en général que les différents niveaux d'offre de services et les pratiques professionnelles » (Jbilou et Reinharz, 2006, p. 88). Pour les organisateurs communautaires, ce changement se concrétise notamment par la mise en place de structures de concertation et de partenariat qui favorisent la mobilisation d'acteurs sur des enjeux spécifiques. La concertation intersectorielle est ainsi de plus en plus présente dans presque tous les domaines (santé et services sociaux, éducation, sécurité publique, planification urbaine, emploi, etc.), certains allant jusqu'à identifier à cet égard un phénomène d'« hyperconcertation » (Bourque, 2008).

En effet, de nombreux organisateurs communautaires animent ou soutiennent des tables de concertation, certaines étant issues de besoins identifiés par le milieu et d'autres, d'orientations ou de priorités identifiées par des bailleurs de fonds ou des institutions, notamment le réseau de la santé et des services sociaux. Quoique ces structures puissent être perçues comme une stratégie de désengagement de l'État face à des problématiques sociales, en utilisant les organismes communautaires comme mesure de compensation à la crise de l'État-providence, les responsabilités des CSSS face aux réseaux locaux de services peuvent aussi assurer une accessibilité et une continuité améliorées dans l'offre de services (Bourque, 2008; Favreau et Fréchette, 2003; Massé et Morisset, 2008). La gestion de services programmés - dont certains programmes de santé publique - demeure donc prépondérante en CSSS, laissant moins de place aux initiatives issues des communautés (Lachapelle et al., 2010).

À ses débuts, l'organisation communautaire en CLSC était ainsi avant tout une forme de soutien à l'action communautaire qui utilisait de manière importante des stratégies d'animation et de revendication sociales. Les changements organisationnels et la professionnalisation de la pratique l'ont toutefois amenée à se définir comme une forme d'intervention professionnelle qui vise à agir sur l'action communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010). Elle le fait notamment en soutenant davantage, par son expertise et sa connaissance des milieux, divers processus d'action collective (démarrage de projets, mise en place de ressources, soutien, structuration, évaluation, etc.) plutôt qu'en étant au cœur de processus plus revendicateurs (Favreau et Larose, 2007).

Organisation communautaire, santé publique et développement des communautés

L'inscription du développement des communautés dans les documents officiels de la santé publique peut être perçue par les organisateurs communautaires comme un moyen de renforcer les pratiques de développement local. Pour les CSSS, le développement des communautés peut également être perçu comme une façon de concrétiser la responsabilité populationnelle qui leur est dévolue. Il s'agit donc d'un tournant vers une vision plus territoriale de l'intervention, la notion de communauté territoriale étant centrale au développement des communautés.

Selon le PNSP, mettre sur pied une stratégie en développement des communautés permettrait aux CSSS de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en agissant à différents niveaux :

- renforcer l'ancrage territorial par l'identification de communautés d'appartenance;
- établir et renforcer des liens de confiance;
- soutenir la participation citoyenne;
- soutenir la concertation et les partenariats intersectoriels locaux;
- évaluer les processus de mise en place des actions et leurs retombées (MSSS, 2008).

L'identification de cette stratégie d'action transversale n'est donc pas banale pour les organisateurs communautaires. En spécifiant que l'action au sein des communautés est un

mode important de soutien au développement des milieux, le PNSP les positionne comme des acteurs privilégiés pour la mise en place de projets de développement des communautés dans les territoires de CSSS (Bourque, 2008; Lachapelle et al., 2010; RQIIAC, 2010). Et, « en misant sur l'expertise des intervenants communautaires aptes à utiliser des approches diversifiées et adaptées au milieu, les CSSS contribuent au développement d'un climat propice à l'action locale et communautaire » (MSSS, 2008, p. 63).

Mais si le développement des communautés est clairement associé à des pratiques d'action communautaire et de développement local qui dans les CLSC, puis les CSSS, ont historiquement appartenu aux organisateurs communautaires (Comeau et al., 2008), l'actualisation des principes qui sous-tendent cette stratégie est toutefois quelque peu paradoxale et vient questionner leurs pratiques. D'une part, on assisterait, dans le contexte du développement des communautés, à un renouvellement de l'action communautaire en CSSS et à une reconnaissance de sa contribution dans le discours de santé publique (Lachapelle et al., 2010). D'autre part, l'augmentation pour les organisateurs communautaires des dossiers de type socio-institutionnels axés sur les saines habitudes de vie, qui s'inscrivent dans le courant des données probantes et des pratiques exemplaires, contribuerait à inquiéter ceux qui ont vécu la période innovatrice des CLSC dans les années 1970 et 1980 (Bourque et Lachapelle, 2008; Comeau et al., 2008). En effet, de nombreux programmes de santé publique - notamment École en santé, Services intégrés en périnatalité et petite enfance, 0-5-30, etc. - se réclament de la mobilisation sociale et font appel aux organisateurs communautaires pour mettre en œuvre leurs stratégies. Toutefois, la mobilisation sociale se distingue du développement des communautés en ciblant l'atteinte d'objectifs précis et ciblés, définis par les instances de santé publique et non par les communautés à qui les programmes sont destinés (MSSS, 2008). Dans ce contexte, certains vont jusqu'à dénoncer un phénomène d'instrumentalisation des organisateurs communautaires par la santé publique (Lachapelle et Bourque, 2007).

Pourtant, la littérature propre à la santé publique rappelle que l'approche populationnelle mise en œuvre par des programmes d'éducation à la santé est aujourd'hui confrontée à des limites importantes et que ces programmes ne contribuent que faiblement à améliorer la

santé de la population, ou qu'ils peuvent même, dans certains cas, exacerber les inégalités de santé (Frohlich et Potvin, 2008). En effet, il est désormais reconnu que la notion de « choix personnel » sur laquelle reposent les stratégies de modification de comportements fait trop souvent abstraction des conditions de vie dans lesquelles les personnes font des choix et de l'importance des facteurs contextuels dans la modification des facteurs de risque (Woolf et al., 2011).

Transcender les pratiques : quel avenir possible?

La reconnaissance des conditions de vie et des facteurs contextuels - généralement nommés en santé publique comme les déterminants sociaux de la santé - dans la mise en œuvre des interventions de santé publique est un enjeu important. Cependant, peu de données probantes à ce sujet existent, car les effets de ces interventions sont difficiles à mesurer selon les paramètres scientifiques usuels de la santé publique, encore largement ancrés dans un paradigme biomédical (Braveman et al., 2011). Malgré cela, même si de nombreuses connaissances restent à parfaire, nous avons suggéré plus haut qu'un consensus dans le monde de la santé publique existe maintenant sur l'importance de réduire les inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Le développement des communautés s'inscrit dans cette mouvance. Si, tel que nous l'avons vu, il se rapporte à des modes d'intervention traditionnels en organisation communautaire, cette dernière connaît une notoriété nouvelle depuis qu'il est inscrit comme stratégie d'action « prometteuse » pour la santé publique (Bourque et Favreau, 2003). De fait, le PNSP permet le passage du discours traditionnel de l'organisation communautaire en CSSS, articulé autour de la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie, à un discours axé sur la réduction des inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour l'ensemble des intervenants du réseau québécois de la santé. Cette lecture sanitaire des problèmes sociaux et de l'action sociale « légitime l'entrée de la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale au sein de l'ensemble des préoccupations d'intervention en santé » (Côté, 2009, p. 30). Cependant, si la promotion de la santé permet, par la prétention universaliste du concept de santé dont il est

porteur (Côté, 2009), de réviser le discours et les pratiques de santé, et que les organisateurs communautaires se positionnent favorablement face à ce discours, il n'en demeure pas moins que ces derniers ne sont pas des agents de promotion de la santé.

Nous proposons donc ici, en guise de conclusion, quelques pistes de réflexion qui permettraient d'aborder ces dilemmes et de penser à une actualisation optimale de la stratégie de développement des communautés en CSSS.

Suggestions pour la santé publique

Pour la santé publique d'abord, un ancrage plus explicite du développement des communautés dans le champ de la promotion de la santé semble essentiel. En effet, le discours de santé publique dans les documents de référence sur le sujet ne fait que peu allusion au corpus théorique et aux stratégies d'intervention en promotion de la santé, laissant planer le flou qui règne dans le réseau de la santé québécois quant à ce qui relève de ce champ. Conséquemment, et nous l'avons évoqué plus haut quant aux programmes normés, la promotion de la santé est trop souvent associée en CSSS à l'éducation à la santé, qui en est une composante essentielle, mais partielle. Ce faisant, on entretient la méfiance des organisateurs communautaires, généralement plus collectivistes dans leurs approches, face à leur rôle dans les programmes de santé publique, encore particulièrement associé aux saines habitudes de vie (Bourque et Lachapelle, 2010). Il serait donc intéressant, selon nous, de positionner le développement des communautés, tel que présentement défini au Québec, à l'aide des concepts utilisés internationalement en promotion de la santé, comme ceux « d'environnements favorables à la santé » (Dooris, 2009; Poland, Krupa et McCall, 2009; Whitelaw, 2001) ou de « communautés en santé » (Hancock, 2000; Potvin et Jones, 2011), qui reposent sur des approches globales rassembleuses tout à fait compatibles avec celles qui sont familières aux organisateurs communautaires.

En complément, il semble essentiel de dégager une vision qui dépasse les domaines d'intervention qui structurent encore aujourd'hui les actions de santé publique. Alors qu'elle n'est pour l'instant associée à aucun domaine spécifique (MSSS, 2008), la stratégie

de développement des communautés pourrait être très pertinente dans des domaines précis du PNSP tels « Développement, adaptation et intégration sociale », « Habitudes de vie et maladies chroniques », « Santé environnementale », et dans bien d'autres encore, dépendamment des besoins spécifiques des milieux et des communautés. Il semble incohérent de promouvoir l'action intersectorielle auprès de divers partenaires, considérée comme essentielle pour réduire les inégalités sociales de santé, si on ne peut amener les différents domaines de la santé publique à définir une vision qui va en ce sens. De même, comme les connaissances nécessaires pour mieux comprendre le sujet et mettre en œuvre la stratégie se veulent de nature transdisciplinaire, la valorisation explicite en santé publique de la recherche transdisciplinaire semble nécessaire (Darbellay et Paulsen, 2008; Nicolescu, 2008).

Enfin, il serait pertinent de définir la capacité de la santé publique d'agir sur les politiques publiques en mettant en œuvre des moyens concrets, notamment des évaluations participatives de projets de développement des communautés (Simard, 2005; Simard, Champagne et Paré, 2008), des méthodes collaboratives d'évaluation du potentiel piétonnier (Demers, 2008; Pelletier et al., 2011), des études participatives d'impact sur la santé (Corburn, 2009; Farhang et al., 2008) et des synthèses de connaissances réalisées à partir des besoins du milieu (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). Ces outils pourraient être utilisés par les organisateurs communautaires, dans une visée de mobilisation citoyenne, dans les milieux touchés. Évidemment, toutes ces actions ne peuvent se réaliser sans une réflexion approfondie sur les mécanismes de financement des activités de santé publique et sur la façon dont ce financement peut soutenir le développement des communautés.

Suggestions pour l'organisation communautaire

En ce qui a trait à l'organisation communautaire, retenons certaines pistes de réflexion qui s'harmoniseraient à celles proposées ci-dessus pour la santé publique. Le cadre de référence en organisation communautaire (RQIIAC, 2010), auquel nous avons amplement référé, identifie les organisateurs communautaires comme des *leaders* intersectoriels locaux. Ce

rôle leur permet de porter la vision du développement des communautés dans les concertations locales qu'ils coordonnent ou pour lesquelles ils agissent comme animateur ou en soutien au processus. Pour jouer ce rôle, une connaissance approfondie de l'ensemble des principes d'intervention liés au développement des communautés et de leur fonction comme organisateur communautaire dans la mise en œuvre de ces principes leur serait bénéfique. Pour atteindre cet objectif, compte tenu du contexte changeant de l'organisation communautaire en CSSS dont nous avons discuté, il semblerait essentiel d'offrir de la formation continue dans les CSSS, qu'on pourrait également lier à des espaces de réflexion sur la pratique et son évolution, peu fréquents à l'heure actuelle. C'est notamment ce que le projet doctoral de l'une d'entre nous explore.

Dans une perspective transdisciplinaire, il serait de plus souhaitable de considérer l'apport d'autres disciplines pour bien comprendre la complexité des problèmes rencontrés et l'interaction entre les différents déterminants sociaux de la santé – pensons notamment à l'urbanisme en ce qui a trait à l'aménagement d'environnements favorables à la santé, par des actions de revitalisation dans des milieux dévitalisés. En ce sens, les organisateurs communautaires pourraient aussi profiter des moyens proposés ci-dessus pour la santé publique, tels les évaluations participatives, les audits de potentiel piétonnier et les évaluations d'impact sur la santé. Il semble y avoir un arrimage possible et pertinent sur l'utilisation de moyens concrets pour soutenir la pratique en développement des communautés, tout en favorisant l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et cela, dans le but d'outiller et de mobiliser la population dans cette perspective.

Ainsi, il y a lieu de penser à une expansion non seulement des connaissances, mais également des outils d'intervention afin de réaliser des actions structurantes qui permettront de réduire les inégalités sociales de santé. Si les fêtes de quartier et autres activités sociales ponctuelles sont facilement réalisables et souvent utilisées pour mobiliser des milieux, le développement des communautés devrait plutôt déboucher sur des actions qui ont des effets durables à plus long terme. L'analyse des déterminants sociaux de la santé, avec les citoyens dans les communautés, pourrait permettre le passage entre l'instrumentalisation des organisateurs communautaires dans les programmes normés de santé publique à une

action conjointe entre eux et les milieux locaux, qui viseraient l'amélioration de la santé globale des individus. Nous proposons ainsi de réfléchir à l'ajout du soutien au développement des communautés dans la typologie des pratiques en organisation communautaire (RQIIAC, 2010), afin de l'identifier comme une pratique distincte. Cet ajout permettrait de ne pas le confondre avec le développement local, qui n'a pas de visée sanitaire, ni avec l'approche socio-institutionnelle, qui vise la mobilisation sociale à partir de programmes normés. Cela pourrait donc valoriser davantage les multiples approches et pratiques des organisateurs communautaires en CSSS et reconnaître la spécificité du soutien au développement des communautés dans ces approches et pratiques.

Conclusion

Dans cet article, nous avons montré que la santé publique et l'organisation communautaire ont des fondements paradigmatiques différents. Nous avons également identifié la pertinence d'inscrire le soutien au développement des communautés dans les deux champs d'intervention. Cette inscription permettrait non seulement de valoriser le travail des organisateurs communautaires, que ce soit dans les communautés elles-mêmes ou dans les organisations qui les emploient, mais également de diminuer la tension entre le monde de la santé publique et de l'organisation communautaire. Comme le soutien au développement des communautés a des finalités sanitaires, en visant la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de la santé de la population, il se distingue des autres pratiques en organisation communautaire. Et quoique tous les intervenants de la santé peuvent contribuer par leurs pratiques au développement des communautés, la stratégie de soutien au développement des communautés est principalement portée par l'organisation communautaire dans les CSSS. Le fait de ne pas reconnaître la spécificité du soutien au développement des communautés en organisation communautaire peut à terme dévaloriser la pratique des organisateurs communautaires.

Nous croyons ainsi, pour conclure cette réflexion, que la mise en œuvre du développement des communautés aurait avantage à se poursuivre de manière conjointe entre l'univers de la santé publique et celui de l'organisation communautaire, afin d'en transcender les limites et

d'augmenter ainsi leur capacité respective d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales de santé.

1.3 Complément de littérature : l'insertion du développement des communautés dans l'évolution du champ de la santé publique québécoise

Cette section vise à compléter l'information contenue dans l'article présenté à la section précédente et à mieux situer l'émergence de la stratégie de soutien au développement des communautés dans le contexte québécois. Des éléments historiques sur l'avènement de la santé publique au Québec et sur la constitution de ce champ d'intervention dans le cadre de la structuration du réseau de la santé et des services sociaux y sont présentés, de même que des éléments qui ont contribué à l'inscription de la stratégie de soutien au développement des communautés dans l'univers de la santé publique.

1.3.1 L'avènement de la santé publique au Québec

Si la santé publique est aujourd'hui un champ d'intervention officiel au Québec et ailleurs, il n'a pas toujours été aussi organisé. Il est l'aboutissement d'une longue histoire dont il nous semble important de rappeler ici les principales étapes afin de voir le contexte plus large où le phénomène étudié dans cette thèse s'insère. En effet, ce champ s'est graduellement structuré en Amérique du Nord à partir de la fin du XVIII^e siècle, en réponse à un nombre important de maladies infectieuses telles que la variole, la rougeole, le typhus et la tuberculose, qui décimaient à la fois les peuples autochtones et les immigrants européens (Rutty et Sullivan, 2010; Duplessis et al., 1989).

En fait, c'est en 1830, au sommet de la pandémie de choléra en Angleterre et puis plus largement en Europe, qu'un certain nombre de médecins relie la cause de l'infection aux mauvaises conditions de vie des milieux défavorisés (Gaumer, 1995). Face à cette crise, le gouvernement britannique met provisoirement sur pied un Conseil national de santé et force les autorités municipales à créer des conseils locaux de santé qui ont pour mandat de

veiller à l'amélioration des infrastructures sanitaires. Le gouvernement du Bas-Canada autorise également la mise sur pied de conseils locaux de santé, à Québec, Montréal et dans les villes où cela est nécessaire. L'hygiène publique, ou ce que nous appelons aujourd'hui la santé publique, est née à ce moment (Rutty et Sullivan, 2010).

La révolution bactériologique de la fin du XIX^e siècle, caractérisée par la découverte de bactéries présentes notamment dans l'eau contaminée et dans le lait, permet de comprendre l'origine, la transmission et les moyens pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses (Desrosiers, 1999). Entre 1867 et 1909, l'action collective s'organise ainsi autour de la gestion municipale des infrastructures sanitaires telles les égouts, les bassins d'eau, les déchets et les lieux d'aisance. La prévention des maladies se fait par l'action conjointe des individus et des communautés dans lesquelles ils vivent. Les premières infrastructures de santé publique au Canada sont ainsi mises sur pied, ce qui permet aux autorités sanitaires de dépasser leur rôle de protection des individus pour s'intéresser également à la surveillance de la propagation de la maladie (Rutty et Sullivan, 2010; Desrosiers, 1999; Gaumer, 1995).

Au Québec, les services de santé publique, tout comme les services de santé dans leur ensemble, sont largement organisés par les communautés religieuses (Lacourse, 2011; Rutty et Sullivan, 2010). Jusqu'à ce que les autorités provinciales organisent une campagne de vaccination obligatoire à Montréal en 1875, peu de pouvoirs sont accordés aux infrastructures de santé et aux agents qui y travaillent. Les promoteurs de l'hygiène publique ont dû user de leur influence et de leurs connaissances, acquises en Europe et aux États-Unis, pour obtenir du gouvernement des interventions à grande échelle et donner une dimension collective aux services offerts par les communautés religieuses (Duffy, 1990; Gaumer, 1995). Vers la fin du XIX^e siècle, l'État, de plus en plus garant de la santé de la population, diversifie ainsi ses interventions de santé publique et poursuit ses actions centrées sur l'hygiène des milieux de vie, la vaccination et la réglementation (Lacourse, 2011).

En 1926, des unités sanitaires, axées sur la médecine préventive, sont ouvertes au Québec. Érigées en exemple dans l'ensemble du pays, ces unités avaient pour mission d'éduquer des groupes cibles de la population et de procéder au dépistage des maladies infectieuses (Duplessis et al., 1989; Lacourse, 2011). À partir de ce moment, le développement de l'organisation publique se poursuit de façon continue jusqu'en 1945, où est mis en place, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, un large éventail de services visant à préserver et à promouvoir la santé de la population (Gaumer, 1995), établis aux côtés des services de santé curatifs offerts par les communautés religieuses. Vers le milieu du XX^e siècle, on observe une nette amélioration de l'état de santé de la population (Guérard, 1998; Lacourse, 2011). On mesure également l'importance du corps médical dans l'ensemble des services de santé publique, que ce soit au ministère ou aux paliers régionaux et locaux. En effet, le discours de la profession médicale s'est largement imprégné dans l'imaginaire collectif et de nouvelles attitudes face à la santé et la maladie, conformes aux avis de la science médicale, sont avalisées par l'État qui en assure la promotion (Guérard, 1998).

1.3.2 Santé publique et organisation du système de santé québécois : l'entrée dans la modernité

De plus en plus, la science et la technologie sont mobilisées pour délimiter les contours de l'état de santé de la population et produire des connaissances considérées « vraies » et « objectives » (O'Neill et al., 2012a). Initiées durant l'entre-deux-guerres, les actions auprès de clientèles cibles s'intensifient, particulièrement auprès des groupes à faible revenu qui ne consultent pas par manque de moyens financiers, et on dispense divers services de santé et d'éducation à l'hygiène dans des unités locales, notamment dans les dispensaires et les unités sanitaires. On facilite ainsi la diffusion du discours hygiéniste dans l'ensemble de la population, par le truchement du médecin et de l'infirmière (Guérard, 1998).

Dans les années 1960, la pratique hospitalière est en forte croissance et la médecine curative en vient à remplacer la médecine hygiéniste (Lacourse, 2011). Quoique les communautés religieuses soient encore largement impliquées dans les hôpitaux, la volonté de modernisation de la société a sans aucun doute une influence majeure. Les paliers

gouvernements fédéraux et provinciaux s'organisent dès lors pour définir les responsabilités de chacun et mettre en place un système provincial de santé et de services sociaux et des programmes qui visent à créer dans la population un sentiment de sécurité face aux risques (Duplessis et al., 1989). L'État-providence voit ainsi le jour. Dans les années qui suivent, la commission Castonguay-Nepveu définit pour le Québec une nouvelle philosophie de la santé et suscite un foisonnement de mesures législatives qui modifient substantiellement le portrait du système de santé québécois. La création de nouveaux organismes et l'étatisation des services de soins et des services sociaux viennent marquer la période, qui s'étire jusqu'en 1980 (Lacourse, 2011).

En 1971, la volonté de régionaliser les services est consacrée par la *Loi sur la santé et les services sociaux*; le Québec est ainsi divisé par régions sociosanitaires et des conseils régionaux viennent assurer l'administration du système de soins (Duplessis et al., 1989). Dans chaque région, des centres locaux de services communautaires (CLSC) sont mis en place, afin d'offrir localement des services universels de « première ligne », tant curatifs que préventifs, d'intégrer la santé et le social à l'intérieur de ces services et de servir de porte d'entrée au réseau de la santé et des services sociaux. En 1974, 32 départements de santé communautaire (DSC) sont mis sur pied à l'intérieur des centres hospitaliers. Leur mission est d'intégrer la santé publique et d'organiser des activités de prévention à l'échelle régionale (O'Neill, 1983). Durant cette période, l'investissement financier du gouvernement dans les hôpitaux est de plus en plus important, certains devenant de propriété publique et d'autres demeurant la propriété d'organismes privés, mais financés publiquement (Lacourse, 2011). Comme domaine de pratique, la santé communautaire s'inscrit fermement dans le portrait de l'époque, tant dans l'organisation des soins que dans la philosophie qui les oriente.

Au début des années 1980, coïncident à la fois un mouvement de décentralisation et une réflexion en matière de réorganisation des services à la faveur d'une conjoncture économique sombre (Duplessis et al., 1989; O'Neill, 1992). À ce moment, des services considérés comme non rentables sont abandonnés, notamment certains dépistages systématiques, et de nombreuses activités de première ligne en santé publique sont

transférées dans les CLSC (par exemple, l'immunisation, les visites à domicile, l'hygiène et la prévention en milieu scolaire, etc.). Parallèlement, l'expertise en santé communautaire se développe, tout comme celle en épidémiologie, en évaluation, en programmation et en méthodologie de recherche, ce qui permet aux professionnels des DSC de se consacrer à définir des objectifs de santé et de les mesurer plutôt que gérer les services (Duplessis et al., 1989; O'Neill, 1983). Par ailleurs, la décentralisation des services et le transfert de ressources vers les CLSC ont facilité la transition des organisations de santé publique vers une approche populationnelle. Cette approche vise à améliorer l'état de santé d'une population en créant des changements dans les conditions environnementales afin de diminuer l'exposition aux risques et la modification des normes qui gèrent les comportements dans une société donnée (Frohlich et Potvin, 2008).

À cet égard, la réforme de 1988-1992 a entraîné des changements importants dans la configuration du système. Faisant suite à la Commission Rochon qui se déroule de 1985 à 1988, elle vise à équilibrer le système de santé face aux contraintes financières de la récession économique. Inspirée par les principes de la santé communautaire, elle permet également de placer le citoyen au centre du système de santé, de consolider l'expertise de santé publique au sein du réseau, d'améliorer la coordination centrale et régionale, de poursuivre la régionalisation de la santé et d'accroître l'équité interrégionale (Rochon, 2013). Cette réforme est rapidement suivie d'une deuxième réforme au cours des années 1995-1999, dont l'objectif est de poursuivre le travail entrepris en faisant preuve d'une plus grande efficacité. L'accent est alors mis sur les services de première ligne où les CLSC, les cliniques privées et une ligne d'information téléphonique occupent une place de choix. Cette réforme est également axée sur le virage ambulatoire, qui facilite, en théorie, le déplacement des patients pour l'obtention de soins ou le déplacement des donneurs de soins au domicile des patients. Cette orientation permet de revoir la vocation de l'hôpital et de l'ancrer comme un lieu hautement spécialisé (Lacourse, 2011). Ce virage ne s'est toutefois pas fait sans heurts: perte d'appartenance communautaire aux établissements de santé, engorgement des urgences, diminution des effectifs et non-intégration des services entre les hôpitaux et les CLSC ne sont que quelques-unes des critiques exprimées à son égard (*ibid.*).

La Commission Clair (2001-2002) et les mesures qui s'en suivent viennent parachever la réforme en créant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les Réseaux locaux de services. La mission de ces centres, *prévenir, guérir, soigner*, reflète bien la fusion de la mission des CLSC, des Centres d'hébergement et de soins de longue durée et des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés en une entité organisationnelle, le CSSS. Elle reflète également la volonté de poursuivre l'intégration de notions de santé publique dans l'organisation des soins (Breton et al., 2009). La responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS vient intégrer localement la santé publique à la gestion du système de soins et ancrer la notion d'approche populationnelle dans une offre intégrée de services. Breton et al. (2008) illustrent ainsi l'interaction entre la santé publique et le système de soins québécois proposée :

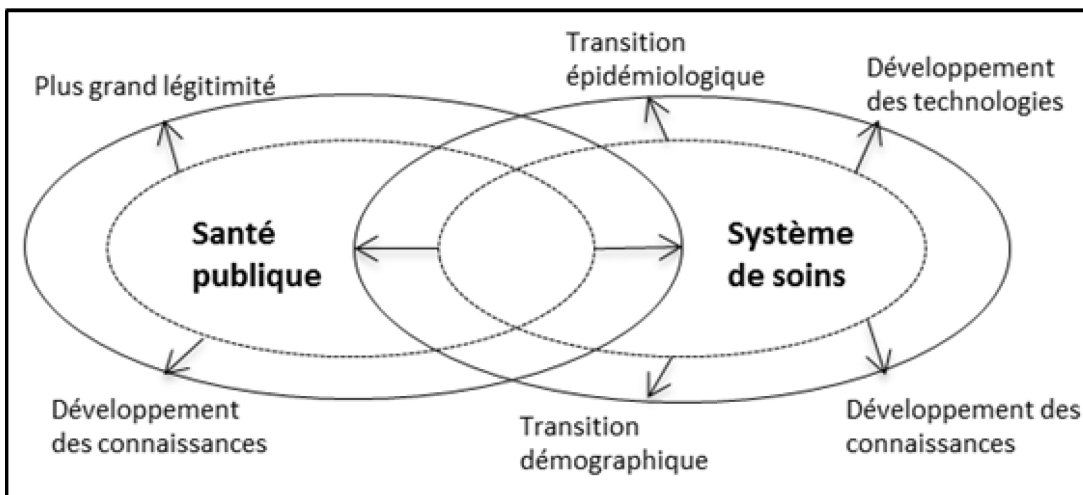


Figure 1. Convergence entre la santé publique et le système de soins

Source : Breton et al., 2008, p. 116

En basant son action sur une offre de services intégrée et l'action sur les déterminants de la santé, la responsabilité populationnelle est perçue par ces auteurs comme un moyen de sensibiliser les autres secteurs de la société à leur contribution à l'amélioration de la santé de la population et de les inciter à y collaborer. Elle est également présentée comme une façon de faire face aux défis épidémiologique, technologique et démographique qui caractérisent le début du 21^e siècle. La santé publique étant particulièrement interpellée par la transition épidémiologique en cours (c'est-à-dire une plus grande prévalence des

maladies chroniques ou dites de civilisation qui reflètent des changements dans nos façons de vivre en société), les activités de prévention, jumelées à des soins ponctuels de nature curative, sont désormais mises de l'avant. Dans ce contexte, la promotion de la santé est associée à un plus grand contrôle des personnes sur leur état de santé (Breton et al., 2008).

1.3.3 L'avènement de la promotion de la santé

La parution du Rapport Lalonde en 1974 vient placer les facteurs qui influencent la santé dans quatre grandes catégories : la biologie humaine, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé (O'Neill et al., 2006). Ce rapport fait suite à plusieurs décennies de diffusion d'informations sur la santé, principalement par la relation médecin-patient. Selon O'Neill et al. (2006), on mise effectivement, à l'aube des années 1970, sur les pratiques quotidiennes des professionnels de santé pour diffuser des programmes d'éducation à la santé axés sur la modification des comportements individuels « à risque » (tabagisme, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires, etc.). Cependant, il devient rapidement évident aux yeux de plusieurs que ces programmes n'atteignent pas leurs cibles et que les individus n'adoptent pas nécessairement les comportements qu'on attend d'eux, et ce, malgré le fait qu'ils soient mieux informés (*ibid.*).

À la suite du Rapport Lalonde, de nombreux événements, dont la déclaration d'Alma-Ata en 1978 et la résolution de l'OMS « La santé pour tous d'ici l'an 2000 » en 1979, vont concourir à la transformation de l'éducation à la santé en promotion de la santé (O'Neill et al., 2006). Un moment marquant est sans conteste la proclamation de la Charte d'Ottawa en 1986 (OMS, 1986), fruit d'un consensus international et document fondateur de la promotion de la santé (Potvin et Jones, 2011). On voit dès lors apparaître un nouveau courant qui proclame que modifier l'environnement est une préoccupation aussi importante que l'éducation à la santé et que les milieux de vie devraient favoriser les changements individuels, plutôt que les entraver. La promotion de la santé fait ainsi valoir la pertinence pour la santé publique d'intervenir au-delà d'activités normatives, appuyée qu'elle est par un discours critique dont les fondements s'intéressent à de multiples connaissances. Ainsi

stipulés, les enjeux modernes de santé publique, tout comme les stratégies de promotion de la santé à mettre en place pour y répondre, sont complexes et intrinsèquement politiques.

La modification de comportements et de conditions environnementales à risque requiert plus qu'une simple connaissance de la force de leur association avec un problème donné. L'enjeu est d'arriver à comprendre le jeu complexe des facteurs physiques, sociaux, culturels, économiques et politiques qui déterminent la genèse et la reproduction des comportements et des conditions environnementales à risque (Massé, 1995).

Cette nouvelle façon d'entrevoir les actions de promotion de la santé se traduit par l'émergence de mouvements novateurs, tels que Villes en santé et l'approche par milieux (Dooris, 2013; O'Neill et al., 2012b). Le mouvement Villes en santé a été mis de l'avant dans plusieurs centaines de municipalités depuis sa naissance en 1984. Ancré dans une compréhension historique du rôle des gouvernements locaux dans l'établissement de conditions de vie favorables à la santé (Hancock, 1993), ce mouvement est vu par ses adeptes comme un véhicule de promotion de la santé. Il permet d'intégrer la notion de santé dans les processus décisionnels des municipalités, à travers un ensemble de stratégies qui s'intéressent aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé (idem). Basé sur une approche écologique et holistique de la santé, le mouvement Villes en santé met de l'avant les principes suivants : participation des communautés, partenariat intersectoriel, engagement politique des décideurs locaux et promotion de politiques publiques favorables à la santé (Simard et al., 2012).

Inspirée par la Charte d'Ottawa, l'approche par milieux conceptualise le lieu et le contexte comme des déterminants de la santé, modifiables par des stratégies qui mettront en valeur le potentiel des milieux (Dooris et al., 2007; Poland et al., 2009). Selon Dooris (2013), l'approche par milieux se définit selon trois idées maîtresses. Tout d'abord, cette stratégie est influencée par le modèle écologique, elle s'intéresse à des populations à l'intérieur de contextes particuliers et elle est préoccupée par le développement des individus dans les milieux où ils vivent. Deuxièmement, l'approche suppose que les milieux sont conceptualisés comme des systèmes complexes en interrelation, influencés par de nombreux réseaux. Enfin, l'approche par milieux se distingue des programmes classiques

par l'utilisation d'interventions structurantes afin de s'intégrer dans les routines et la culture du milieu. Ces mouvements ont largement influencé les penseurs de la stratégie de soutien au développement des communautés au Québec.

Au cours des dernières décennies, le système de santé et de services sociaux du Québec a connu trois vagues de changements organisationnels et structurels, qui sont venus modifier à la fois les politiques, la pratique, la recherche et le portrait de la promotion de la santé. Selon St-Pierre et Richard (2006), la première vague de 1993-1994, liée au virage ambulatoire discuté ci-dessus, a permis d'une part d'ancrer l'approche populationnelle, mais d'autre part, de dresser le triste constat de la fragilisation des services préventifs et de promotion. Dès lors, les termes prévention de la maladie et promotion de la santé sont traités ensemble et on ne voit apparaître que « prévention/promotion » dans les productions gouvernementales, contribuant à oblitérer leurs rôles distincts. Au cours de la deuxième vague, de 1998 à 2001, on assiste à la création de l'Institut national de santé publique et à l'adoption de la Loi sur la santé publique (St-Pierre et Richard, 2006). L'article 54 de cette Loi, reconnu pour son caractère novateur, oblige notamment l'ensemble des ministères du gouvernement à faire analyser l'impact sur la santé publique de leurs lois et règlements. En outre, d'autres articles de la Loi confient la responsabilité d'agir sur les déterminants de la santé et de soutenir les collaborations intersectorielles aux autorités de santé publique de tous les paliers (central, régional et local). Enfin, toujours selon ces auteures, depuis la création des CSSS, de même que la rédaction et la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP), des plans d'action régionaux de santé publique (PAR) et des plans d'action locaux de santé publique (PAL) ont structuré l'action dans ce domaine pour l'ensemble des paliers du système de santé québécois.

1.3.4 La stratégie de soutien au développement des communautés

Le PNSP détermine des objectifs et des cibles d'actions prioritaires et identifie les interventions favorables à la santé à déployer par les institutions de santé publique, en lien avec divers types de partenaires (Massé et Morisset, 2008). Sa mise à jour de 2008 propose trois stratégies d'action : soutenir le développement des communautés, soutenir l'action

intersectorielle favorable à la santé et au bien-être, promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives (MSSS, 2008). Ces stratégies sont transversales et doivent se refléter dans les PAR et les PAL, à élaborer respectivement par les Agences régionales de santé et de services sociaux et par les CSSS dans le cadre de leurs responsabilités populationnelles. Dans le cas du développement des communautés, le PNSP le propose comme une stratégie « prometteuse », permettant au réseau de la santé et des services sociaux d' « accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable » (MSSS, 2008 : 62). Il s'agit donc bien d'une stratégie de promotion de la santé.

Il s'agit toutefois d'une stratégie qui s'apparente à de nombreuses autres façons de considérer le développement, notamment le développement social, le développement local et les approches de revitalisation territoriales intégrées. Selon Comeau et al. (2002), le développement social trouve ses assises dans le partenariat entre l'État et les communautés locales qui se coresponsabilisent, à travers l'économie sociale et le développement local. Le développement local devient une tendance significative à partir du milieu des années 1980, à la faveur du contexte socioéconomique difficile qui amène une redéfinition des fonctions de l'État, l'identification d'un problème d'exclusion sociale et une réorganisation du travail. À ce moment, l'impératif de la création d'emplois mobilise des groupes de la société civile pour faire émerger de nombreuses initiatives locales, issues de la concertation entre le mouvement associatif, l'État, le patronat et les syndicats (Comeau et al., 2002).

Les organisateurs communautaires de CSSS ont été, et sont toujours, particulièrement interpellés par le développement local, car c'est une des quatre pratiques inscrites dans la typologie des pratiques en organisation communautaire (Bourque et al, 2007). Le développement local de type communautaire joint la création d'emplois à des objectifs sociaux et repose sur l'initiative des individus et de la collectivité pour créer diverses formes d'entreprises (privées, publiques et collectives) (Comeau, 2002). Trois expressions désignent le développement local en organisation communautaire : le développement communautaire, le développement social et le développement économique communautaire. Ces pratiques ont en commun l'ancrage dans un territoire, la citoyenneté, l'*empowerment*, le progrès de la communauté et la gouvernance civique (*ibid.*).

De nombreux organisateurs communautaires en milieu urbain sont aujourd'hui également impliqués dans des actions de type revitalisation intégrée. Promues par l'État dans les années 2000 comme des démarches de développement social, ces actions ont été préconisées par la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Conceptualisées comme des approches qui se veulent de nouvelles façons de voir les problèmes, elles sont axées sur un processus d'élaboration et de mise en œuvre participatif. Elles visent la transformation de quartiers défavorisés à partir du développement de la capacité d'action des organisations collectives du milieu dans une logique multisectorielle, multiniveaux, multi-échelles et multipartenaires (Séguin et Divay, 2004).

Quoique toutes ces actions s'apparentent au développement des communautés et visent l'amélioration des conditions de vie des citoyens par une action concertée, seule la stratégie de soutien au développement des communautés a pour cible l'amélioration de la santé de la population. Elle est également la seule stratégie à être officiellement inscrite dans les documents de santé publique qui interpelle le réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble.

1.4 Questions et objectifs et de recherche

Attendu la portée possible de la stratégie de soutien au développement des communautés en matière d'amélioration de la santé de la population, de ses effets possibles sur les professionnels qui sont appelés à la mettre en œuvre et le peu de connaissances actuelles à son propos, la thèse se propose de répondre aux questions suivantes à l'aide d'un objectif général et de trois objectifs spécifiques de recherche :

- Quel est le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés, tel que défini dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique?
- Quels sont les changements suscités par l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires?

- Quels sont les éléments qui favorisent ou non l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires de CSSS et des organisations qui les emploient?

Objectif général

- Documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en CSSS par les organisateurs communautaires à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale.

Objectifs spécifiques

- Étudier le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés à partir d'un cas concret dans un quartier;
- Décrire, du point de vue des organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale, comment leur pratique se transforme en regard du discours sur le développement des communautés proposé par les instances québécoises de santé publique;
- Identifier les éléments favorables ou non à l'intégration de la stratégie de soutien au développement des communautés dans la pratique des organisateurs communautaires et des organisations qui les emploient.

Chapitre 2. Orientations épistémologiques, théoriques et méthodologiques de la recherche

2.1 L'orientation épistémologique de la recherche

Tel que vu dans le chapitre précédent, l'intégration de la stratégie de soutien au développement des communautés peut être un défi, à la fois pour les organisateurs communautaires et les organisations qui les emploient, enjeu que nous avons choisi d'explorer autour des trois questions énoncées précédemment. Rappelons que la présente recherche s'intéresse à l'actualisation de la stratégie de soutien au développement des communautés, telle que définie par les instances de santé publique québécoise, par les organisateurs communautaires de CSSS. Nous voulions connaître en profondeur les implications de la stratégie sur le plan de sa réalisation, son influence sur la pratique des organisateurs communautaires et sa capacité à s'intégrer dans la pratique. Pour comprendre le sujet, il nous semblait crucial de s'intéresser à l'interprétation qu'en faisaient les organisateurs communautaires et l'ensemble des acteurs qui contribuent à la mise en œuvre de la stratégie. Nous avons fait le choix de nous intéresser aux pratiques des individus à partir de leur point de vue, en inscrivant la recherche dans un paradigme interprétatif et constructiviste. L'inscription de notre recherche dans ce paradigme permettait de s'attarder au sens accordé à la stratégie dans le contexte de pratique qui lui est propre.

Selon Denzin et Lincoln (2005) et Guba et Lincoln (2005), la connaissance est une construction interprétative qui s'insère dans des projets humains, en permettant l'ouverture à l'autre pour incorporer différentes perspectives (Guba et Lincoln, 2005). Le paradigme constructiviste amène le chercheur à reconnaître les multiples constructions de la réalité, à saisir les coconstructions des savoirs, les interactions ainsi que les influences mutuelles entre le chercheur et les participants, et enfin, à utiliser des méthodologies naturalistes (Denzin et Lincoln, 2005).

Selon Rossman et Rallis (2003), la recherche interprétative cherche à comprendre le monde social à partir de l'expérience individuelle, d'où son intérêt pour les visions subjectives des acteurs sociaux. Toujours selon ces auteurs, le but de la recherche interprétative est de générer une description dense du point de vue de l'acteur, un acteur qui participe aussi à créer son monde. Le rôle du chercheur est donc de dégager un sens de ce qu'il apprend, tout au long du processus, en interaction avec son objet d'étude. L'information recueillie par le chercheur est ainsi filtrée par le regard qu'il porte sur le monde – sa lentille. Ce faisant, il construit un savoir interprétatif (Rossman et Rallis, 2003) qui pourra, dans des recherches ultérieures être confronté à d'autres interprétations et même éventuellement étudié auprès de l'ensemble des personnes et organisations concernées. En sus, Walter (2010) nous rappelle que la recherche interprétative s'intéresse au sens que les individus attribuent aux interactions sociales et se sert des symboles, tels que le langage, pour en comprendre la création.

Ce paradigme permet d'intégrer plusieurs méthodes de recherche et différents types de savoirs (Walter, 2010). Selon Denzin et Lincoln (2005, p. 21), « No single method can grasp all the subtle variations in ongoing human experience. Consequently, qualitative researchers deploy a wide range of interconnected interpretive methods, always seeking better ways to make more understandable the worlds of experience they have studied ». L'interaction entre les savoirs s'avère être des plus riche parce qu'elle dépouille le chercheur de son apparente neutralité : « (...) le dialogue mené entre les participants et l'observateur fournit un filtre en constante transformation pour recueillir des données » (Burawoy, 2003, p. 434). Cette position ne réfute pas la présence de cadres théoriques, pensées, présupposés ou questions réfléchis à l'avance, mais permet un rapport à la production des connaissances propre à la réflexivité moderne. Ce type de recherche reconnaît aux différents acteurs de la recherche, tant le chercheur que les participants, la capacité de produire un savoir, construit de manière interactive à partir de leur conscience individuelle et de leur façon d'être au monde (Mouterde, 2009). Il s'agit d'une science réflexive, où dialogue et intersubjectivité sont liés au contexte, et où le participant et le chercheur travaillent de concert dans la production d'un savoir qui servira l'action (Burawoy, 2003).

En reconnaissant que la recherche est modelée par l'identité sociale de la personne qui la réalise, le chercheur œuvrant avec cette orientation favorise une posture réflexive de production du savoir (Boutilier et Mason, 2006), que nous avons adoptée tout au cours de cette recherche. Cette posture l'oblige à se situer par rapport à sa discipline et l'aide à mieux percevoir sa relation avec ceux qui sont étudiés. Elle joint le participant et le chercheur dans un dialogue, l'inscrivant dans un contexte social, historique et scientifique qui expose au grand jour les effets de contexte (Burawoy, 2003). Dans cette perspective, il est crucial pour le chercheur d'être profondément conscient de son rôle et de faire preuve d'introspection face à sa propre biographie et à ses perspectives ou suppositions :

Data do not speak for themselves; they are interpreted through complex cognitive processes. You discover patterns that turn those data into information. Try, therefore, to be exceptionally careful to articulate the conceptual framework you use to interpret the data (Rossman et Rallis, 2003, p. 36).

La notion de réflexivité réfère donc à la prise en compte de soi-même et des effets de sa présence et de sa personnalité sur le sujet à investiguer (Rossman et Rallis, 2003). Elle suppose d'une part, d'être conscient de sa propre personne, mais aussi, d'autre part, des réactions des participants à la présence du chercheur. Les chercheurs qualitatifs considèrent donc que les réactions réciproques entre le chercheur et les participants font partie du sujet à l'étude et chercheront, au lieu de les éliminer, à les comprendre et les expliquer (Rossman et Rallis, 2003). Selon Snape et Spencer (2003), le chercheur doit explorer et comprendre le monde social en utilisant la compréhension du phénomène par le participant et sa propre compréhension. Cette position requiert ainsi une documentation méticuleuse de tous les processus en cours, à la fois de ce qui est vu et réalisé. La collecte de données inclut alors non seulement le point de vue et les actions du participant, mais aussi, les actions et les décisions du chercheur (Snape et Spencer, 2003).

Comme nous sommes chercheuse en rédaction de thèse et que nous avons été organisatrice communautaire dans le milieu étudié, nous nous sommes retrouvée dans la situation complexe d'avoir déjà fait partie de l'objet sur lequel nous voulions nous pencher. Il nous semblait donc crucial, tel qu'évoqué plus haut, d'établir les opportunités, mais aussi les

risques, que cela impliquait du point de vue de la production de connaissances scientifiques. En adoptant une perspective réflexive, nous voulions prendre en compte cette réalité et faire ressortir l'influence que nous avons eue sur la situation d'enquête, les résultats obtenus et les actions qui en découleront (Roth, 2005; Welzer-Lang et Filiod, 1993). Nous voulions également valoriser le fait que nous avons pu développer une compréhension en profondeur des enjeux dans ce milieu d'une manière que des personnes qui lui sont étrangères n'auraient sans doute pas pu. À ce sujet, Roth (2005) nous rappelle que les tenants de l'ethnologie considèrent que la compréhension d'un phénomène passe par l'expérience qu'en a le chercheur, construisant ainsi un savoir qui lui est propre. Quant à eux, Denzin et Lincoln (2005) considèrent que la recherche, depuis la fin des années 1990, est marquée par la réflexivité et la diversité des points de vue. Cela représenterait un environnement propice à la confrontation et la présence d'éléments autobiographiques du chercheur (Coffey, 2002), ce qui permet de prendre en compte la question de la subjectivité (Walkerdine et al., 2002). Notre démarche de recherche a donc tenu compte de tous ces enjeux.

2.2 Orientations théoriques

Tel qu'il a été mentionné au premier chapitre, nous ne savons que peu de choses sur la stratégie de soutien au développement des communautés. Cette recherche se voulait donc dans un premier temps exploratoire, afin de faire émerger de nouveaux savoirs à partir desquels il sera possible de répondre aux questions et atteindre les objectifs de recherche. Une approche inductive, tout au long du processus de recherche, a ainsi été privilégiée. Selon Atwood et Hinds (1986), l'approche inductive est particulièrement appropriée quand l'état des connaissances sur un sujet est limité. Morse et Field (1995) croient également que l'approche inductive est pertinente quand on connaît peu le phénomène observé et que certains savoirs devraient être mis en valeur. Il s'agit, selon ces auteurs, d'une approche principalement descriptive, qui se déroule avant tout sur le terrain, où le chercheur a pour but d'identifier des tendances générales à partir de sa collecte de données et de ses observations. Selon Bryman (2012), le processus d'induction implique le fait de tirer des

conclusions généralisables à partir d'observations, quoique l'auteur souligne que le processus d'induction en soi est susceptible d'entraîner un minimum de déduction. Afin de bonifier le processus, un mouvement itératif entre le corpus de données et la théorie, incluant la littérature sur le sujet, est souhaité.

C'est donc volontairement que nous n'avons pas eu recours à divers cadres théoriques dont nous aurions éventuellement pu nous inspirer. La démarche suivie est bien reflétée dans ce que Creswell (2014) proposait récemment comme cadre logique d'une démarche inductive. Elle repose sur un processus inductif, construit à partir de l'analyse des données pour en dégager en discussion des tendances générales. Creswell résume la logique inductive dans le modèle suivant :

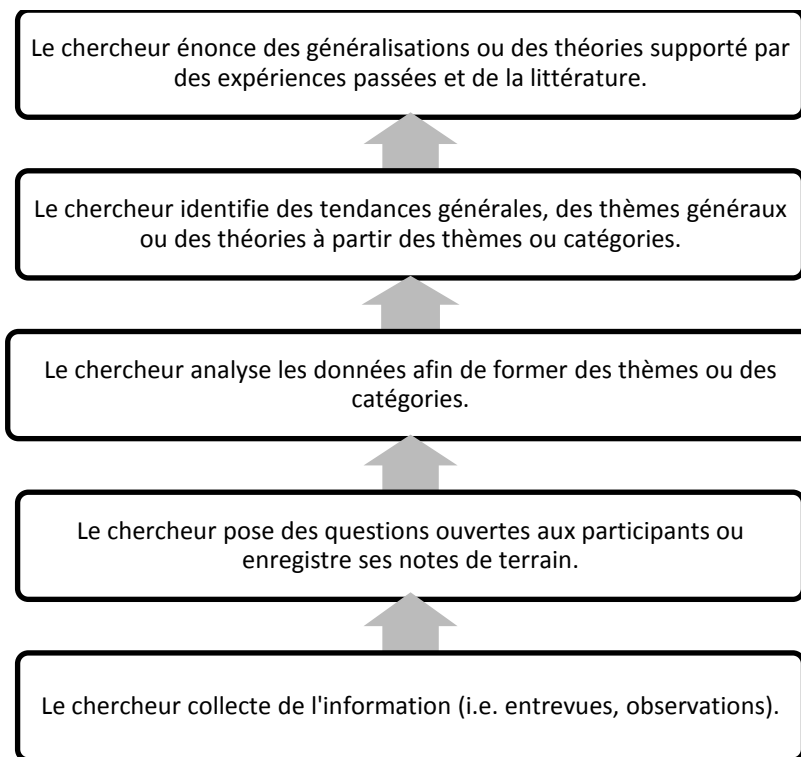


Figure 2. La logique d'un projet de recherche inductif

Traduction libre de Creswell, 2014, p. 66

2.3 Orientations méthodologiques : quatre opérations de collecte de données

De manière à répondre aux trois questions de recherche posées plus haut, dans la perspective épistémologique et théorique que nous venons de présenter, divers choix méthodologiques ont été faits.

D'abord, il est important de souligner que cette recherche s'est déroulée principalement au CSSS de la Vieille-Capitale et sur son territoire. Ce choix a d'abord été fait parce que ce centre, parmi les divers CSSS du Québec, était un de ceux qui avaient explicitement choisi de s'orienter vers une approche de soutien au développement des communautés et qu'il mettait en place, au moment de débiter la thèse, les structures nécessaires à cette orientation. Il apparaissait donc comme une sorte de cas exemplaire à étudier, qui ne permettrait sans doute pas de généraliser les résultats à l'ensemble des CSSS, mais qui serait particulièrement révélateur pour faire émerger les dimensions importantes à considérer pour tout CSSS qui souhaite mettre en place une telle stratégie et orienter une partie du travail de ses organisateurs communautaires et du reste de son personnel dans cette direction. De plus, la direction du CSSS de la Vieille-Capitale et la coordination de l'organisation communautaire de cette organisation acceptaient de participer au projet de recherche, conscients de la pertinence de mieux documenter le sujet pour l'avancement des connaissances et des pratiques.

Une fois ce choix fait, quatre opérations de collecte de données ont été menées de manière à collecter l'information requise pour répondre aux trois questions posées plus haut : la rédaction d'un journal de bord; une étude ethnographique dans le quartier Stadacona, situé dans le secteur Limoilou du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale; la mise en place d'un groupe de pratique réflexive pour les organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale; et enfin, la réalisation d'entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs clés quant au processus de mise en place de la stratégie de soutien au développement des communautés au Québec en général, dans la région de Québec en particulier et plus

spécifiquement au CSSS de la Vieille-Capitale. Chacune est présentée en détail dans les prochains paragraphes.

2.3.1 Journal de bord

Un journal de bord, tenu tout au long d'une recherche, est une façon répandue d'embrasser le « soi » et d'intégrer la biographie personnelle dans la recherche qualitative (Coffey, 2002). Attendu la perspective réflexive énoncée plus haut, c'est un endroit où accumuler de l'information et des réflexions permettant de stimuler la réflexivité et de documenter l'implication personnelle du chercheur. En y notant les observations quotidiennes du terrain de recherche et les réflexions qu'elles suscitent, le journal de bord permet ainsi un retour sur les actions et contribue à la compréhension du sujet à l'étude et à l'identification des positions du chercheur (Roth, 2005).

Pour réaliser ce projet de recherche, nous nous sommes inspirée du journal de bord tel que présenté par Baribeau, et nous avons consigné à la fois des données descriptives, des réflexions et des analyses personnelles (Baribeau, 2005). Nous y avons également intégré des éléments autobiographiques. À l'instar de certains auteurs, nous avons postulé que l'autoethnographie était pertinente à l'analyse de l'objet qui nous préoccupait.

Autoethnography widens/blurs/disrupts the boundaries of qualitative research. It interweaves the personal and the social, moving back and forth between the two. It links past, presents and futures of qualitative inquiry. It redefines old spaces and opens up new spaces. It reworks dichotomies between subjectivity and objectivity, autobiography and culture, the social and the self. It provides a mechanism for extending ethnography beyond the academy and encourages writers to make ethnography readable, evocative, engaging and personally meaningful (Coffey, 2002, p. 326).

Notre journal de bord, qui totalise environ 60 pages écrites à la main, a été tenu pendant deux ans, à une fréquence variable, en fonction des activités réalisées et de l'intensité des périodes de réflexion. L'étude des données de ce journal a mis en évidence les liens entre

les aspects descriptifs et réflexifs. La manière dont ces données ont par la suite été analysées est présentée plus loin. Voici deux exemples d'extraits :

31 août 2011. Téléphone de l'organisateur communautaire, comme entendu, suite à la rencontre d'où je suis partie avant la fin. Il qualifie la démarche de maniaco-dépressive. Ça n'avance pas à la vitesse et avec les actions qu'il aimerait. Il me dit également qu'il sent que les membres sont à sa remorque. (...) Quant à la démarche de DC, il semble que son manque de structure l'empêche d'évoluer. Est-ce que mettre en place une structure plus officielle avec des partenaires plus solides, permettrait de sortir de la maniacodépression? Je sens un jugement de ma part face au travail de l'organisateur communautaire quand je pense à cela. De quelle façon cette pensée l'influence? Lui ai-je déjà dit?

4 octobre 2011. Rencontre avec le coordonnateur de l'organisation communautaire. Discussion sur la grille élaborée pour le groupe de pratique réflexive. Il n'est pas à l'aise avec la question sur l'influence du discours de santé publique. (...) Il considère que le DC n'est pas nouveau dans la pratique et que les organisateurs communautaires sont formés sur les déterminants sociaux de la santé depuis longtemps. Il considère qu'il faudrait faire une analyse selon la date d'entrée en CLSC. Ainsi, je verrais que ce sont les jeunes qui ne travaillent pas en ce sens. Réflexion personnelle : je suis sceptique face aux propos du coordonnateur. La littérature rapporte que l'approche programme date des années 1980-1990. Et personnellement, je constate que si certains en parlaient en ces termes, ce n'était pas généralisé dans la pratique. Quand on a fait l'analyse des dossiers l'an passé, on a fait plusieurs activités de formation sur le sujet : Bilan du comité des organisateurs communautaires en 2009, analyse des dossiers avec grille en 2010, travail sur les principes du DC au bilan comité des organisateurs communautaires en 2010, etc. Comme j'ai travaillé là-dessus, j'ai moi-même contribué à la connaissance et l'utilisation de ces termes par les organisateurs communautaires.

2.3.2 Étude de cas ethnographique

Selon Burawoy (2003), l'étude de cas élargie de type ethnographique permet non seulement de mettre en lumière les écarts entre les prescriptions normatives et les pratiques quotidiennes, mais elle permet aussi de commencer à les expliquer. Le chercheur peut alors, par l'application de la science réflexive à l'ethnographie, réussir à faire des suggestions sur le général à partir du particulier, se déplacer entre les dimensions micro et macro et connecter le présent avec le passé, en anticipant le futur. À travers l'observation

participante, définie comme une technique d'enquête empirique propre à l'ethnographie (Burawoy et al., 2000), le chercheur a la capacité de réaliser une interprétation de situations sociales et d'élucider les processus sociaux en cours: « If ethnography has any place, it is irrevocably local, buried in black holes or locked in real virtuality » (Burawoy et al., 2000, p. 2). L'ethnographie privilégie la découverte des réalités quotidiennes (Welzel-Lang et Filiod, 1993), et permet au chercheur de s'engager dans l'exploration approfondie de l'expérience vécue des personnes, à la recherche d'une compréhension de l'intérieur.

Comme l'étude de type ethnographique permet l'observation intense d'un phénomène dans un contexte réel, nous l'avons utilisée pour documenter le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés dans le quartier Stadacona, situé sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. À l'aide de techniques couramment utilisées en ethnographie, l'observation participante, les entrevues semi-dirigées et le journal de bord (Denzin et Lincoln, 2005; Roth, 2005; Willis, 2007), nous avons observé la mise en place de cette démarche de développement des communautés. En accord avec le coordonnateur des organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale, la démarche de ce quartier en particulier a été choisie en raison de son état d'avancement au moment où nous commençons le projet de recherche et du fait que sa mise sur pied était réalisée de manière explicite selon l'approche de soutien au développement des communautés telle qu'élaborée par les instances québécoises de santé publique. Nous avons également, dans une première étape d'exploration qui visait à étudier la faisabilité du projet de thèse et à établir les partenariats nécessaires à sa réalisation, participé à trois rencontres du comité qui mettait en place la démarche dans le quartier et vu que nous pouvions nous y insérer sans problème. En sus, il s'agissait, pour le CSSS de la Vieille-Capitale, de la première démarche à être explicitement mise sur pied selon les principes associés au développement des communautés et l'organisateur communautaire qui accompagnait le comité se montrait intéressé à participer à la recherche. La démarche de Stadacona était donc une sorte de cas exemplaire et nous l'avons retenue à cet égard.

Au moment d'entamer la recherche, l'organisateur communautaire du CSSS était impliqué dans le quartier depuis plus d'un an. Il avait soutenu la mise sur pied de deux groupes dans

ce quartier : *Stadacona bouge à l'année!*, qui assurait de l'animation auprès des enfants du quartier, et *Sécuribouffe*, qui réalisait des activités liées à la sécurité alimentaire. Pour mettre sur pied ces groupes, il avait travaillé en concertation avec les principaux organismes du milieu : un centre communautaire, l'Office municipal d'habitation et un organisme caritatif de distribution alimentaire, vestimentaire et de meubles. Il avait aussi mobilisé de nombreux citoyens qui assuraient le suivi des projets. Selon l'organisateur communautaire, ces organismes et ces citoyens souhaitaient élargir leurs préoccupations et s'insérer dans une démarche de développement de leur communauté.

Afin de documenter la mise en place de cette expérience de développement des communautés, nous avons réalisé les opérations de collecte de données suivantes:

- Observation participante lors des rencontres du comité qui a procédé au choix des actions liées à la démarche de développement des communautés et qui a supervisé leur réalisation, sur une période de 32 mois, entre les mois de mars 2010 et octobre 2012, lors de 23 rencontres d'une durée moyenne d'environ 120 minutes. Ce comité était composé de 12 personnes qui participaient de façon variable aux rencontres. Les observations faites lors de ces rencontres ont été inscrites dans le journal de bord. Nous avons également participé à trois activités réalisées par le comité (deux soupers de Noël et une Fête des Voisins).
- Consultation des divers documents écrits dans le cadre de cette expérience. Nous avons compilé les comptes rendus des rencontres du comité rédigés par l'organisateur communautaire et les journaux de quartier produits par les membres du comité. Nous avons également réalisé une brève recherche documentaire sur les sites internet de la Ville de Québec, du blogue tenu par l'historien Jacques Lacoursière et d'autres documents d'archives sur l'histoire du secteur en utilisant le moteur de recherche Google, de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec et le site internet de la Bibliothèque de l'Université Laval. Les documents retenus apparaissent dans les références bibliographiques.

- Un total de 14 entrevues, réparties en trois sous-ensembles de la manière suivante :
 - o Entrevues individuelles avec dix personnes qui ont participé au comité local responsable de la démarche de développement des communautés du quartier entre les mois de novembre 2011 et février 2012; elles étaient issues du milieu citoyen (5) et communautaire (5) (voir Annexe A pour le schéma d'entrevue et le formulaire de consentement). Durant cette période, les membres du comité sont demeurés stables et ont tous été interviewés sauf un qui ne se sentait pas capable de réaliser cette tâche. La durée moyenne de ces entrevues est de 48 minutes et elles ont toutes été transcrites verbatim.
 - o Entrevue individuelle semi-dirigée avec l'organisateur communautaire du CSSS de la Vieille-Capitale responsable de soutenir la démarche qui participait d'office au comité local (voir Annexe B pour le schéma d'entrevue et le formulaire de consentement); cette entrevue réalisée au mois de février 2012, a duré 68 minutes et a été elle aussi transcrite verbatim.
 - o Entrevues individuelles semi-dirigées avec trois informateurs-clés du quartier. Ces personnes n'ont pas participé aux rencontres du comité, mais furent identifiées par les membres du comité ou l'organisateur communautaire comme ayant influencé le processus de mise en place de la démarche de développement des communautés dans le quartier (voir Annexe C pour le schéma d'entrevue et le formulaire de consentement). Ces entrevues, réalisées entre les mois de novembre 2011 et février 2012, sont d'une durée moyenne de 46 minutes et ont elles aussi été transcrites verbatim.
- Finalement, nous avons consigné dans notre journal de bord les discussions informelles avec l'organisateur communautaire que nous avons eues durant les 32 mois d'observation participante, afin notamment de rendre compte des effets de notre présence.

2.3.3 Groupe de pratique réflexive pour les organisateurs communautaires

Afin de collecter le point de vue des organisateurs communautaires sur les transformations de leur pratique en regard du discours sur le soutien au développement des communautés proposé par les instances québécoises de santé publique, nous avons procédé à la mise en place d'un groupe de pratique réflexive. La formation de ce groupe nous a semblé être l'outil idéal pour expliciter les pratiques et leurs enjeux, y réfléchir (Dolbec, 1998) et enrichir l'information obtenue par l'étude ethnographique.

Selon Tremblay et al. (2013) et Issitt (2003), la réflexivité est cruciale pour le développement de la pratique professionnelle, car elle permet d'intégrer la théorie et la pratique, de transformer les expériences en apprentissages et d'acquérir de nouvelles compétences. Tremblay et al. (2013, p.2) définissent la réflexivité comme « an intentional intellectual activity in which individuals explore or examine a situation, an issue or a particular object on the basis of their past experiences to develop new understandings that will ultimately influence their actions ». Ces derniers distinguent deux formes de pratique réflexive : formative et critique. La réflexivité formative permet aux professionnels de faire sens des situations vécues et d'identifier des apprentissages pertinents pour la pratique, dans le but de l'améliorer. La réflexivité critique, quant à elle, amène les professionnels à questionner les prémisses de la pratique ainsi que les enjeux de pouvoir qui la sous-tendent (Tremblay et al., 2013).

Amulya (2011) distingue la pratique réflexive individuelle de la pratique réflexive collective. Quoique les deux types soient mutuellement dépendants, cette dernière rend le travail plus efficace et innovant, à travers la mise en lumière continue des apprentissages et la capacité à réaliser des changements de plus grande ampleur (Amulya, 2011). Issitt (2003), qui s'intéresse à la réflexivité en promotion de la santé, s'inspire de théories propres au champ de l'éducation et considère qu'il y a trois niveaux de réflexivité : le premier questionne l'atteinte des objectifs, le deuxième s'intéresse à la prise en compte du contexte et le troisième, intègre une perspective transformative à l'action. Ce dernier niveau est particulièrement pertinent pour la promotion de la santé, car il permet de transformer les

connaissances et de comprendre leur effet dans le monde professionnel en alliant les dimensions personnelles, professionnelles et politiques (Issitt, 2003).

Comme « reflective practice is fundamentally structured around inquiry » (Amulya, 2011, p. 4), ce groupe nous a permis documenter concrètement les pratiques d'organismes communautaires en soutien au développement des communautés et la perception qu'ils en ont. En sus, nous avons pu observer à travers ce groupe différentes composantes de la stratégie, son intégration à la pratique et les éléments favorables et défavorables à cet effet. Le groupe, qui visait à créer un espace de parole pour ceux qui sont confrontés au processus de développement des communautés, supposait une transformation à la fois de l'acteur et de l'action (Dolbec, 1998). Parce que le soutien au développement des communautés était une pratique récente, il était important d'identifier et de comprendre les changements suscités et d'en faire état au fur et à mesure qu'ils se réalisaient. Le groupe de pratique réflexive a ainsi dégagé un espace où la parole s'est traduite par une prise de contrôle sur la définition même de la pratique et se répercuter immédiatement dans l'action des participants.

Le groupe a été composé d'organismes communautaires responsables de projets qui s'apparentaient ou contribuaient au développement des communautés. L'ensemble des organismes communautaires et la coordonnatrice professionnelle des organismes communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale ont été invités sur une base volontaire à participer au groupe. À l'aide d'une grille élaborée spécifiquement pour ce projet de recherche (voir Annexe D pour la grille et le formulaire de consentement), quatre rencontres animées par la chercheuse ont eu lieu. D'une durée moyenne de deux heures et quinze minutes elles ont été réalisées entre les mois d'octobre 2011 et avril 2012. Sur une possibilité de dix-huit, quinze organismes communautaires ont participé aux rencontres. Comme la participation était volontaire, les participants variaient d'une rencontre à l'autre, mais la grande majorité des participants a été présent aux quatre rencontres, la participation variant entre douze et quinze personnes.

Les rencontres prirent la forme d'études de cas. Avant chaque rencontre, l'ensemble des organisateurs communautaires était sollicité afin qu'une personne se propose pour présenter un projet qu'elle avait préalablement analysé à l'aide de la grille. Suivant les dimensions de la grille, le cas était présenté pendant la rencontre et des questions de clarification étaient posées pendant la présentation. Une discussion s'ensuivait sur le processus de mise en place du projet dont chaque cas faisait l'objet, sa contribution au développement des communautés, les techniques utilisées pour le réaliser, les enjeux qu'il soulevait ainsi que les éléments favorables ou non à sa réalisation. Avec l'accord de tous, les rencontres ont été enregistrées et les grands thèmes, les orientations, les questionnements et les décisions étaient transcrits. Tout au long du processus, le CSSS de la Vieille-Capitale et les organisateurs communautaires ont appuyé la démarche.

2.3.4 Entrevues semi-dirigées

Nous avons finalement désiré connaître le point de vue d'acteurs-clés qui ont contribué à définir la stratégie de soutien au développement des communautés ou à l'inscrire dans les pratiques au niveau provincial, régional et local afin de comprendre les contextes généraux dans lesquels la stratégie s'inscrivait et identifier les éléments favorables ou non à son intégration dans la pratique des organisateurs communautaires et les organisations qui les emploient. Le critère pour sélectionner les participants était d'être reconnu publiquement comme un acteur-clé dans la définition ou l'implantation de la stratégie au niveau de la province, de la région ou du territoire local du CSSS de la Vieille-Capitale. À l'aide de ce critère, dix personnes ont été identifiées, desquelles neuf ont accepté d'être rencontrées en entrevue entre les mois de novembre 2011 et juin 2012 (trois pour la province, deux pour la région et quatre pour le territoire local). La dixième personne, retraitée au moment des entrevues, n'a pas été sollicitée. Les entrevues étaient d'une durée moyenne de 60 minutes (voir le questionnaire d'entrevue et le formulaire de consentement à l'Annexe E). Comme pour les autres ensembles d'entrevues, celles-ci ont été enregistrées avec le consentement des participants et transcrites verbatim.

2.4 Analyse des données

L'ensemble des données tirées des trois séries d'entrevues (étude de cas, groupe réflexif et entrevues complémentaires) a été analysé selon une approche inductive générale à l'aide du logiciel NVivo9 (Blais et Martineau, 2006; Thomas, 2006). Saldana (2011, p. 93) soutient que ce qui est « inductive is what we explore and infer to be transferable from the particular to the general, based on an examination of the evidence and an accumulation of knowledge ». Blais et Martineau (2006, p. 2) en parlent de leur côté comme d'un « processus de réduction des données en décrivant un ensemble de procédures visant à 'donner un sens' à un corpus de données brutes, mais complexes, dans le but de faire émerger des catégories favorisant la production de nouvelles connaissances en recherche ».

Suivant cette logique, nous avons condensé les données en grands thèmes puis les avons regroupées en catégories, selon la question de recherche à laquelle on voulait répondre. Cette façon de procéder a facilité le résumé des données brutes et permis d'établir des liens entre les objectifs de recherche et les catégories issues de l'analyse ainsi que d'organiser ces catégories selon un cadre cohérent permettant de répondre aux questions (Thomas, 2006). L'analyse inductive générale s'est avérée être un moyen simple et systématique, à partir de procédures balisées (Thomas, 2006), pour analyser les données de façon à produire les résultats qui seront présentés plus loin dans la thèse.

Les données issues des deux premières opérations de collecte de données – étude ethnographique et groupe de pratique réflexive - ont été analysées selon cette logique de manière à répondre aux deux premières questions de recherche. Quant à la troisième question, elle a été abordée à partir des entrevues semi-dirigées de la troisième opération et les résultats ont été analysés selon la même logique. Les résultats ont ensuite été validés à partir des données des deux premières opérations, où la question des éléments qui favorisent l'intégration de la stratégie de soutien au développement des communautés avait aussi été posée. Quant aux données plus générales issues du journal de bord et de la recherche documentaire, elles ont principalement servi à confronter l'information analysée

selon la méthode inductive et n'ont pas été analysées à l'aide du logiciel NVivo9, car elles n'ajoutaient pas d'élément nouveau.

2.5 Stratégies employées pour assurer la rigueur scientifique

En recherche qualitative, la question du relativisme est au cœur de toute discussion sur les critères utilisés pour établir la rigueur scientifique (Smith et Deemer, 2003). En effet,

There is no question that we must, as both inquirers and laypersons, learn to live with uncertainty and contingency, and forgo the hope that something will come along that will enable us to transcend our human finitude. But, that said, the relativism that arrives with this perspective does not mean we must give ourselves over to the neorealist fear that all judgments are equally valid, or that 'anything goes' in our assessments of the quality of the inquiry (Smith et Deemer, 2003, p. 438).

Smith et Deemer (2003) considèrent que l'ethnographe a une disposition naturelle, ou une obligation morale, à travailler à partir de sa propre biographie, pour entrer en relation avec d'autres biographies. Cela l'amène à défendre sa position – préjugés et jugements - dans un espace social où il est confronté à la position des autres. Le rappel de cette obligation lui permet ainsi de maximiser la possibilité que ses recherches aient contribué à des mondes éducatifs et sociaux plus justes. La confrontation du discours issu des données de recherche permet ainsi d'ancrer les résultats dans un contexte et un processus de construction de la réalité (Smith et Hodkinson, 2005).

Selon Guba et Lincoln (2005), les critères de validation de toute recherche sont négociés et situés dans le temps. Toujours selon ces auteurs, les constructivistes iraient jusqu'à refuser d'adopter des standards permanents par lesquels une seule vérité universelle apparaîtrait. L'accord autour des résultats de recherche serait ainsi produit par la relation entre les membres d'une communauté, où une négociation sur ce qui est posé comme vrai a lieu. Les résultats de recherche seraient ainsi considérés comme fiables s'ils sont considérés comme appropriés à la manière avec laquelle les participants à la recherche construisent leur monde social. Le processus d'interprétation des données est ainsi d'une importance capitale, où la

rigueur et la capacité de réflexivité du chercheur sont de mise.

Saldana (2011) considère que la fiabilité et la crédibilité sont les principaux critères à considérer en recherche qualitative et sont, avant tout, une question d'honnêteté et d'intégrité de la part du chercheur. La fiabilité serait établie par la capacité de décrire le processus de recherche aux lecteurs : la durée du terrain de recherche, la quantité de données collectées et la mise à jour des dilemmes éthiques ou analytiques. Pour établir la crédibilité au moment de l'analyse des données, cet auteur propose les méthodes suivantes : revoir le processus de codification deux fois, corroborer l'analyse des données avec les participants et trianguler les données (Saldana, 2011).

Dans le cas de notre recherche, nous avons utilisé plusieurs moyens pour nous assurer que la collecte et l'analyse des données répondaient à ces exigences. Tout d'abord, en ce qui concerne la fiabilité du processus, soulignons que l'ensemble des observations, tous volets confondus, fut inscrit dans un journal de bord, ce qui assura le suivi des réflexions tout au cours de la recherche et permit de faire émerger divers dilemmes, intégrés par la suite à l'analyse et la réflexion. Une grille d'entrevue générale fut validée par deux organisateurs communautaires ne pratiquant pas au CSSS de la Vieille-Capitale et, dans un esprit participatif, la fiche d'analyse du groupe de pratique réflexive fut élaborée avec la coordinatrice de l'organisation communautaire du CSSS étudié. Les trois membres du comité de thèse (directeur, codirectrice, membre du comité) ont également approuvé l'ensemble des outils de collecte de données. Finalement, comme décrit dans la section précédente, nous avons diversifié les sources de données (observation participante, entrevues, journal de bord, recherche documentaire et rencontres du groupe de pratique réflexive) et nous avons réalisé un terrain de recherche de plus de 32 mois.

En ce qui concerne la crédibilité, le principe de triangulation des données tel que décrit par Patton (2002) fut appliqué. Patton identifie quatre types de triangulation : triangulation des sources de données, des méthodes, des analyses et triangulation théorique. La triangulation des sources de données fut assurée par l'utilisation des mêmes questions, adaptées en

fonction des personnes rencontrées, dans les trois volets de la recherche. La triangulation des méthodes fut assurée par l'utilisation de l'observation participante, d'entrevues semi-dirigées, du groupe de pratique réflexive et du journal de bord. La triangulation des analyses fut réalisée par la participation d'autres personnes que la chercheuse principale à l'analyse des données codifiées et dénominalisées. Dans le cas des données issues du groupe de pratique réflexive, cette analyse fut réalisée conjointement par la chercheuse, la coordinatrice de l'organisation communautaire et trois organisateurs communautaires qui ont participé au groupe. Dans le cas de l'étude ethnographique, c'est l'organisateur communautaire associé à la démarche qui a contribué à l'analyse des données. Pour des raisons de faisabilité du 3^e volet, c'est-à-dire les entrevues semi-dirigées avec des acteurs locaux, régionaux et provinciaux, seuls les résultats finaux furent présentés à deux participants pour entendre leur point de vue quant aux explications que ces résultats fournissaient. Enfin, la triangulation théorique ne s'est pas réalisée parce qu'elle ne s'appliquait pas à l'approche de recherche retenue (Patton, 2002).

Certains biais ont pu survenir en cours de recherche, principalement issus du contexte à l'étude et du rôle de la chercheuse. En effet, comme la chercheuse était organisatrice communautaire au moment de commencer la recherche, il est certain qu'elle a pu exercer une influence sur le déroulement et les propos collectés en entrevue. Afin de mettre en lumière les aspects autoethnographiques de la démarche, nous avons consigné minutieusement nos réflexions à ce sujet dans le cahier de bord, ce qui a été utilisé lors de l'analyse des données. Nous nous sommes également retirée du milieu de travail pendant la collecte de données et les étapes subséquentes du processus de recherche afin de créer une distance avec le milieu, favorisant par le fait même la capacité de réflexivité.

2.6 Considérations éthiques

Comme la recherche peut avoir des effets sur la vie des participants, le chercheur doit prévoir une forme de contrat qui veillera à protéger l'individu des effets négatifs potentiels d'un projet. L'éthique oblige également le chercheur, au-delà des questions de protection de

l'individu, à annoncer la trajectoire morale utilisée pour accéder au savoir, ce qui le ramène à sa position épistémologique (Guba et Lincoln, 2005; Stake, 2005). « The way in which we know is most assuredly tied up with both what we know and our relationships with our research participants » (Guba et Lincoln, 2005, p. 209).

Une recherche interprétative nous amène à reconnaître le savoir de l'autre, ce qui suppose de l'entendre. En allant recueillir sa parole, nous nous plaçons toujours dans une position délicate, amplifiée dans notre cas par le fait d'avoir été organisatrice communautaire et ayant toujours gardé un lien d'emploi avec l'établissement où nous avons réalisé la recherche et ce, même si nous étions en congé sans solde pour études depuis plusieurs années. Nos préoccupations éthiques se sont inscrites dans cette réflexion. En conséquence, nous avons porté une attention particulière aux effets négatifs indirects de notre recherche en ce qui a trait au consentement, au droit à la vie privée et à la confidentialité des données (EPTC2, 2010). Le projet a été mené suite à l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Vieille-Capitale en 2011 (projet no. 2011-2012-08), puis renouvelé annuellement et exempté par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval par entente entre les deux organisations.

Au sujet du consentement, nous avons signifié à toutes les personnes approchées dans le cadre des diverses opérations de recherche décrites plus haut leur droit de ne pas participer pour quelque raison que ce soit à la recherche, et ce, sans préjudice. La participation à ce projet de recherche était volontaire et les participants ont été informés de leur droit à se retirer à tout moment. Toutes les personnes ont pu obtenir autant d'information que nécessaire pour consentir de façon éclairée. Des formulaires de consentement (voir les diverses annexes) ont été utilisés pour les entrevues individuelles et les rencontres du groupe de pratique réflexive. Ils ont été distribués aux participants avant l'entrevue. Pour l'observation participante des rencontres du comité dans Stadacona, le sujet de notre présence aux rencontres avait été discuté en notre absence et la décision de nous accepter fut prise avec l'accord de toutes les personnes présentes.

Avec les membres du comité responsable de la démarche de développement des communautés dans le quartier où l'étude de cas a été faite, nous avons discuté de la pertinence d'identifier le quartier lorsque les résultats de la recherche seraient diffusés. Nous avons cru que la décision de nommer le quartier appartenait au groupe et advenant le cas où les membres du groupe ne voulaient pas qu'il soit nommé, des méthodes alternatives auraient pu être explorées avec eux. Ils ont toutefois demandé à identifier explicitement le quartier afin de mettre en valeur leur implication.

Quant au droit à la vie privée et à la confidentialité, nous nous étions engagée à ne pas communiquer d'information confidentielle et à ne diffuser que des données agrégées et dépersonnalisées. Nous insistons pour rappeler qu'aucune information individuelle ou point de vue personnel n'a été communiqué à d'autres membres du personnel ou du personnel-cadre du CSSS ou de toute autre organisation. Toutes les entrevues ont été enregistrées anonymement sous format MP3 et toutes les données ont été cryptées. Si certains prénoms étaient mentionnés en cours d'entrevue, nous nous sommes assurée qu'ils n'étaient pas inscrits lors de la transcription et ils furent remplacés par des codes dont seule la chercheuse principale connaissait la signification. Nous avons aussi porté une attention particulière à la communauté où s'est déroulée la démarche ethnographique en ne diffusant pas d'information susceptible de lui causer préjudice. Enfin, nous nous sommes assurée qu'il était impossible de reconnaître les participants lors de publications ou d'activités de diffusion. Dans le cas de l'organisateur communautaire associé à la démarche de développement des communautés dans le quartier, plus facile à identifier, nous avons confirmé avec lui l'ensemble des informations diffusées. Cette personne avait été informée de cette particularité au moment de s'engager dans notre recherche et cela avait fait partie de son consentement à y participer.

Finalement, nous avons longuement abordé plus haut la dimension épistémologique de la position délicate d'employée, libérée temporairement pour études, dans l'organisation où se déroulait la recherche. Nous avons porté une attention particulière à la dimension éthique de cette position en étant la plus transparente possible dans les choix et les décisions que nous avons prises. L'ensemble des décisions concernant les choix méthodologiques et les

orientations du projet a été discuté avec les membres de la direction du CSSS de la Vieille-Capitale, la coordonnatrice de l'organisation communautaire et les organisateurs communautaires, en sus de notre comité de thèse.

Chapitre 3. Article 2

Implementing an innovative health promotion strategy: a case study of the “Support for the development of communities” strategy in Quebec, Canada

Auteurs: André-Anne Parent, Paule Simard, Manon Roy, Michel O’Neill

Soumis à *Health Promotion Practice*

Mettre en œuvre une stratégie de promotion de la santé innovante : une étude de cas de la « Stratégie de soutien au développement des communautés » au Québec, Canada

Résumé

La province de Québec (Canada) a intégré une stratégie transversale de promotion de la santé dans les plans d'action provinciaux, régionaux et locaux de santé publique, qui s'intitule « Stratégie de soutien au développement des communautés ». Cependant, jusqu'à maintenant, la stratégie n'avait pas été documentée. Utilisant une étude de cas ethnographique, cette recherche illustre le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés dans un quartier du centre-ville de Québec. Les résultats révèlent que la stratégie devrait être orientée explicitement vers la réduction des inégalités sociales de santé. Des interventions qui visent l'*empowerment* des citoyens, les actions sur les déterminants sociaux de la santé et les politiques publiques favorables à la santé sont discutées et présentées comme des façons de renforcer la stratégie.

Abstract

The province of Quebec (Canada) has integrated a crosscutting health promotion strategy in its provincial, regional and local public health plans, titled « Support for the development of communities ». But until now, the strategy had not been documented. Using an ethnographic case study design, this research has done so in an inner-city neighborhood of Quebec City. The results reveal that the strategy should be geared explicitly towards the reduction of health inequities. Interventions aimed at empowering citizens, actions on social determinants of health and the promotion of public policies in favour of health equity are discussed as ways of enhancing the strategy.

Keywords: Development of communities; health inequities; local public health practices; health promotion; Province of Quebec.

Implementing an innovative health promotion strategy: a case study of the “Support for the development of communities” strategy in Quebec, Canada

Authors :

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate). She is a Ph.D. Community Health student at the Faculty of Nursing, Université Laval, and Trainee with the Transdisciplinary Research on Public Health Interventions Program.

880, Père-Marquette, 3rd Floor

Québec (Québec), CANADA

G1S 2A4

Tel: +1-(418) 681-8787-3865

andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Paule Simard, Ph.D. She is researcher at the Institut national de santé publique du Québec, Adjunct Professor at the Faculty of Nursing, Université Laval, and Director of the WHO Collaborating Center for the Development of Healthy Cities and Towns.

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe

Québec (Québec), CANADA

G1V 5B3

tel: +1-(418) 650-5115 poste 5515

paule.simard@inspq.qc.ca

Manon Roy. She is a Community Organizer at the CSSS de la Vieille-Capitale.

1405 Chemin de la Canardière
Québec (Québec), CANADA
G1J 0A7
Tel: +1-(418)529-2572-4943

Michel O'Neill, Ph.D. He is Professor Emeritus at Université Laval and Adjunct Professor at the Faculty of Nursing, Université Laval.

1050, rue de la Médecine,
Pavillon Ferdinand-Vandry, CIFSS, bureau 3435
Université Laval, Québec (Québec) CANADA
G1V 0A6
tel: +1-(418)-656-3356; télécopieur: +1-(418)-656-7747
Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca

Corresponding Author :

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate)
880, Père-Marquette, 3rd Floor
Québec (Québec), CANADA
Canada
G1S 2A4
Tel : +1-(418)-681-8787-3865
andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Introduction

Contemporary public health is characterized by the presence of complex problems and health inequities for which there is very little evidence on how to design practices (Marmot, 2009; Mc Queen, 2007; Potvin & al., 2010; Ridde, Guichard, & Houeto, 2007). In fact, a literature search will reveal numerous articles discussing the links between contextual factors (Gore & Kothari, 2012; Walter Rasugu Omariba, 2010) or neighbourhood characteristics (Bernard & al., 2007; Bilger & Carrieri, 2013) and the health status of the population (Collins, Hayes, & Oliver, 2009), as well as the links between some health determinants such as income, occupation or level of education and the health status of a population (Sacker, Wiggins, & Bartley, 2006; Wilson, Eyles, Elliott, & Keller-Olaman, 2009). However, a majority of public health interventions still target individual determinants instead of structural ones and few have for focus the reduction of health inequities (Cohen & Schuchter, 2012; O'Campo, 2012; Ridde & al., 2007; Robinson, 2005).

Background

In this article, we discuss an innovative health promotion strategy underway in Quebec, Canada addressing this issue. Inspired by the international Healthy Cities movement (De Leeuw, Duhl, & O'Neill, 2010) and the Ottawa Charter for Health Promotion (OMS, 1986), Quebec public health authorities adopted in 2003 a strategy entitled “support for the development of communities (SDC)” (MSSS, 2008). Inspired by theories of local development (Rothman & al., 2001), this strategy is unique to Quebec. Indeed, few examples of such strategy integrated into public health activities and aimed at improving population health have been identified (Robinson, 2005).

Since its inception in 2003, SDC has been inscribed into numerous regional and local public health action plans. As the strategy is an approach rather than a program, the *Institut national de santé publique*, Quebec’s provincial expertise centre in public health, has published in 2002 a document that identifies five key principles that should guide SDC interventions (Leroux & Ninacs, 2002) :

- Participation of individuals and local communities
- Empowerment
- Consensus-building and partnership
- Reduction of poverty and inequities
- Harmonization and promotion of healthy public policies

Within a geographical community, a SDC initiative should thus mobilize a large number of actors around shared goals, determined by the community for the purpose of improving the health and living conditions of the population (Delisle, 2012; Leroux & Ninacs, 2002). Thus, reducing health inequities and acting on the social determinants of health are implicit goals of any SDC initiative (Parent & al., 2012). Such an initiative can be conceptualized as a sociosanitary place made up of multiple social spaces where actors meet, develop and implement actions to change their living conditions and hence participate in improving the health status of the population (Aubry and Potvin, 2012). Local change carried out specifically to reduce health inequities thus requires joint action and coordination among actors who control the systems through which the resources necessary to achieve it are accessible (Aubry & Potvin, 2012).

SDC is generally associated with the professional practices of community organizers (CO) in health and social services centres (HSSC)¹. However, the implementation of SDC as a local public health strategy has not yet been documented, although it should be facilitated by the fact that COs are employed in most HSSC. By focusing attention on the social determinants of health to reduce health inequities, the objects of intervention differ from community development activities generally performed by COs in HSSCs, which are focused around social planning, self-help groups and community service organisations. In order to better document the implementation process underlying SDC and determine challenges inherent in it, an ethnographic case study of its implementation in the Stadacona

¹ HSSCs are public facilities. In Canada, they are unique to Quebec. Their mission consists of providing curative and preventive health care services as well as individual social services and community organization activities. Community organizers, whose purpose is to support community action, have been professionally involved in these facilities since the early 1970s.

neighbourhood of Quebec City² was conducted. The main objective was to answer the following question: How does the process of implementing a community development initiative, as defined in the official documents of public health authorities in Quebec, actually occur?

Method

Researchers considered that a case study, using an ethnographic approach, would help highlight and understand the gaps that had already begun to be observed between the key principles proposed in the public health documents and the everyday practices of the COs involved in SDC initiatives. Description of the “routine practices” (Atkinson & al., 2007) of all actors involved in the SCD experience forced to pay close attention to the social processes involved, allowing thus to better understand the implementation of SDC, its practical challenges and its contradictions. Using techniques commonly employed in ethnography, the first author of this article did 32 months of participant observation of the SDC initiative in Stadacona.

Moreover, all citizens (n = 5) (except for one citizen who found the exercise too difficult) and community workers (n = 5) involved in the initiative’s steering committee in 2011 participated in semi-structured individual interviews between January and March 2012. Interviews were also done with the HSSC community organizer (n = 1) and key actors in the community (n = 3) who were managers of local non-profit organizations or community leaders. They did not participate in the initiative’s meetings but had an influence on its process and were selected after consulting the initiative’s committee members. All interview participants were questioned on the implementation of the SDC process in the community, the role they played in it, changes made to their usual way of doing things and elements facilitating or impeding the success of this type of strategy. Interviews were held in the homes of citizens or at participants’ workplaces, lasted on average 49 minutes and were transcribed verbatim. A logbook, as proposed by Baribeau (2005), was used to record

² Participants in the community asked that the neighbourhood be identified in order to be able to inform others of the effort invested in this study.

observations and reflections. The ethics Committee of the *CSSS de la Vieille-Capitale* approved the research protocol.

Data analysis of interviews was done with an inductive method (Blais & Martineau, 2006) using the NVivo9 software. This method allowed: 1) summarize raw data; 2) link the study goals with categories stemming from the analysis; and 3) organize these categories in a coherent framework (Blais & Martineau, 2006). Raw data was initially coded by the first author and main categories were analyzed with the HSSC CO. Results were then double checked by other team members. The logbook was also used to validate results from interviews but was not analyzed specifically. Three dimensions emerged from analysis, they are used below to present the results: the context underlying the emergence of the SDC process, the perception of the process by the various actors and their perception of the respective roles.

Results

Context underlying the emergence of SDC in Stadacona

The community of Stadacona, a financially disadvantaged area in down town Quebec City (CSSS de la Vieille-Capitale, 2011), has a history of charity and mutual aid initiatives spanning several decades. Prior to the implementation of SDC, non-profit organizations in the neighbourhood already offered food distribution services, free snacks for kids being helped with their homework, welcoming activities for new residents in subsidized low income housing facilities, etc. However, in 2007, when local citizens and non-profit organizations partnered to raise the issue of vandalism in their community, they didn't expect that a more structured process in the neighbourhood would come out of it.

Between 2007 and 2009, three new projects emerged of the partnership. The goal of the first project, entitled *Stadacona moves this summer* (free translation), was to reduce vandalism by rallying youth and informing them of local resources, first during the summer and then during the whole year. The goal of the second project, *SecureFood* (free

translation), was to encourage people to become more food self-sufficient through involvement in a group project. The goal of the third project, *Women United in their Differences* (free translation), was to break down the isolation of women in the neighbourhood. The HSSC's CO was involved in all three projects but each one was financed on an *ad hoc* basis through institutional funds, foundations and fundraising activities. Although they often relied on the same partners in the community, they worked independently from each other.

The need to pool our efforts originated there. Similar problems were experienced by each of the three projects (Community worker, participant 6, free translation).

In 2010, the SDC process was initiated in the neighbourhood when the HSSC's CO attempted to link the three projects, which all needed financing and premises to conduct their activities. It was then that a steering committee composed of citizens, community workers associated with the three projects and the HSSC's community organizer began to meet regularly, on a monthly basis, starting in March 2010. Through social activities organized in the community, they came to know each other, overcome their mistrust of each other and begin to develop joint endeavours.

It began with activities. The people decided to get to know one another through activities they organized each season (Community worker, participant 9, free translation).

Perception of the community development process

All the interviewees felt that SDC provides a place for different community actors to meet and corresponds to their need to work together. It breaks down their isolation, creates ties, leads to networking and encourages information sharing. They also believe that it obliges them to have a good sociologic understanding of the community. Through activities, the process created bonds of trust and encouraged citizen involvement in the community. It led citizens to learn new skills: speak in public, develop self-confidence and participate in shared decision making, thereby encouraging the exercise of collective power. The process

also obliged all actors to develop a comprehensive view of the community and to look beyond traditional community projects associated with specific problems or clientele. Interviewees believe that local community workers and the community organizer from the HSSC now more than ever have to leave their offices and be more present in the community in order to mobilize the greatest possible number of citizens and partners.

Although consultation mechanisms helped multiply contacts with citizens, broaden project bases and develop financing opportunities, citizens encountered in our interviews felt that partners should have been identified in cooperation with citizens and chosen on the basis of the projects or problems worked on. They also felt that intervention goals should be determined in terms of citizens' needs and play a structuring role in the community. In this respect, neighbourhood festivities were perceived by community workers as transitory interventions. They considered that their work should eventually lead to the creation of permanent infrastructures and development of services to improve living conditions for the population.

To date, activities are directed at festivities and outings. Well that's fine, I mean it's good to socialize and get to know one another and there will surely be unsuspected impacts. However, if the goal is truly community development, I think structural changes must be made within the community (Community worker, participant 7, free translation).

Time was identified by all the participants as a key issue for SDC in two ways: The process requires time and takes time. Time is needed for participants to get to know one another, but also to learn more about the community and its many realities. Time is also essential for participants to develop the feeling of being able to face the problems encountered. The process is both individual and collective. The leader must be able to wait for the right moment for participants to commit further. Indeed, this was the main challenge faced by the HSSC's community organizer involved: the fear of rushing participants coupled with the fear of not pushing forward quickly enough so that there might not be sufficient concrete action to sustain participation. The participants were of the opinion that the benefits of a SDC process would not be reaped before at least two years of collective work.

With the work of three groups together, we had to move from “us” to “together.” (...) The aim was to create a collective “us” within the three projects and among the people gravitating around them (Community worker, participant 6, free translation).

Financing is also a crucial aspect of SDC. There are few earmarked sources of funding for SDC in itself, and no funding exists for activities or projects emerging from it. Likewise, the very existence of the community groups associated with the process is precarious because they do not receive core funding. The primary source of revenue originates from governmental financing associated with specific activities, and funding is limited in time. Fundraising activities and contributions from philanthropic foundations provide occasional additional funding. Thus, for all participants encountered, the availability of financial resources was the principal issue connected with the success of the SDC process.

In any case, our group is basically just surviving; we are constantly operating in survival mode. The group financial situation is not particularly rosy and we continue to wait for answers. Of course we will continue the process as long as we can, but if we were to receive no further funding, well the process, I don't know whether or not it will fall to the wayside (Community worker, participant 7, free translation).

Perception of roles

According to participants in this study, the role of the committee was to bring together the different actors in the community in order to improve the quality of life in the neighbourhood. More specifically, they believed that community workers associated with the process were the guardians of civic participation. Interviewees conferred upon them the role of mobilizing and supporting citizens, organizing activities to break down the isolation of individuals, provide leadership in the community and serve as the voice of citizens in appropriate circumstances.

On the other hand, citizens, community workers and key actors expected the HSSC's CO to be present in the community, participate in activities and projects underway as well as share the values of the community and organizations present. They also used many terms to

qualify the CO's role: coordinate, lead, rally, structure, guide, supervise and support. The role they conferred upon the CO was decisive: not only must a CO bring together and organize all the partners and citizens, but one must also provide "technical" support, including obtaining financing, preparing minutes of meetings and agendas and ensuring follow-up between meetings. They believed that the CO must have a "macro" or global view of the community, create links with other projects within the territory of the HSSC and build bridges with other HSSC services. The CO is also expected to interact with politicians and other community decision makers. Finally, a CO is expected to represent the community in the process, and not the institution that employs him or her. More specifically, in the opinion of the community workers encountered, it is this aspect in particular that distinguishes them from the CO, even if some may have the same educational background. They consider that the CO is not there to represent the HSSC or the health sector: he is there for the community.

The HSSC CO is responsible for the more macro approach with the partners (...) His vision of the situation must be to assemble all these people together and then create ties (Community worker, participant 9, free translation).

The role of the CO is to bring together everyone and all the projects. (...) Theoretically, the HSSC's CO belongs to the population; the HSSC is for the entire population, not just for the participants (Community worker, participant 8, free translation).

Discussion

This case study allowed for the first time to document the implementation of a SDC process as defined in official documents of public health authorities in Quebec. It permitted to appreciate the scope of the work carried out by the many actors involved in it – citizens, community workers, key actors and a HSSC community organizer – in a specific community. Thus, the community became a stakeholder of its own development. The results also highlighted a certain number of issues raised by the process and began to reveal what is really happening in SDC in Quebec, over and above public health discourse and wish lists.

Although SDC is based on approaches familiar to CO such as local development, this ethnographic study revealed it introduced health concerns within an intervention process traditionally directed toward general living conditions. For public health stakeholders, the integration of the strategy leads to actualize the fact that health is, above all, created in environments where people live, work, play and love as well as a resource interwoven in the fabric of daily life, as goes the discourse of the health promotion specialists (O'Neill & al., 2012b). Thus, SDC positions health in a world where citizens and communities are mobilized to intervene on their living conditions.

The concept of sociosanitary spaces mentioned above, which aligns with the SDC strategy, reminds us that joint action and coordination among actors who control the systems through which resources are accessed are necessary to reduce health inequities (Aubry & Potvin, 2012). However, this study reveals that the actors of the SDC initiative in Stadacona have little control over these systems. The SDC committee, composed primarily of citizens and community workers, was mainly seen as a bridging mechanism to circulate information and share certain resources within the community. Three years into the process, it remained difficult for community actors to act on social determinants of health such as housing, income and education.

This suggests the need to further consider the context in which a SDC initiative is taking place and examine anew cultural and historical factors. The research data shows that Stadacona is a community still very influenced by the spirit of charity that has characterized services offered for decades by Catholic parishes in Quebec up to the 1960's and 1970's. Today, it has two important consequences for this community. First, its citizens view themselves as unpoliticized volunteers, rather than political actors taking their place in the city. Secondly, the participating organizations seem to find themselves in an awkward position, caught between offering services to alleviate misery from a traditional standpoint or supporting the citizens in an approach aimed at improving living conditions that would demand more of a social and political commitment.

This tension echoes the writings of Beck and Beck-Gernsheim (2002), who contend that occidental societies are moving from an atomized world in which individuals focus on their own strategies for survival to a new one where solidarity and alliances are recreated on the basis of significant social and political events. According to them, it is these new alliances that will serve to broach inequalities and create utopic, but realistic, opportunities for action.

SDC would thus seem to be a pertinent strategy to consider, given the exclusion from power that communities such as Stadacona have endured. It might bring about the new alliances to which Beck and Beck-Gernsheim (2002) allude. However, this study reveals that more work remains to be done so that people within the community who are partnered with institutional stakeholders are able to act on structural determinants to improve the health of the population and reduce social inequalities in this domain (Ridde & al., 2007). From the standpoint of health promotion, that would position citizens as legitimate actors in any endeavour that seeks to increase their power over their own health (Kickbush, 2007). But the socio-political aspect seems, in this particular case, significantly absent in the implementation of the SDC process.

Although interviewees wished their actions had an impact on living conditions, results of interviews as well as our observation of committee meetings and activities organized in the community, led us to believe that committee members engaged in the Stadacona initiative still viewed their principal responsibility as one of organizing social events to put people in touch with each other. One cannot negate that these activities have some potential impact on health. However, to intervene on broader determinants, many authors highlight the importance of acting from a perspective of empowerment (Navarro, 2009). In the case of this research, few interviewees saw themselves as actors having a significant impact on the development of their community. Therefore, the pursuit of a consciousness-raising process appears essential and could lead to the emergence of the alliances discussed above. Consequently, SDC should help develop interventions focused on political, economic, social and cultural factors and go beyond actions generally undertaken within the framework of community action in health promotion (Ridde & al., 2007).

Conclusion

In conclusion, SDC, as innovative as it may look in promoting health, would undoubtedly gain from being more explicitly rather than implicitly encouraged as it is at the present time, if its purpose is to deploy its full potential in reducing health inequities. Public health actors would then be better positioned to support SDC initiatives; they would also be able to reflect more thoroughly on the social, historical, economic, political and environmental factors that shape community development and integrate them in their interventions. As this study shows, beyond the obvious limits associated with the analysis of a single case, the principles behind SDC would also gain in being more explicit regarding the importance of sharing power and alliances to achieve SDC. Health could then more likely become a genuine local construction.³

³ Data can be accessed by contacting first author.

Chapitre 4. Article 3

Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion

Auteurs : André-Anne Parent, Manon Roy, Colette Lavoie, André Gauthier, Michel O'Neill, Paule Simard

Sous presse dans la revue *Nouvelles pratiques sociales*

Résumé

La stratégie de soutien au développement des communautés, mise de l'avant par les instances québécoises de santé publique depuis près de dix ans, propose au réseau de la santé et des services sociaux d'intervenir selon une logique sociale territoriale. Comme les organisateurs communautaires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) portent ces interventions au niveau local, nous nous sommes intéressés à l'influence de cette stratégie sur leur pratique. Cet article résume les résultats d'une recherche doctorale menée au CSSS de la Vieille-Capitale, obtenus grâce à la mise en place d'un groupe de pratique réflexive pour les organisateurs communautaires.

Mots-clés : Intervention territoriale; organisation communautaire; développement des communautés; pratique réflexive.

Abstract

The strategy to “support the development of communities”, put forward by the Quebec Public Health authorities for nearly ten years, encourages the health and social services network to intervene through a social territorial logic. As the community organizers of the Centres de santé et de services sociaux (CSSS) are the professionals who are expected to intervene locally on these issues, we were interested by the influence of this strategy on their practice. This article summarizes the results of a doctoral research conducted at the CSSS de la Vieille-Capitale, obtained through the implementation of a reflective practice group for community organizers on the subject of the development of communities.

Keywords: Territorial action, community organization, community development, reflexive practice.

Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion

Auteurs :

André-Anne Parent, Ph.D. (c), Manon Roy, Colette Lavoie, André Gauthier, Michel O'Neill, PhD., Paule Simard, Ph.D.

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate). Étudiante au doctorat en santé communautaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et stagiaire du Programme de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions de santé publique 4P.

880, Père-Marquette, 3^e étage
Québec (Québec), CANADA
G1S 2A4
Tél. : +1-(418) 681-8787-3865
andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Manon Roy. Organisatrice communautaire au CSSS de la Vieille-Capitale.

1405, Chemin de la Canardière
Québec (Québec), CANADA
G1J 0A7
Tél. : +1-(418)529-2572-4943

Colette Lavoie. Organisatrice communautaire au CSSS de la Vieille-Capitale.

1405, Chemin de la Canardière
Québec (Québec), CANADA
G1J 0A7
Tél. : +1-(418)529-2572-4943

André Gauthier. Organisateur communautaire au CSSS de la Vieille-Capitale.

1405, Chemin de la Canardière
Québec (Québec), CANADA
G1J 0A7
Tél. : +1-(418)529-2572-4943

Michel O’Neill, Ph.D. Professeur émérite à l’Université Laval et professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l’Université Laval.

1050, rue de la Médecine,
Pavillon Ferdinand-Vandry, CIFSS, bureau 3435
Université Laval, Québec (Québec) CANADA
G1V 0A6
Tél. : +1-(418)-656-3356; télécopieur: +1-(418)-656-7747
Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca

Paule Simard, Ph.D. Chercheure à l’Institut national de santé publique du Québec, professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l’Université Laval et directrice du Centre collaborateur de l’OMS pour le développement des Villes en santé.

Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec), CANADA
G1V 5B3
Tél. : +1-(418) 650-5115 poste 5515
paule.simard@inspq.qc.ca

Correspondance :

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate)

880, Père-Marquette, 3e étage

Québec (Québec), CANADA

Canada

G1S 2A4

Tél. : +1-(418)-681-8787-3865

andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Introduction : Émergence de l'intervention territoriale au Québec

Le développement au niveau local a pris un essor important au Québec depuis trente ans. La crise économique et politique des années 1980, qui suivit une période de croissance et de développement des services publics, a mis à l'agenda de nombreuses réformes gouvernementales qui ont eu pour effet de rompre avec l'État social de l'après-guerre et de créer de nouvelles modalités de solidarité sociale (Séguin et Divay, 2002), faisant émerger le concept d'« État partenaire » (Vaillancourt, 2011). Depuis, les préoccupations pour le chômage, la pauvreté et d'autres problèmes sociaux et sanitaires complexes (Comeau, 2009; Potvin et Mc Queen, 2007) ont été abordés à travers maintes initiatives locales de concertation entre secteur public, secteur privé et organismes du tiers secteur, dans de nombreux domaines : petite enfance, éducation, sécurité publique, etc. (Bourque, 2008; Comeau, 2009; Mercier et al., 2009).

Mode d'action privilégié des dernières décennies, la concertation intersectorielle a ainsi pris une place grandissante dans le paysage québécois. Si ces concertations sont avant tout thématiques, plusieurs sont toutefois aussi territoriales (Mercier et al., 2009). Certains auteurs qualifient ce phénomène d'« hyperconcertation » (Bourque, 2008; Divay, 2009) et craignent que le désengagement de l'État face aux problèmes vécus par les collectivités locales se manifeste à travers la multiplication de ces instances de concertation. En contrepartie, d'autres saluent la place que peuvent désormais occuper les collectivités dans leur propre développement (Favreau, 2009) et la « valorisation de la “société civile” comme acteur de la prise en charge du social » (Lesemann, 2002). Selon Bourque (2007b), le partenariat territorial, une des multiples formes de concertation intersectorielle, serait particulièrement intéressant du point de vue du développement des communautés, car il favorise une approche globale du milieu et interpelle des acteurs de divers secteurs d'activités. En revanche, cela peut générer une tension attendu les interactions requises d'acteurs individuels, institutionnels et communautaires, porteurs de logiques aussi diverses que divergentes (Ulysse et Lesemann, 2007).

Problématique de recherche

C'est dans ce contexte que le gouvernement québécois a inscrit en 2003 la stratégie de soutien au développement des communautés (DC) dans son Programme national de santé publique (PNSP). La mise à jour de 2008 du PNSP indique trois stratégies d'action transversales, dont l'une est le soutien au DC, qui doivent se refléter dans des plans d'action de santé publique régionaux (PAR) et locaux (PAL), à élaborer respectivement par les Agences de la santé et des services sociaux et par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (MSSS, 2008). Le PNSP le propose comme une stratégie « prometteuse », qui permettrait au réseau de la santé et des services sociaux d'accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable (MSSS, 2008).

Le PNSP définit le DC comme :

Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental (MSSS, 2008, p. 61).

Cette définition s'inspire d'un document publié par l'Institut national de santé publique du Québec (Leroux et Ninacs, 2002), utilisé comme cadre de référence en DC par le réseau de la santé et des services sociaux. On y précise qu'il est réalisé selon les cinq principes suivants : participation, *empowerment*, concertation et partenariat, réduction des inégalités et finalement, harmonisation et promotion des politiques publiques favorables à la santé (Leroux et Ninacs, 2002). En sus de ces principes, la notion de territoire y est centrale et s'articule autour d'une définition de la communauté comme un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, etc.) (Leroux et Ninacs, 2002).

Caillouette et al. (2009) considèrent que le DC renvoie à un nouveau paradigme d'intervention qui prend l'espace, le territoire, comme trame de fond pour penser l'action. Bourque, quant à lui, nous rappelle que « le développement des communautés est une pratique sociale qui met en relation différents acteurs » (Bourque, 2007b). Cette mise en

relation, sous forme de concertation, contribue à l'émergence d'un acteur local collectif à partir d'une approche globale du milieu. Les acteurs peuvent ainsi unir leurs forces et entrer dans une logique d'action plutôt que subir les programmes imposés par des acteurs institutionnels (Caillouette et al., 2009). Le DC est ainsi une forme d'intervention territoriale qui fait écho au développement local, inscrit dans le cadre de référence du travail des organisateurs communautaires (OC) en CSSS et l'une des quatre approches de base en organisation communautaire (RQIIAC, 2010). Cependant, et malgré le fait que le développement local se pratique depuis plusieurs décennies, les interventions territoriales ne s'inscrivent pas nécessairement facilement dans le travail des OC de CSSS, même si cela est souhaité autant par les acteurs de santé publique que par plusieurs acteurs en organisation communautaire (Bourque, 2008; Lachapelle et al., 2010; RQIIAC, 2010). Le présent article rend compte d'une recherche décrivant, à partir du point de vue d'OC, l'influence de la stratégie de soutien au DC sur leur pratique et son intégration dans un CSSS du Québec.

Question et méthodologie de recherche

La recherche visait à répondre à la question suivante : « Quels sont les changements suscités par l'intégration de la stratégie de soutien au DC dans la pratique des OC de CSSS? ». Ce phénomène, encore peu étudié en dehors des chercheurs en organisation communautaire (Bourque, 2007b, 2008; Lachapelle et al., 2009), l'a été à partir du point de vue des OC, en optant pour une recherche de type interprétative (Mouterde, 2009; Rossman et Rallis, 2003). Celle-ci fut déployée à travers une démarche réflexive où participants et chercheurs se sont interpelés dans la production d'un savoir émergeant des savoirs tacites des OC. Ce type de connaissances permet de commencer à appréhender le processus d'apprentissage et de co-construction du contexte professionnel des OC autour de l'enjeu du soutien au DC dans les CSSS.

Un groupe de pratique réflexive a été créé à cet effet afin d'offrir un espace de parole à des OC impliqués dans des démarches de DC et de permettre une possibilité de transformation à la fois des acteurs et de leurs actions (Dolbec, 1998; Issitt, 2003; McGrath et Higgins,

2006). Ce groupe était composé de douze à quinze OC du CSSS de la Vieille-Capitale⁴ rattachés à différents programmes services et participant sur une base volontaire. Il s'est rencontré à quatre reprises entre les mois de septembre 2011 et d'avril 2012. Lors de ces rencontres, un OC présentait d'abord une étude de cas à partir d'une démarche locale dans laquelle il était impliqué; cette présentation reposait sur une analyse réalisée à l'aide d'une grille développée pour répondre à la question de recherche, qui proposait de regarder la démarche à partir des principes du DC et des besoins exprimés par les OC. La présentation servait de déclencheur à une discussion plus large sur les enjeux reliés au DC. Les quatre démarches analysées ont été sélectionnées pour représenter divers milieux, contextes d'intervention et problématiques.

Les rencontres ont été enregistrées, avec le consentement des participants, et c'est la transcription de ces enregistrements, ainsi que les notes prises par la chercheuse principale et les différents documents écrits préparés pour la circonstance qui ont été analysés pour en arriver aux résultats décrits dans la prochaine section. Ce projet a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche du CSSS de la Vieille-Capitale et de l'Université Laval.

Résultats de la recherche

L'analyse a permis de dégager trois enjeux majeurs liés à l'intégration de la stratégie de soutien au DC dans la pratique des OC au CSSS de la Vieille-Capitale : le besoin de clarifier le rôle de l'OC, la difficulté à susciter la participation des citoyens et les difficultés à soutenir le DC dans un contexte organisationnel de type CSSS.

Le besoin de clarifier le rôle de l'OC

Des rôles multiples et potentiellement conflictuels

Les OC du groupe s'impliquent dans de nombreuses concertations thématiques, dont certaines se déroulent dans des communautés précises (par exemple, les comités d'action

⁴ Les ententes de confidentialité avec les participants à la recherche nous autorisent à mentionner de quel CSSS il s'agit.

locale de Québec en Forme). Dans le cadre de nos rencontres, ils se sont longuement questionnés sur leur présence dans ces lieux de concertations et sur les différents rôles qu'ils y jouent, qu'ils y soient comme représentants du CSSS pour soutenir le processus ou encore pour animer les rencontres. Ils rapportent qu'il peut s'avérer difficile de tracer la limite entre ces différents rôles, rendant souvent le travail inconfortable. Cette situation se complexifie encore davantage dans le cas où d'autres professionnels du CSSS participent aussi aux mêmes concertations. Finalement, il est parfois malaisé de différencier le rôle des OC de celui des coordonnateurs embauchés pour animer les travaux ou de celui des autres partenaires, particulièrement quand la concertation est née de leur initiative. Les participants rapportent que les rôles des différents acteurs sont parfois spécifiques, parfois complémentaires et parfois identiques, laissant aux bons soins de chacun la délicate tâche d'arbitrer le départage des tâches selon ses champs d'intérêts et habiletés.

Des rôles où les principes du DC sont parfois absents

Dans les cas où la concertation est issue d'instances institutionnelles, les principes associés au DC sont généralement absents. Les OC perçoivent alors que l'intégration de ces principes repose sur leurs épaules. Pour ce faire, ils ont notamment recours à la diffusion des portraits des communautés réalisés dans le contexte de leur travail et à la mise en place de mécanismes qui visent à faire connaître les besoins des citoyens tout en stimulant leur participation.

Il faut faire la balance entre le temps qui est investi dans la concertation actuelle, et ce travail qui est à faire pour faire émerger quelque chose de plus global. [...] Le défi est de partir d'une concertation autour d'une clientèle précise pour aller vers une concertation territoriale (participant E, quatrième rencontre).

Les participants du groupe considèrent toutefois que cette façon de travailler demande du temps et du *leadership*, ainsi qu'une forme particulière d'influence, afin que les processus mis en place soient respectueux des valeurs, du rythme et de la culture du milieu. Ils croient qu'il est primordial que les liens entre la problématique abordée par les concertations et la

communauté soient explicités et compris par l'ensemble des partenaires. Ils interprètent ainsi le DC comme requérant la nécessité d'agir sur les facteurs structureaux qui influencent l'apparition de problèmes sociaux et sanitaires dans les communautés, problèmes qui se répercutent sur le vécu des individus.

C'est important parce qu'on travaille dans le milieu. Hier, nous avons une discussion et tout était centré autour de l'école. Et j'ai ressorti les liens école-communauté et la dame de la commission scolaire disait que c'était les écoles. Mais les jeunes vivent dans le milieu aussi et qu'est-ce qui se passe dans le milieu? Et ce qui est intéressant c'est qu'il y a des enfants qui disent ne pas se sentir en sécurité dans le milieu. Et si on parle d'absentéisme et on parle des liens entre les familles, les enfants et l'école, si les enfants ne se sentent pas en sécurité, ils vont avoir mal au ventre le matin, ils n'iront pas à l'école, et tout ça (participant D, quatrième rencontre).

Des rôles influencés par la nature actuelle des organismes communautaires

Dans un contexte d'intervention auprès d'une communauté territoriale comme le préconise le DC, les liens habituels avec les organismes communautaires sont modifiés, car ces derniers, même s'ils interviennent sur des territoires particuliers, n'ont généralement pas une mission définie en fonction de l'ensemble de la population d'un territoire. Il est donc plus aisé de les réunir dans des lieux de concertations sectorielles ou thématiques que dans des concertations de type territorial. Ainsi, pour les OC du groupe, les organismes communautaires ne sont plus nécessairement leurs seuls alliés, comme ils l'ont généralement été par le passé. S'ils souhaitent utiliser la perspective du DC, leurs alliances doivent ainsi être revues en fonction de cette réalité, en incluant par exemple d'autres types d'organisations comme les municipalités ou les commissions scolaires.

La difficulté à soutenir la participation des citoyens

Des pratiques quotidiennes rendant difficile la participation des citoyens

Les OC rencontrés croient que travailler dans une perspective de DC leur demande de revenir à des processus qui permettraient de remettre la participation des citoyens au centre

de leurs interventions. Effectivement, en situant davantage leur pratique dans une perspective de soutien à l'action communautaire, les OC de CSSS ont été éloignés du contact avec les citoyens et placés, depuis les années 1980, dans un type d'intervention de 2e ligne les amenant à travailler principalement en développement et en soutien aux organismes communautaires. C'est donc davantage sur ces organismes que repose depuis des années le mandat de la participation citoyenne au quotidien. Les participants du groupe ont constaté qu'il y a ainsi depuis longtemps un écart entre le discours de l'organisation communautaire, qui se veut participatif, et sa pratique en CSSS, où l'action directe auprès des citoyens est devenue marginale. Si les OC du groupe étaient en général d'accord avec l'idée de mettre en place des mécanismes participatifs dans l'ensemble de leurs interventions, comme préconisé par le DC, la réalité de leur pratique a montré que ce n'est pas évident à faire.

Les participants, en particulier les plus anciens, rapportent en général avoir été déconcertés par la mise en place progressive de cette 2^e ligne d'intervention, car ils avaient été formés pour travailler directement auprès des usagers. Les projets discutés dans le cadre du groupe ont bien montré qu'aujourd'hui, la majorité des OC se retrouve effectivement dans un rôle de soutien à différentes structures de concertation où la recherche de financement, la gestion de projets et de ressources humaines de même que l'animation du processus sont prépondérantes, au détriment d'actions où l'interaction avec des citoyens serait plus présente.

Pendant que nous sommes dans les structures de concertation, on n'est pas sur le terrain avec le monde et on doit se garder un dosage dans notre intervention pour être sur le terrain avec le monde et pas seulement être pris dans les structures de concertation (participant E, quatrième rencontre.)

En outre, ce retour vers une action préoccupée par la participation des citoyens, quoique prônée par les principes du DC, semble poser problème pour les actuels gestionnaires de CSSS. Difficile à mesurer en termes statistiques, le soutien à la participation citoyenne peut prendre des formes inhabituelles, peu reconnues et même politiquement dérangeantes pour l'organisation. Cependant, pour susciter la participation des citoyens, il est impératif selon

les participants d'être présent dans le milieu, de prendre le temps de gagner la confiance, d'entendre leurs voix et d'accepter de la porter collectivement avec eux.

La difficulté à stimuler la participation des citoyens

Même s'ils sont en contact avec des citoyens, les participants croient qu'il faut encore développer des approches novatrices pour mobiliser les citoyens et les engager dans une démarche de DC. Les formules à petite échelle comme les cafés urbains et les forums citoyens sont, selon eux, des avenues intéressantes parce qu'elles permettent à divers profils de citoyens de s'intéresser à la chose publique, sans la contrainte de l'implication dans des comités ou des conseils de quartiers, plus officiels.

Une autre stratégie a été remise en question par les participants dans une perspective de DC : l'organisation d'activités sociales et de fêtes de quartiers. Malgré leur grande popularité pour briser l'isolement et créer des liens sociaux, les OC du groupe voient dans ces fêtes un risque important si l'on ne vise pas d'autre objectif. Effectivement, si la participation citoyenne se résume à une participation passive ou à l'organisation d'activités sociales, elle ne débouche pas sur le type de prise de conscience menant à des actions structurantes pour le milieu. Les participants rapportent à quel point il est important de commencer par une analyse détaillée des besoins de la communauté, en particulier de sa population la plus vulnérable ou défavorisée. L'OC qui soutient le DC a donc un rôle de conscientisation, à la fois chez les citoyens et les partenaires impliqués. On lui voit la responsabilité de cultiver le terreau qui permettra le passage du « Je » au « Nous », créant ainsi un sentiment d'appartenance dans le milieu propice au DC.

Il faut faire attention pour ne pas se faire siphonner par l'aspect fête dans ces affaires-là. Comme disait X : les fêtes de quartier! Il faut être clair sur pourquoi on est là, c'est quoi nos objectifs quand on contribue à ça. C'est pour aller chercher le point de vue des citoyens notamment, amener une expression de besoins pour ensuite être capables de mobiliser autour de certains enjeux et besoins du milieu, particulièrement de la part de nos personnes qui sont défavorisées. Je pense qu'il faut être clair là-dessus et être vigilant (participant G, troisième rencontre).

La difficulté à financer les activités de participation citoyenne

Finalement, la difficulté à financer les interventions qui suscitent la participation citoyenne est un enjeu important qui limite l'émergence d'approches novatrices et la mise en œuvre du DC. Si certaines fondations vont en ce sens, nos participants ont souligné que de nombreux bailleurs de fonds, dont les Directions de santé publique ou les Agences de la santé et des services sociaux, s'orientent souvent vers un financement s'appuyant sur des données probantes qui ne favorise pas les approches *bottom-up* nécessaires au développement de la participation citoyenne (Lachapelle & Bourque, 2007; O'Neill, 2003). Ce principe est ainsi difficile à mettre en œuvre, contraint par le même ministère qui a inscrit la stratégie de soutien au DC dans son programme de santé publique.

La difficulté à soutenir le DC dans un contexte organisationnel de type CSSS

Les OC ont à plusieurs reprises mentionné que le CSSS de la Vieille-Capitale a pris une orientation favorable au DC et il a même élaboré une politique en ce sens. Selon eux, cette politique permettra d'aborder les liens entre les mandats, les rôles professionnels et organisationnels et le DC aux différents paliers hiérarchiques de l'organisation. En attendant sa mise en œuvre, ils constataient toutefois un écart entre le discours favorable au DC tenu par le comité de direction du CSSS et son application par les gestionnaires qui encadrent quotidiennement leur travail.

Les liens entre OC et équipes de programmes services du CSSS peuvent également être complexes. Les participants ont souligné que peu d'intervenants du CSSS, hormis certains OC, conçoivent que leur rôle puisse contribuer au DC. Comme leur principal mandat est déterminé par le travail auprès de clientèles ou en lien avec des problématiques spécifiques, leur rapport à la communauté se résume souvent à la référence vers des organismes communautaires du secteur. Et même s'ils étaient intéressés, ils n'ont que rarement la possibilité d'intervenir autour des enjeux du DC.

Il faut vraiment que l'établissement fasse un méchant virage pour permettre ce type de processus, un méchant changement de culture (participant P, deuxième rencontre).

De plus, les participants ont mentionné que les OC ne sont pas tous sensibilisés à la place qu'une intervention individuelle peut prendre dans un processus de DC. Il y aurait donc lieu d'explorer de quelle façon les interventions individuelles et de groupes contribuent à la participation citoyenne et à l'*empowerment* et comment les services de proximité (par exemple, offrir la vaccination dans les locaux d'un organisme du milieu plutôt qu'au CSSS) pourraient être des leviers favorisant le DC. Les participants ont proposé à cet effet de créer des rapprochements entre les OC et les intervenants cliniques, en libérant du temps de part et d'autre pour réaliser des activités conjointes et propager une culture organisationnelle favorisant le DC. Cela permettrait de promouvoir un regard d'ensemble sur la communauté et inciterait à agir au-delà d'une seule clientèle, pour favoriser la participation des citoyens et créer des liens plus serrés avec les communautés.

Discussion

La question que se posait la recherche était : « Quels sont les changements suscités par l'intégration de la stratégie de soutien au DC dans la pratique des OC de CSSS? ». Les résultats indiquent clairement que pour les participants, il y a présentement un *momentum* au Québec quant aux interventions territoriales, comme le DC, qui valorise leur profession. En effet, les années 1980 et 1990 furent difficiles pour de nombreux OC en CLSC, alors que les activités étaient réalisées principalement en appui aux « programmes clientèles »⁵ en contraste avec la nature souvent beaucoup plus politique et communautaire de leurs interventions au début des CLSC durant les années 1970. Aujourd'hui, dans le réseau de la santé, on constate un attrait important pour l'action intersectorielle qui fait appel à la mobilisation des communautés, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services aux communautés (Comeau, 2007). Cela entraîne à la fois une revalorisation potentielle, mais aussi une réflexion quant au rôle de l'organisation communautaire en CSSS (Bourque, 2008, 2009; Comeau, 2007).

⁵ Nommés désormais « programmes services » par le MSSS.

L'inscription du soutien au DC dans les programmes officiels de santé publique est venue renforcer la vision de l'État partenaire et a confirmé à cet effet un rôle aux niveaux local, régional et national pour le réseau de la santé et des services sociaux. La pratique des OC vient ainsi ancrer et soutenir cet idéal d'État partenaire et peut, dans ce contexte, être interprétée comme un espace de médiation entre les initiatives des communautés locales et les services publics (Favreau et Larose, 2007). Les participants demeurent sensibles au risque d'instrumentalisation, à la fois des communautés et des OC, mais comme discuté en introduction, le DC peut également être interprété comme une valorisation de la « société civile » en tant qu'acteur de la prise en charge du social. Les résultats du projet montrent bien la préoccupation des OC à cet égard, particulièrement en ce qui a trait à la participation des citoyens dans les démarches de DC. Cependant, la clarification de leurs rôles dans les concertations ainsi que la reconnaissance de leur travail de soutien au DC à l'intérieur des CSSS demeurent cruciales pour faire émerger cet acteur de prise en charge du social.

La concertation intersectorielle et le partenariat territorial issus du DC suscitent ainsi une dynamique paradoxale, où le CSSS et les OC doivent naviguer entre la bonne gestion des ententes de services (incluant l'atteinte de résultats qui y est liée) et la mobilisation des communautés (Bourque, 2007a). À ce sujet, Bourque (2007) rappelle le désir perceptible de l'État québécois de « faire autrement » avec l'avènement des réseaux locaux de services et la responsabilité populationnelle, repositionnant le partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires sur un nouveau terrain. Les résultats de la présente recherche suggèrent que le DC va un pas plus loin dans cette direction en repositionnant également les liens avec des partenaires hors du secteur de la santé : municipalités, commissions scolaires et autres.

En faisant appel à la participation des citoyens et des communautés, les principes du DC supposent également de « faire autrement ». Cela sous-entend toutefois une société civile capable d'agir, de s'appropriier le pouvoir et de l'exercer (Ninacs, 1995). Ainsi positionnée, la citoyenneté est un processus dans lequel s'entremêlent dimensions statutaires et relationnelles, enjeux d'appartenance et d'engagement, rapport à l'État et aux autres

(Gagné et Neveu, 2009). Les OC rencontrés ont clairement exprimé le besoin, dans le cadre de leur pratique de soutien au DC, d'avoir le temps, les ressources et l'appui de leurs collègues et de leur employeur pour participer à l'émergence d'une société civile capable de « faire autrement » et de négocier ses rapports avec l'État et ses institutions. L'engouement du réseau de la santé et des services sociaux pour le DC ne peut faire l'économie de ce processus malgré l'intérêt et la place importante que prennent les concertations de type institutionnel, dont la logique d'intervention, a plutôt tendance à le ralentir.

Une des forces de cette recherche a certainement été de créer un espace de réflexion permettant de faire le pont entre les aspects théoriques du DC et sa pratique. Attendu la méthodologie utilisée, il faut néanmoins demeurer prudent quant à la possibilité que les résultats de ce projet puissent être généralisés à l'ensemble des interventions territoriales du CSSS étudié ou encore à celles en DC des CSSS en général. Cependant, ce travail a montré de manière convaincante que l'organisation de groupes de pratique réflexive pourrait certainement contribuer à mieux positionner l'organisation communautaire face au DC au Québec. Grâce à la réflexion systématisée sur des cas précis, les participants ont pu mieux comprendre en quoi le DC correspond ou non aux pratiques déjà en place, nommer concrètement les difficultés que pose l'intégration de la stratégie, mettre en lumière les points d'ombre, les incertitudes et les doutes et finalement, identifier des façons de faire favorables au DC et aux principes qui y sont associés.

Pour faire suite à cette recherche, plusieurs avenues semblent possibles, car la pratique des OC, ainsi que son arrimage avec celles d'autres intervenants du milieu communautaire, des partenaires intersectoriels, des intervenants cliniques et des gestionnaires de CSSS, est en constante évolution. L'actualisation de la stratégie de soutien au DC interpelle ainsi plusieurs acteurs auprès desquels elle aurait avantage à être documentée de manière systématique, afin de mieux comprendre les enjeux qu'elle pose et ses effets réels sur les communautés visées.

Conclusion

Considérant que les interventions sociales territoriales telles le DC sont de plus en plus présentes au Québec (Lachapelle et al., 2010) et qu'on interpelle les OC pour y participer, il semble essentiel qu'ils puissent réfléchir à la façon par laquelle ils peuvent et veulent y contribuer. Le groupe de pratique réflexive mis sur pied dans le cadre de cette recherche a permis de commencer à documenter leur point de vue à cet effet. Malgré le fait que les OC rencontrés se sentent investis de la mission d'utiliser la stratégie de soutien au DC dans les concertations auxquelles ils participent, ils évoluent encore dans un espace fragile, où les relations avec leurs partenaires, les citoyens ou l'institution pour laquelle ils travaillent, sont constamment à redéfinir. Ils sentent qu'ils doivent demeurer vigilants et critiques. Si effectivement, les concertations auxquelles ils sont surtout conviés peuvent contribuer au DC, ce serait à condition de ne pas considérer seulement le problème en cause, mais bien sa construction sociale et la réelle capacité à « agir autrement » à son propos. À cet effet, la recherche montre bien le besoin de clarifier le rôle des OC dans les démarches de DC, leur difficulté à susciter la participation des citoyens et leur difficulté à soutenir le DC dans un contexte organisationnel de type CSSS.

Chapitre 5. Article 4

Elements pertaining to the reorientation of the health system in Quebec, Canada

Auteurs : André-Anne Parent, Paule Simard, Michel O'Neill

A été soumis à la revue *Health Promotion International* en janvier 2014.

Éléments favorisant la réorientation du système de santé au Québec, Canada

Résumé

Ayant à faire face à des réductions dans les dépenses gouvernementales, les partisans de la promotion de la santé sont aujourd'hui confrontés à de multiples défis. Pourtant, la réorientation des services de santé, l'un des cinq domaines d'action de la Charte d'Ottawa dont le potentiel pour aborder la question est important, n'a pas reçu autant d'attention qu'elle le pourrait. Afin de comprendre comment renforcer le rôle de promotion de la santé joué par les systèmes de santé, cette recherche a étudié l'actualisation d'une stratégie de promotion de la santé mise en place dans la province de Québec, Canada : le « Soutien au développement des communautés ». Ancré dans un paradigme qualitatif et inspiré par une épistémologie interprétative et constructiviste, le projet avait trois objectifs de recherche et a utilisé une variété de méthodes de collecte de données, dont des entrevues semi-structurées avec des acteurs-clé du système de santé aux niveaux provincial, régional et local, afin d'identifier les éléments qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre de la stratégie dans différentes composantes du système de santé : la pratique professionnelle des organisateurs communautaires; les centres de santé et de services sociaux locaux; et finalement, les institutions régionales et provinciales de santé publique. Les résultats montrent que la stratégie a le potentiel de réorienter le système de santé au Québec, mais que le changement de paradigme nécessaire pour résoudre les problèmes complexes et les inégalités de santé rencontrés par les populations, là comme ailleurs, est encore à venir.

Mots-clés : Réorientation des systèmes de santé, développement des communautés, promotion de la santé dans la province de Québec, Canada

Abstract

Having to deal with budget cuts in governmental spending, health promotion proponents face multiple challenges and yet, reorienting health services, one of the five action areas of the Ottawa Charter with a strong potential to address this issue, has not received as much attention as it could. In order to understand how to strengthen the health promotion roles played by health systems, this research has studied the implementation of a health promotion strategy put in place in the province of Quebec, Canada: the “Support for the development of communities” (SDC). Grounded in a qualitative paradigm and inspired by an interpretive and constructivist epistemology, the project had three research objectives and conducted a variety of data collection enterprises, including a set of semi-structured interviews with key actors in the health system at the provincial, regional and local levels in order to identify elements that facilitated or hindered the implementation of the strategy in various components of the health system: the professional practice of community organizers; the local health and social service centers; regional and provincial public health institutions. Results show that the strategy has potential to reorient Quebec’s health system but that the paradigm change needed in order to address the complex problems and health inequities faced by populations there, as elsewhere, has yet to come.

Keywords: Health systems reorientation; Development of communities; Health Promotion in the province of Quebec, Canada.

Elements pertaining to reorient health systems in Quebec, Canada

Authors:

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate). She is a Ph.D. Community Health student at the Faculty of Nursing, Université Laval, and Trainee with the Transdisciplinary Research on Public Health Interventions Program.

880, Père-Marquette, 3rd Floor
Québec (Québec), CANADA
G1S 2A4
Tel: +1-(418) 681-8787-3865
andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Paule Simard, Ph.D. She is researcher at the Institut national de santé publique du Québec, Adjunct Professor at the Faculty of Nursing, Université Laval, and Director of the WHO Collaborating Center for the Development of Healthy Cities and Towns.

Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec), CANADA
G1V 5B3
tel: +1-(418) 650-5115 poste 5515
paule.simard@inspq.qc.ca

Michel O'Neill, Ph.D. He is Professor Emeritus at Université Laval and Adjunct Professor at the Faculty of Nursing, Université Laval.

1050, rue de la Médecine,
Pavillon Ferdinand-Vandry, CIFSS, bureau 3435
Université Laval, Québec (Québec) CANADA
G1V 0A6
tel: +1-(418)-656-3356; télécopieur: +1-(418)-656-7747
Michel.ONeill@fsi.ulaval.ca

Corresponding Author:

André-Anne Parent, Ph.D. (candidate)
880, Père-Marquette, 3rd Floor
Québec (Québec), CANADA
Canada
G1S 2A4
Tel: +1-(418)-681-8787-3865
andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Introduction

In different parts of the world, health promotion proponents face multiple challenges marked by budget cuts and a need to justify governmental spending and accountability (Sparks, 2013), generally reinforcing interventions that work on the individual rather than on the political and social forces that determine health (Guyon, 2012). Ironically, one could argue on the contrary that health promotion is just what our societies need at this point in time, being faced with chronic diseases, increased health inequities, and environmental hazards that affect vulnerable populations (Gore & Kothari, 2013; Judd & Keleher, 2013; Masuda & al., 2010; O'Neill, 2012; Raphael, 2010).

Health promotion has been present in Canada since the mid-1970s, and has helped program developers move from an individualistic health education perspective and disease-oriented model to a more holistic perspective that includes the influence of social, political, economic, cultural, and physical environments on health (De Leeuw & al., 2006; O'Neill & al., 2012a). The Ottawa Charter for Health Promotion continues to promote values and principles of equity, participation, *empowerment*, contextualism and intersectorality (Larouche & Potvin, 2013), and contributes to persistence of Canada's aura of a health promotion powerhouse even if there are reasons to question this persistence (Raphael, 2008).

Indeed, many recognize that health promotion infrastructures have weakened considerably in Canada over the last years (O'Neill & al., 2012a) so that public policy activity, research as well as health services need to be strengthened there as much as in most other countries (Baum & al., 2009; Raphael, 2011). In fact, in Canada as elsewhere, one of the Ottawa Charter's five action domains, reorienting health services, has received limited attention and efforts still need to be deployed in order to strengthen the health promotion roles that could be played by health systems, especially if the values and principles previously stated are taken into account (Ziglio & al., 2011). Reorienting health services is complex, requiring the entire system to be challenged.

Ziglio et al. (2011, p. ii217) define health systems as “the ensemble of all public and private organizations, institutions and resources mandated to improve, maintain or restore health. Health systems encompass both personal and population services, as well as activities to influence the policies and actions of other sectors to address the social, environmental and economic determinants of health. Health systems are, therefore, more than health care and include disease prevention, health promotion and efforts to influence other sectors to address health concerns in their policies”.

Considering that in most countries a large, if not the largest, portion of the national budget is dedicated to the health system, one of the key issues for health promotion pertains to its capacity to address inequities in the distribution of health at the population level (Ziglio & al., 2011). Still firmly rooted in a biomedical paradigm, most health systems hardly address the social determinants of health, despite the influence of the latter on population health (Baum & al., 2009). According to many, redistribution of resources, financial or human, would be required so that health services can be oriented towards promoting health and preventing disease. In order to do so, they call for a new socially oriented paradigm going beyond the biomedical one (Robinson, 2005). We thus argue, along with other researchers and practitioners, that the fifth action area of the Ottawa Charter -reorienting health services- still offers significant possibilities and has a yet untapped potential to realize the overall goal of health promotion and help health services become more health-promoting operations (Judd & Keleher, 2013; Ziglio & al., 2011).

In this article, we discuss how public health officials in the province of Quebec, Canada, have put forward a cross-cutting health promotion strategy - the support for the development of communities (SDC) - aiming to improve population health within this alternative paradigm. A case study of a local health and social service centre (HSSC) has been conducted to document its implementation, its capacity to influence the practice of community organizers (CO), the professional group which has been mandated to implement it in the community, as well as to unravel the elements that facilitate or impede the integration of this new health promotion practice in their work and in the organizations that employ them. In Quebec, local HSSCs are a network of public facilities covering the

whole province that provide front line services, including curative and preventive health care services, individual social services and community organization activities; it is thus making them key organisations in the overall health system and important partners for improving its performance and introducing the new paradigm mentioned above (Breton & al., 2009; Parent & al., 2012).

Background

In the context of a major reform of the health system, modifying service delivery and including public health mandates for front line agencies, Quebec public health authorities adopted the SDC strategy in 2003 (Breton & al., 2009; MSSS, 2008). Since its inception, the strategy has been integrated into numerous regional and local public health action plans, for which regional public health departments and local HSSC are responsible. Drawing on classic community development theories (Rothman & al., 2001), the SDC strategy is nevertheless rather unique to Quebec because, to our knowledge, no other example of such a community development strategy as broadly applied to public health activities at different levels has been proposed elsewhere (Robinson, 2005).

In order to operationalize the SDC strategy, the *Institut national de santé publique*, Quebec's provincial expertise centre in public health, has published a document in 2002 (Leroux & Ninacs, 2002) that identifies its five key principles of intervention:

- Participation of individuals and local communities
- Empowerment
- Consensus-building and partnership
- Reduction of poverty and inequities
- Harmonization and promotion of healthy public policies

The strategy is indeed clearly embracing health promotion values and principles: “Community action and empowerment are at the heart of health promotion because they

enable communities to achieve the social and political changes that are necessary to improve their health” (Laverack & Keshavarz Mohammadi, 2011).

An initiative developed through the SDC strategy is thus expected to mobilize a large number of actors within a geographical community around shared goals determined by that community, with the purpose of improving its health and living conditions (Delisle, 2012; Leroux & Ninacs, 2002). Consequently, reducing health inequities and acting on the social determinants of health become important goals for any SDC initiative.

In the HSSCs, the SDC usually lands in the professional territory of COs, whose purpose is to support community action. COs have been professionally involved in HSSCs since their creation in early 1970s (Parent & al., 2012). Although implementation of the SDC strategy should be facilitated by the fact that COs are employed in most HSSCs, little is known about the elements that facilitate or impede their capacity to perform this task. By focusing attention on the social determinants of health in order to reduce health inequities, SDC differs from the strategies generally used by COs, such as social planning, or helping to start self-help groups, grass-roots organizations or intersectoral coordination tables for various issues or populations (Comeau & al., 2008). SDC thus calls for changes both in the COs practice and in the service delivery pattern generally operating in HSSCs. Moreover, although community action is mainly carried out by COs, the SDC strategy implies that other professionals could also get more involved in the community, whether it is by participating in stakeholder meetings to hear more directly the needs of the population, by accompanying clients in empowerment processes, by working closely with community groups or by reporting difficult situations in the community to authorities (Caillouette & al., 2009).

In this context, our research aimed at answering the three following questions:

- What processes need to be put in place when setting up a community development project, as defined in the official documents of the Quebec public health field?

- What changes are generated by the integration of the SDC strategy in the practice of community organizers?
- What elements promote or not the integration of the strategy in the practice of COs and the organizations that employ them?

Method

The purpose of this research being to understand how the strategy is actualized and how it influences the practice of COs, researchers decided to put a subjective perspective at the core of the research design, which was consequently grounded in a qualitative paradigm and inspired by an interpretive and constructivist epistemology (Denzin & Lincoln, 2005; Guba & Lincoln, 2005), using methodologies drawn from anthropology and education. It gave precedence to an insider's perspective (Avis, 2005), using fieldwork to unravel the multiple constructions of reality and knowledge that are present. The research approach retained aimed at generating an in-depth description of the actors viewpoint (Rossman & Rallis, 2003) allowing to develop an interpretive understanding of the situation under study. This was done in a reflexive perspective whereby participants and researchers joined in the production of new knowledge that served on-going actions (Burawoy, 2003). Answers to the two first research questions are provided in other articles (Parent & al., 2013, 2014) and the purpose of this paper is to address the third one.

In order to answer these questions, three data collection processes were undertaken. The first two were conducted in a specific HSSC, the *Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*⁶. The first was an ethnographic case study to document the SDC implementation process in an inner-city neighbourhood on the territory of this HSSC (Parent & al., 2013), for which participant observation during 32 months and fourteen semi-structured interviews were performed. The second was the establishment of a reflexive practice group for COs of this centre, which met four times over a year and where 15 COs participated on a voluntary basis (Parent & al., 2014).

⁶ After discussion with the HSSC, it was chosen to identify the organization in order to be able to inform others of the effort invested in this study.

The third process was seen as complementary to the other two but was carried at a different geographical level: it aimed at understanding the more general context into which SDC was proposed and was done through nine interviews. The criterion to select the interviewees was to be publically known as a key actor in defining or implementing the SDC strategy either provincially, regionally or locally. Ten people were identified according to this criterion, out of which nine were finally interviewed, one person having retired at the moment of interviews. The nine interviews (three provincially, two regionally and four locally) were done between November 2011 and June 2012 and one basic question was asked, helping to understand what can help reorienting health systems in the more health promoting direction mentioned above: « According to you, what are the elements that can facilitate or impede the integration of the SDC strategy »?

Interviews were taped and transcribed verbatim; they lasted an average of 54 minutes. They were then analyzed with a general inductive approach (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006). Using a NVivo9 software, data was organized into themes and then broken down into categories. To strengthen the analysis as well as to ensure that all relevant elements were retained and that trustworthiness was met (Guba & Lincoln, 2005), the elements influencing the implementation of SDC identified in these interviews were compared with the results of the two other research components (ethnographic study and reflexive practice group) where the same question had been documented. As the two other components did not reveal any further element, in this article results are presented using essentially the information coming from the third research data collection process. The whole study received approval by the CESSS de la Vieille-Capitale and the Université Laval ethics committees.

Results

Out of their own experience and observations, the interviewees mentioned numerous elements that can facilitate or impede the implementation of the SDC strategy. Have been retained here only the ones mentioned by a majority of participants. Moreover, the analysis revealed that the best way to organize them, notably in order to confront them with the two

other sets of data, was around three key components of the health system: the COs, the HSSCs, and the regional and provincial public health institutions⁷. Results are presented accordingly below and as the elements found as hindering ones were the absence of the ones facilitating the implementation of SDC, only the latter are described here.

Community organizers

To properly implement SDC, participants believed that a CO should be assigned to a specific community and be present when the SDC strategy is beginning to be implemented. In our case study, it was observed that a negotiation process had taken place between different partners in order to clarify the needs of the community and the role of the CO (Parent & al., 2013). In that, participants reminded us that it is a facilitating element when a CO provides his or her expertise according to the community's needs, with a view to support partners.

They have an expertise that a community could need. For example, there are health profiles that need to be done, meetings to organize and evaluate. Those are things that can be done, but only if the community asks for it, according to the needs expressed, to help them (Respondent 20, free translation).

It was also mentioned by a majority of participants that the CO needs to be present during the various consultation mechanisms that are put in place, as he or she helps the people involved in the SDC process to reach consensus and make compromise when needed. The role of the CO is thus seen as being supportive to empowering partners and community members throughout the whole process.

His role is to have in back of his mind, how is it possible to maintain, to develop and maintain, the autonomy of this community in front of the choices it will have to do in order to make changes, to help the community do those choices (Respondent 22, free translation).

⁷ In Canada, the health systems are constitutionally of provincial jurisdiction and organized on a regional and local territorial basis. In Quebec, there are 18 health regions and 95 local territories.

All the participants reiterated the importance for the CO to know the community thoroughly. To do so, a call for community-assessment tools and on-going training was heard, whether it is to develop new tools or to make better use of tools already available: community profiles filled out in a participatory manner and portraits developed with indicators that can illustrate vulnerable geographical areas. These were seen as structuring tools to help the SDC strategy progress in a given community.

Everything we did to do community profiles and get the support from the public health department, all that is to get tools, to do community development and neighbourhood animation, so that eventually, communities can act upon the social determinants of health by themselves (Respondent 18, free translation).

Participants mentioned that implementing a SDC strategy requires a strong endorsement of the CO's work by its organization. They believe that COs should be under direct responsibility of the general manager or at least positioned at a strategic level in the organization where they can have a greater influence. There should also be a coordination structure that groups all CO involved in projects related to the SDC strategy. Team building activities should be reinforced and encouraged, where attitudes and values associated with SDC – equity, justice, citizen participation – are presented as key components of the organization. Along with these activities, there should be spaces where COs can define their practice and the way in which they wish to engage in the SDC strategy, and where senior COs can contribute to mentoring new generations of practitioners.

SDC is an opportunity to go back to certain practices where we will stimulate citizen participation and local democracy. Stop organizing services and facilitate consultations so community organizers can go back in the field where people are living in poverty and experience exclusion. I think that for many, it's a nice opportunity (Respondent 15, free translation).

Health and social services centres

First and foremost, participants mentioned that HSSCs have to commit themselves to reducing health inequities when implementing a SDC strategy. The organization has to want to invest in and prioritize the most vulnerable communities. Although they acknowledged that it might be a major shift for some, participants indicated many elements that can contribute to facilitate this. Foremost, general management and board of directors need to be convinced of the added value of the SDC strategy, and of the importance of their role while implementing the strategy. Presence of managers endorsing the vision generated by the SDC strategy and decision makers who can play a pivotal role in convincing other professionals to support it are thus seen as essential. These people need to be in strategic places of the organization and open to the changes that the SDC strategy brings.

First, you need the will of the executive. That's important, no matter who's there. If you don't have the will of senior management and program-services, if they don't make room for it, it will not evolve in the madness of all the budget cuts and the everyday pressure (Respondent 18, free translation).

Most participants consider that such changes should be discussed at meetings held by a permanent SDC strategy committee in the health centre. Many also mentioned that managers and professionals need to be trained in the social aspects of health, considering not only a bio-medical approach but also the influence of the social determinants of health. Participants thus considered that on-going training is an essential aspect of the implementation process. In addition, they wished that support could be offered by national and regional organizations, such as the Ministry of Health, the National Institute for Public Health and Regional Public Health Departments.

Participants also discussed elements related to the way in which the organizations are structured. They felt that SDC should be linked to other official health mandates and legislations, such as the population responsibility that was attributed to the HSSC in 2003. Along with partners from other sectors, the centres could exercise leadership to organize activities that allow citizens to meet and be heard. All of the participants said that clinicians

and managers should remember that a community is not only a combination of clients but also a place where people live. Thus, the HSSC and COs should be helping professional teams understand how their intervention and programs are delivered, in order to contribute to the SDC strategy.

I think he understood that it's not just by increasing the number of community organizers that he could change something; we need new approaches, something different in the way we intervene. Why not mobilize more within the communities, create ownership zones. (...) You can do differently if you question practices and approaches, question the way you see problems in the community (Respondent 16, free translation).

Complete integration of the strategy in local health and social services centres depends on managerial leadership and the attitude of community organizers (Respondent 21, free translation).

Multidisciplinary team meetings that include COs, where problems in the communities are discussed, were described as a potential strategy. Participants also considered that the HSSC should be more involved in the communities when crises happen (i.e. plant closure, major accident, etc.) and should position themselves in favour of SDC in their interventions. That would help them leverage their partnerships, an essential aspect of community development processes.

Finally, participants identified themes related to management issues. They noted that managers and government officials must accept the experimental side of the SDC strategy while implementing it in an organization. In the meantime, the notion of "results" should be revisited, accountability being in favour of the process instead of quantifiable results. To do so, they believe there should be a culture of innovation throughout these organizations, supported by policies and procedures that cultivate the desire to act differently.

Community development is a long-term action. If you start by telling yourself that you'll evaluate and that in a year, you don't have any results and that you want to change subjects for that, you need to be more patient (Respondent 18, free translation).

Regional and provincial public health institutions

Although COs do not work in regional and provincial public health institutions, these organizations have a significant influence on their work, whether it is because they finance projects and programs delivered in the community by COs or influence the decisions taken by HSSC managers. How these organizations conceptualize the SDC strategy will impact how the SDC will be integrated in local health services.

It modified the way in which regional public health organizations usually work. We weren't doing epidemiology nor monitoring health status or protection and immunization. It was difficult, even for community organizers, to understand where we were going. But it didn't matter, we did it all the same! (Respondent 19, free translation).

Participants reiterated that communication strategies regarding the SDC strategy are important and messages should come from influential people. In that perspective, they believe that a clear message should come from decision-making bodies, inviting all local and regional health authorities to get involved in SDC. Participants saw networking as essential; thus, there should be regional SDC strategy committees and regional public health authorities should support and provide local HSSC with appropriate data and expertise.

Participants pointed out that for many years, regional and provincial public health authorities have influenced HSSCs by publishing documents to which they can refer. The *Institut national de santé publique's* 2002 document, in which five key principles of intervention have been outlined, has served as an inspiration and is seen by participants as a supporting position paper. Most importantly, they mention the unique role that the provincial, regional, and local public health plans have played in emphasising the SDC strategy as a key strategy. Hence, SDC has been seen as a public health priority, making it possible to position it in organizational plans and obligating HSSCs to implement it. They also stated that the next step should be to integrate SDC in management agreements and funding mechanisms.

It certainly had an influence – the PNSP, the national public health program (...). It's a fundamental recognition, how can I say, it's an essential. There's a bright light coming from there (Respondent 21, free translation).

All the HSSC in Quebec, the ministerial guidelines, the public health department at the ministry, the regional guidelines in public health and all the HSSC must support community development (Respondent 17, free translation).

Participants identified the specific role of provincial and regional non-profit organizations, regardless of the sector within which they work, in promoting healthy public policies. Along with the social actions of COs in the community, these organisations are perceived as allied in acting on social determinants of health and fostering health equity.

Further elements for consideration

Three other elements that can impact on the integration of the SDC strategy in HSSC were identified, although marginal in the number of times they were mentioned as compared to the ones listed above.

The first one is the issue of funding. Many participants mentioned the need for more resources to support and advise SDC processes in HSSC and communities. There should also be increased budgets for actions on the social determinants of health.

The second is about the importance of research, more specifically its role in evaluating the impacts of SDC and informing the ensuing processes. Research activities should also help study lay knowledge that contributes to SDC in a community and how a HSSC can stimulate its development.

Finally, the last element is a broader one. Participants generally see the SDC strategy as a set of values and attitudes that need to be adopted in order to implement it. The strategy, because it has been described in official documents, is perceived as scientifically grounded and less ideological than other community approaches. Nonetheless, it belongs to the same

value universe where the community of COs was evolving during the 1970-1980s, for which many, especially among the more experienced ones, sometimes long. The discourse around health equity and social determinants of health justifies the SDC strategy in the eyes of participants, and is seen as a way to let communities make their own decisions instead of having public health experts decide priorities for them. It calls for a change of vision and attitudes, supported by a culture that values community approaches, empowerment, and intersectoral actions.

We need a change in vision and attitudes, whether it is professionals or managers. They need to see things differently, rather than the traditional approach where the expert defines the problem and the remedy (Respondent 20, free translation).

Discussion

According to the literature, health promotion has difficulty being recognized as a legitimate approach to improving population health and reorienting health services should be considered as a promising strategy (Judd & Keleher, 2013; O'Neill, 2012; Ziglio & al., 2011). But that is not without challenges; health systems struggle with addressing inequities and generally engage poorly with social determinants of health (Baum, 2008; Ridde & al., 2007). Hence, many consider that a paradigm shift is needed. The results of our study confirm the magnitude of the task as described elsewhere: “reorienting health services is a complex process that requires health services to move beyond their responsibility for providing just clinical and curative services to become health-promoting organisations” (Judd & Keleher, 2013). Principles of the SDC strategy are totally in line with the essence of the Ottawa Charter and can clearly be seen as a promising practice for increasing population health and promoting health equity (Larouche & Potvin, 2013; Potvin & al., 2010). A promising practice has been defined as “a practice that might or might not have been evaluated enough to reach the status of ‘best practice’, but that is nevertheless illuminating and inspiring” (O'Neill & al., 2012c). Hence, SDC represents an opportunity to move forward and innovate in health promotion.

Although results of this study have illustrated how SDC is a promising discourse to reorient health services, they have also shown that it still has to be reinforced if it is to contribute to addressing the complex problems and health inequities that need to be tackled by Quebec's health system. Participants have highlighted the need to redefine the role of professionals, along with the role of local, regional, and provincial health organisations for the SDC strategy to have a better chance to succeed.

Indeed, as realized in our case study, in Quebec SDC has difficulty moving out of the professional realm of COs and into the full range of services offered by all HSSC professionals. Results have illustrated the importance of providing clear messages if professional and organizational cultures that favour the SDC strategy want to have a real chance of emerging. Having the strategy stated in the public health plans since 2003 in Quebec has given SDC notoriety, but it does not seem enough. In this province as elsewhere, not only is reorienting health services complex, it is also a dynamic process in which practice changes within all professional domains need to occur (Judd & Keleher, 2013). Reorganization of professional workloads needs to be done at the same time as sending out messages at all levels of the system. As Ziglio & al. (2011) state, health promotion should become a shared responsibility of all those working within the system.

By using terms like “culture” or “vision”, the participants to our research also called for a new paradigm, a paradigm where the health system is thought as “one that not only ensures equitable and universal access to a good range of primary and preventive services but also advocates for better social and environmental conditions so as to enable people to increase control over, and to improve, their health” (Ziglio & al., 2011: ii219). Within this paradigm, Baum & al. (2009) define the role for the health system as one of stewardship that would accompany other sectors in appreciating their potential to impact health and health equity. This role would also be one of collaboration, where care for a population's health is borne by government as a whole, and where leadership and facilitation are central. Moreover, health ministries and organizations would monitor not only the state of population health but also the extent of equity, encourage intersectoral action, and ensure that health impact assessments are conducted when appropriate (Baum, 2008). This is also

what participants in our study called for, having clearly noted that SDC represents an opportunity to support citizens in identifying the issues to be addressed and the solutions to put in place.

Conclusion

This study has begun to shed light on the perspectives of many actors about the capacity of a health system to be reoriented through a strategy like SDC, that would be more in line with the principles and values of the new paradigm called for by many health promotion advocates. Although data collection was concentrated on one HSSC and one community for the two first research operations, key actors of the third study component were recruited throughout the province with representation at the local, regional, and provincial level. In order to increase representativeness and better understand the phenomenon, it would be interesting to expand the data collection to multiple HSSCs and communities as well as with HSSC practitioners who are not COs, and see the influence of SDC on their practice and how they see the ways in which they could contribute to its implementation.

Even if in a limited and not yet well measured way, the SDC strategy has begun to provide some legitimacy to reorient the Quebec health system towards a new paradigm in which health equity is central to all actions. The bio-medical paradigm in which this system is firmly rooted maintains nevertheless a profound influence on the roles its organizations are expected to play and on the way in which they engage with community partners (St-Pierre & Richard, 2006), a phenomenon which has also been observed elsewhere (Laverack & Labonte, 2000). Quebec's COs, having been trained in community development, are key actors when reorienting the system towards the needs of the community and health promoting actions but in order to do that, findings have highlighted their need to be supported in many ways, either by training, supervision, or organizational decisions pointing in the direction of health equity. We have indicated above how participants to our study have identified many elements that can help face the difficult task at hand and equip professionals and managers when making this paradigm shift.

Quebec and Canada are still seen around the world as powerhouses of health promotion; despite that, as many have shown (Raphael, 2003, 2010; Rootman & al., 2012), a serious push still needs to be given in order to support the health systems' organizations in reorienting themselves. SDC is about participation, empowerment, intersectoral action, healthy public policies and action on the social determinants of health. In brief, it is all about health equity. If we take the HSSS studied as an exemplary case, given its clearer organizational commitment to SDC than most, integrating it and its mindset in actual practices in the Quebec health system still seems to be a significant challenge for managers at the local level as well as decision-makers in regional and provincial public health authorities. Further research on SDC interventions in HSSCs could help highlight how this new paradigm can help reorient health services in Quebec and elsewhere and help develop the tools needed to support practitioners and organizations when embarking on such a task.

Chapitre 6. Discussion et conclusion

Ancré dans le champ de la santé communautaire et de la santé publique, ce projet avait le désir de mieux comprendre les attributs de la stratégie de soutien au développement des communautés québécoise et de soutenir la pratique de ceux qui la mettent en œuvre, au premier chef les organisateurs communautaires œuvrant dans les Centres de santé et de services sociaux. Le projet a émergé de nos expériences professionnelles et personnelles, tant dans le réseau de la santé que dans le milieu communautaire. Il a toujours été imprégné des valeurs de solidarité et d'équité qui nous animent et teinté de notre indignation face aux injustices vécues par plusieurs groupes de la population québécoise, en particulier les plus marginalisés. Il a aussi été caractérisé par notre émerveillement devant les capacités et les ressources des individus et des communautés, peu importe la situation dans laquelle ils se trouvent, pour solutionner les problèmes auxquels ils doivent faire face. Enfin, il a été marqué par notre désir d'accompagner les professionnels dans la construction d'une pratique réflexive, où chacun peut prendre l'espace qui lui est nécessaire. Par ce projet, nous voulions ainsi faire œuvre scientifique rigoureuse, mais aussi contribuer au milieu dans lequel allait se dérouler la recherche et où nous travaillions.

À la suite de notre recension de la littérature en 2010, dont le chapitre 1 de la thèse rend compte, nous avons constaté que les principaux écrits sur le soutien au développement des communautés avaient été réalisés par des universitaires du domaine de l'organisation communautaire, qu'ils étaient peu empiriquement étayés et que peu de travaux sur le sujet avaient été produits dans le champ de la santé publique, même si c'est de là que provenait à l'origine la stratégie de soutien au développement des communautés. Nous avons donc conçu un projet de recherche qui visait à répondre aux trois questions suivantes, à travers un objectif général se déclinant en trois objectifs spécifiques :

- Quel est le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés, tel que défini dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique?

- Quels sont les changements suscités par l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires?
- Quels sont les éléments qui favorisent ou non l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires de CSSS et des organisations qui les emploient?

Objectif général

- Documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en CSSS par les organisateurs communautaires à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale.

Objectifs spécifiques

- Étudier le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés à partir d'un cas concret dans un quartier.
- Décrire, du point de vue des organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale, comment leur pratique se transforme suite au discours sur le développement des communautés proposé par les instances québécoises de santé publique.
- Identifier les éléments favorables ou non à l'intégration de la stratégie de soutien au développement des communautés dans la pratique des organisateurs communautaires et des organisations qui les emploient.

Dans ce dernier chapitre, nous revenons aux questions de recherche, dont les réponses se retrouvent dans les articles présentés aux chapitres 3, 4 et 5 et qui correspondaient à un des objectifs spécifiques de la thèse. Les principales contributions de la recherche sur le plan de l'avancement des connaissances en général seront d'abord présentées, en mettant en lien, pour chaque question de recherche, nos résultats avec des éléments de littérature pertinente. Cette démarche permet de mieux cerner l'enjeu de la mise en place de la stratégie de

soutien au développement des communautés pour les autres CSSS du Québec et pour la santé publique en général. Par la suite, des retombées potentielles de la recherche sur les interventions professionnelles, tant en santé publique qu'en organisation communautaire, seront abordées. Elles partent pour certaines des intuitions à leur propos qui avaient été énoncées en conclusion du premier article, en début de projet, en les enrichissant de l'apport empirique de la recherche et de liens avec des auteurs qui sont apparus en cours de route comme utiles et pertinents. Enfin, les limites et les forces de la démarche seront discutées et des perspectives de recherche futures seront exposées.

6.1 Contributions à l'avancement des connaissances

Dans le premier chapitre, nous avons illustré le contexte changeant de la santé publique, depuis ses débuts au XVIII^e siècle, jusqu'à aujourd'hui. De multiples influences ont marqué son évolution, que ce soit l'apparition de nouvelles maladies, de connaissances, de technologies ou de modes d'intervention. Ce que nous en retenons est l'importance de l'intervention de l'État dans l'organisation des services de santé publique et son caractère sociopolitique (Colin, 2004; Fassin, 2000; Lévesque et Bergeron, 2003). Ce survol historique nous a permis de conclure que la santé publique, en tant que champ spécifique, a effectivement des frontières infinies et floues, car elle doit sans cesse baliser son intervention en fonction de son objet d'étude et du contexte dans lequel elle se situe (Fassin, 2000; Fournier, 2003; Lévesque et Bergeron, 2003). L'avènement de la promotion de la santé est à ce sujet un exemple éloquent. Articulée selon une logique binaire, où l'action est partagée entre les stratégies individuelles et environnementales (O'Neill et Stirling, 2006), la promotion de la santé incite à nouveau au début des années 1980 la santé publique à se positionner en amont des problèmes de santé pour considérer les facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui forment l'état de santé d'une population, ce qu'elle avait peut-être eu tendance à oublier durant quelques décennies (Abel, 2007; Mc Queen, 2007; Navarro, 2009; Potvin et Mc Queen, 2007).

Si la santé publique s'est toujours définie selon une perspective collective et populationnelle, elle n'a pu se dissocier de l'offre de soins de santé individuels, avec quoi

elle s'est arrimée de différentes façons (Guérard, 1998). Au cours des dernières décennies, les difficultés économiques de l'État-providence et la transition épidémiologique et démographique ont amené le gouvernement à mettre en place plusieurs commissions pour faire le point sur la situation (Lacourse, 2011). Au Québec, les plus récents changements font état d'une intégration de notions de santé publique dans l'organisation des soins (Breton et al., 2008, 2009). L'action structurante du Programme national de santé publique, combinée aux plans d'action régionaux et locaux de santé publique, a contribué à dégager une vision globale de l'action de santé publique. En 2003, la création des CSSS et la responsabilité populationnelle qui leur est dévolue ont eu pour effet de parachever cette intégration (Denis et al., 2012).

La stratégie de soutien au développement des communautés s'inscrit dans ce contexte. Dans notre premier article, « Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec », nous avons retracé l'historique de cette stratégie et de son inscription dans les organisations et les pratiques. À la lumière de cette information, nous pouvions entrevoir que la stratégie misait sur des pratiques bien connues des organisateurs communautaires, comme le développement local, mais que son inscription dans le champ de la santé publique obligeait non seulement un changement de pratiques, mais également un changement de paradigme. C'est ce que nous approfondissons dans les sous-sections suivantes, autour des trois questions de recherche que nous posions.

6.1.1 Quel est le processus de mise en place d'une démarche de développement des communautés, tel que défini dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique?

Le premier volet de la thèse, basé sur une étude ethnographique qui visait à documenter la mise en place d'une démarche de développement des communautés, a permis de souligner le rôle du contexte dans une telle démarche et la perception entretenue par les participants à cet égard. Cela concorde avec la littérature sur les approches communautaires en promotion de la santé, qui se distinguent, lorsqu'analysées selon une perspective écologique, par

l'importance accordée aux influences sociales, les normes et les valeurs d'un milieu. L'approche écologique fera en effet ressortir les interactions complexes entre les individus, les groupes et leurs environnements (McLeroy et al., 2003; Richard et Gauvin, 2012). Ces résultats correspondent également à la littérature en organisation communautaire qui fait valoir l'importance de la spécificité de chaque communauté (RQIIAC, 2010).

Afin d'améliorer l'état de santé de la population, la littérature recensée insiste sur la pertinence d'agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé (Aubry et Potvin, 2012; Bambra et al., 2010; Baum et al., 2009; Bernard et al., 2007; Frohlich et al., 2008; Guichard et Potvin, 2010). Les données issues de notre démarche de recherche, analysées à l'aide du concept d'espace sociosanitaire présenté par Aubry et Potvin (2012), ont mis en lumière le rôle décisif des participants dans la démarche étudiée. Nos résultats ont révélé que les participants ne se percevaient pas nécessairement comme des acteurs qui avaient du pouvoir sur les conditions de vie du milieu et qui réfléchissaient en termes de réduction des inégalités. L'esprit caritatif qui caractérisait cette communauté, le rôle d'animation des intervenants conviés et le fait que les citoyens se percevaient avant tout comme des bénévoles qui donnaient généreusement de leur temps, révélaient la distance entre la perspective souhaitée par la stratégie de soutien au développement des communautés et celle qui avait cours dans ce milieu. Cela nécessitait d'inscrire l'action encore davantage dans une perspective d'*empowerment*, à la fois des citoyens et des partenaires, en vue d'augmenter le pouvoir d'agir de la communauté. Sous l'effet de l'espace sociosanitaire créé par la mise en place de la démarche, les acteurs de la communauté se sont inscrits, même s'ils n'en étaient pas nécessairement conscients, dans une alliance socio-politique qui visait à améliorer les conditions de vie et l'état de santé de la population plus largement. On peut donc supposer que le processus d'*empowerment* viendra ancrer cette alliance dans la communauté et soutenir l'engagement des acteurs du milieu.

Les données issues du groupe de pratique réflexive et de l'étude ethnographique nous ont révélé que soutenir la mise en place d'une démarche de développement des communautés est exigeant pour l'organisateur communautaire concerné. Non seulement cette démarche

demande-t-elle du temps, tel que la littérature sur l'organisation communautaire en fait état (Bourque et Lachapelle, 2010; Lachapelle et Bourque, 2007; RQIIAC, 2010), elle demande également de sa part une compréhension approfondie du milieu et de ses valeurs qui, comme on le verra autour de la question 2 plus bas, n'est pas nécessairement facilitée par le contexte actuel de pratique de l'organisation communautaire. De surcroît, notre analyse démontre l'importance pour un organisateur communautaire impliqué dans sa mise en œuvre d'avoir une vision claire des finalités du développement des communautés. Quoique cette stratégie exige de partir des besoins de la communauté, ce qui est tout à fait en phase avec les principes d'intervention de l'organisation communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010; RQIIAC, 2010), son inscription dans le champ de la santé publique force l'organisateur communautaire à travailler à l'amélioration de la santé de la population, à agir sur les déterminants de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé (Neiman et Hall, 2007; Potvin et al., 2010; Potvin et Jones, 2011; Raphael, 2010; Wallerstein, 2006a). Ainsi, l'organisateur communautaire doit être à l'aise avec les prémisses de base de l'équité en santé (Frank, 2012; Guichard et Potvin, 2010; Hofrichter et Bhatia, 2010; Potvin et al., 2007).

Or, nos données montrent que les organisateurs communautaires ont besoin à cet effet d'activités de formation continue, de nouveaux outils pour mobiliser plus largement les citoyens et les acteurs-clés, de financement spécifique pour des activités liées au processus de développement des communautés, et surtout, de temps pour développer une connaissance approfondie du milieu, de ses structures de pouvoir et de son héritage socioculturel. Ces résultats rappellent l'importance de respecter l'action mise en place par le milieu, même si de prime abord, cette dernière ne semble pas répondre à des objectifs sanitaires. Ils rappellent également le rôle de soutien à jouer par les institutions de santé publique qui peut se concrétiser de diverses façons : production de données; expertise scientifique; formation; évaluation et recherche.

6.1.2 Quels sont les changements suscités par l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires?

Les données issues du groupe de pratique réflexive ont largement contribué à notre réponse à cette question. Si certains auteurs considèrent que le développement des communautés est une pratique déjà habituelle dans les CSSS et leurs services d'organisation communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010; Comeau, 2009; Favreau et Larose, 2007), le groupe que nous avons accompagné a fourni des informations empiriques permettant de préciser et de nuancer une telle affirmation. Le deuxième volet de la thèse révèle qu'effectivement, l'actualisation de la stratégie de soutien au développement des communautés soulève des défis significatifs. Le fait d'entendre le point de vue des organisateurs communautaires sur l'influence de la stratégie en regard de leur pratique a permis non seulement d'en cerner l'intérêt, mais aussi, les difficultés. Les trois principaux défis identifiés sont : le besoin de clarifier le rôle des organisateurs communautaires dans les démarches de développement des communautés; la difficulté à susciter et soutenir la participation citoyenne; et enfin, les difficultés à soutenir le développement des communautés dans le contexte organisationnel d'un CSSS.

Ces défis font écho aux résultats obtenus dans l'étude ethnographique, à savoir que le soutien au développement des communautés est complexe et qu'il représente un changement pour les organisateurs communautaires, et ce, malgré le fait que ce groupe professionnel est actif dans les communautés depuis la création des CLSC et leur intégration dans les CSSS. Le soutien au développement des communautés repose sur des pratiques bien connues des organisateurs communautaires présents dans les CLSC depuis les années 1970-1980. Toutefois, les cohortes récentes n'ont pas nécessairement bénéficié des mêmes connaissances, car, comme nous l'avons évoqué dans notre premier article, les organisations ont largement changé avec le temps et la place que le développement des communautés y occupe aujourd'hui demeure somme toute marginale, influençant par le fait même les possibilités de développer ou mettre en œuvre les habiletés professionnelles requises.

Le troisième article de la thèse « *Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion* », illustre comment dans le cas du CSSS de la Vieille-Capitale la multiplication des lieux de concertation, et l'interpellation des organisateurs communautaires pour les soutenir et les animer, est venue changer les modes d'intervention, ce qui a aussi été démontré pour d'autres CSSS (Bourque et Lachapelle, 2010; Lachapelle, Bourque et Foisy 2010). Les participants du groupe de pratique réflexive considèrent qu'une analyse reste à faire quant à la contribution potentielle de ces concertations au développement de chaque communauté. Ils questionnent également la possibilité pour l'organisateur communautaire d'y apporter la vision portée par la stratégie de soutien au développement des communautés. Souvent définies selon des thématiques ou des clientèles précises, ces concertations ne visent pas nécessairement l'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités sociales ou l'action sur les déterminants sociaux de la santé. De surcroît, les organisateurs communautaires rencontrés considèrent que ces concertations, qui pourraient représenter un levier de développement des communautés si elles étaient orientées en ce sens, ont de la difficulté à rejoindre les citoyens et à considérer les besoins du milieu.

Dans *Concertation et partenariat*, Denis Bourque, un auteur très prolifique et reconnu dans le champ québécois de l'organisation communautaire, discute des conditions nécessaires à l'intervention de soutien au développement des communautés (Bourque, 2008). Selon lui, une de ces conditions de succès est l'addition des expertises, c'est-à-dire la mise en place d'un processus de consultation et de participation de divers professionnels, organisations et citoyens du milieu. Afin de réaliser ce processus, il considère les organisateurs communautaires comme étant les plus qualifiés et les plus expérimentés, grâce à leur connaissance du milieu et de ses opportunités. Cependant, les organisateurs communautaires qui ont participé à nos rencontres considèrent qu'ils ont peu de temps pour être actifs dans la communauté et connaître les citoyens, notamment à cause de leur accaparement par les lieux de concertation thématiques ou de clientèles. Ils ont mentionné, à l'instar des participants aux entrevues dans la communauté, que le soutien offert aux citoyens pour favoriser leur participation est généralement relégué aux organismes communautaires et que l'organisateur communautaire joue dans ce cas un rôle de soutien

aux organismes communautaires, d'animation de concertations et de création de liens entre les partenaires. La capacité des organisateurs communautaires à soutenir la participation des citoyens dans une perspective d'*empowerment*, un des principes centraux du développement des communautés, peut ainsi être questionnée. Pourtant, nous l'avons vu dans la section précédente, ce type de participation semble essentiel au processus.

En sus, les organisateurs communautaires nous ont rapporté que leur présence dans le milieu et les activités qu'ils y soutiennent ne sont pas nécessairement toujours valorisés par les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, puisque ces derniers ont des comptes à rendre sur la performance des interventions, l'atteinte de cibles et de résultats et l'application de programmes venant d'instances supérieures normés selon des balises précises. Dans ce cas, les organisateurs communautaires nous ont mentionné adopter parfois une attitude que certains ont qualifiée de « rebelle » ou de « délinquante ». Ils ne suivent pas à la lettre les programmes normés, ne s'intéressent pas à une seule clientèle cible, mais plutôt à l'ensemble d'une population et ne considèrent pas une problématique comme une cible d'intervention, mais plutôt comme un angle parmi d'autres pour aborder une situation de façon globale. Ils nous ont également rapporté que les liens entre eux et les intervenants cliniques seraient bénéfiques au développement des communautés, mais nos observations nous font croire qu'il n'est pas certain que tous les intervenants auront l'attitude rebelle qui semble nécessaire pour soutenir ainsi les processus, même dans un CSSS qui s'est franchement commis à son égard.

La réflexivité propre à la démarche proposée a facilité l'identification de zones d'ombre, haussant la capacité de nommer certains défis. Les auteurs qui se sont intéressés à la réflexivité la considèrent comme une activité intellectuelle dans laquelle des individus et des groupes explorent leurs expériences afin de développer de nouvelles compréhensions qui, ultimement, modifieront leurs actions (Boud et Keogh, 1985; Mann, Gordon et MacLeod, 2009). Elle permet donc de remettre en question les pratiques régulières pour en dégager un espace critique (Tremblay et al., 2013). Au moment de mettre en place le groupe de pratique réflexive au CSSS de la Vieille-Capitale, les organisateurs communautaires avaient nommé le besoin de réfléchir à la venue de la stratégie de soutien

au développement des communautés. Sans le groupe, ces organisateurs communautaires auraient certainement réfléchi à la question. La mise en place du groupe a toutefois facilité la mise en commun des expériences, haussé le niveau de réflexion, fait émerger un discours collectif, cohérent et critique sur la pratique, créant par le fait même une synergie à l'intérieur de l'équipe d'organisation communautaire du CSSS. Bref, les rencontres du groupe ont été très appréciées par les organisateurs communautaires au point où, deux ans après les quatre rencontres originales pour la thèse, ils réalisent encore l'exercice sur une base régulière, et ce, sans le soutien de notre recherche.

Une évaluation informelle de l'exercice a été réalisée à la fin des quatre rencontres et tous se sont dits satisfaits des rencontres, car elles permettent de mieux comprendre la spécificité du soutien au développement des communautés et la façon dont les démarches auxquelles ils participent déjà peuvent être revues dans cette perspective. Malheureusement, comme le questionnaire nous a été retourné par courriel, nous n'avons pas utilisé les résultats en raison d'un potentiel biais de désirabilité. Nous avons procédé de la sorte à la demande des participants sans penser qu'ainsi, ils savaient que nous pouvions malheureusement les identifier.

6.1.3 Quels sont les éléments qui favorisent ou non l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires de CSSS et des organisations qui les emploient?

Le troisième volet de la thèse avait pour objectif de dégager les éléments favorables et défavorables à l'intégration de la stratégie de soutien au développement des communautés dans la pratique des organisateurs communautaires et des organisations qui les emploient. Analysée sous l'angle de la promotion de la santé, il nous semble que la stratégie a le pouvoir d'orienter les pratiques et les organisations afin qu'elles soient contributives à l'amélioration de la santé de la population. Il est possible de classer les éléments recensés en trois niveaux distincts.

Tout d'abord, les participants considèrent que le travail des organisateurs communautaires doit être aménagé en fonction du soutien au développement des communautés. Pour cela, il serait souhaitable selon plusieurs que les gestionnaires, les chercheurs et les organisateurs communautaires eux-mêmes s'intéressent de plus près à la pratique concrète des organisateurs communautaires, afin que ces derniers puissent vraiment développer et mettre en œuvre un rôle d'expertise en soutien au développement des communautés. Nos données montrent clairement qu'on ne peut tenir pour acquis que le soutien au développement des communautés correspond à ce que les organisateurs communautaires font déjà dans leur travail. Leur pratique est très variable et dépend autant des personnalités de chacun que des formations de base, des expériences acquises, des organisations pour lesquelles ils travaillent et des opportunités dans le milieu. Leur proximité avec les communautés et la connaissance qu'ils en ont sont des atouts importants, mais pas toujours aussi présents que plusieurs le souhaiteraient. Ils gagneraient à être mieux connus et reconnus dans les organisations qui les emploient pour augmenter leur chance afin d'avoir un véritable impact.

Ces résultats concordent avec ceux de Sénécal (2012), qui a étudié le rôle de l'acteur dans le développement communautaire à partir de différentes théories de l'acteur social. Cet auteur considère que les acteurs sociaux se regroupent pour produire des effets sur le système social ou politique à partir d'actions dans la vie quotidienne et sur des scènes d'interactions qui se déroulent à microéchelle. Conséquemment, les acteurs occupent plusieurs fonctions, rôles et positions qui les amènent à agir dans diverses situations : négocier, échanger, transiger, communiquer, lutter, se concerter, faire des alliances, réfléchir sur les termes de l'action (Sénécal, 2012). Certains de ces rôles, également au cœur des démarches de développement des communautés, semblent toutefois encore à développer et à valoriser dans la pratique de l'organisation communautaire en CSSS.

Un second noyau d'éléments est en lien avec le rôle du CSSS. Non seulement considère-t-on que ce dernier doit favoriser, par ses structures, la fonction de soutien au développement des communautés de l'organisateur communautaire, mais on croit également qu'il doit revoir l'ensemble de ses programmes et services à la lumière de cette stratégie. Pour cela, il

a été suggéré d'analyser la contribution de l'offre de soins et services et des concertations locales au développement des communautés et comment le CSSS intègre les principes associés à la stratégie dans la mise en œuvre de ses activités. Ainsi réfléchi, le soutien au développement des communautés n'est plus que l'unique travail de l'organisateur communautaire, mais un effort collectif face aux communautés les plus désavantagées du territoire. Un des éléments clés qui a le potentiel de faciliter cet effort collectif est de positionner le développement des communautés comme une stratégie de promotion de la santé. Nous y revenons longuement plus bas, car cela nous semble un des facteurs clés qui permettrait au monde de la santé publique de sentir que ce domaine d'intervention lui appartient aussi, même si cela requiert un changement de paradigme en faveur de l'équité en santé, recensé tant dans la littérature (Baum et al., 2009; Laverack et Keshavarz Mohammadi, 2011; Ziglio et al., 2011) que dans les entrevues réalisées pour la thèse.

Finalement, un troisième noyau d'éléments facilitateurs concerne l'influence de multiples organisations et paliers décisionnels sur la pratique des organisateurs communautaires. Le fait de s'être intéressé aux contextes locaux, régionaux et provinciaux nous a amenée à clarifier le rôle des organisations. En identifiant des acteurs-clés qui leur sont associés et en les rencontrant en entrevue, nous avons cerné les principaux éléments qui favorisent l'intégration de la stratégie dans les pratiques et les organisations. En portant notre regard au-delà de l'organisation communautaire en soi, nous avons pu identifier le rôle des Directions régionales de santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut national de santé publique. L'analyse des résultats met particulièrement en lumière qu'ils jouent ou devraient jouer un rôle de soutien. Si le développement des communautés est avant tout une affaire locale, l'inscription de la stratégie dans les politiques des organisations régionales et provinciales a sans conteste eu un impact sur les décisions qui ont été prises à son égard même localement. Enfin, les participants souhaitent que des ressources - financement, évaluation, recherche, expertise - provenant des organisations régionales et provinciales favorisent l'intégration et la mise en œuvre de la stratégie dans les CSSS.

6.2 Retombées potentielles de la recherche sur les interventions professionnelles

D'un point de vue conceptuel, un des principaux apports de la thèse repose sur l'angle d'approche du sujet. Les stratégies de santé publique et l'organisation communautaire constituent deux champs d'intervention distincts et leur mise en relation semblait une manière à la fois originale et incontournable d'aborder le problème à l'étude.

Comme la stratégie de soutien au développement des communautés était peu connue au début du projet qui constitue la présente thèse, il était pertinent de comprendre ce que supposait ce type de démarche, telle qu'elle est définie par les autorités de santé publique québécoises. En effet, souvent amalgamée à d'autres approches, comme le développement local, le développement communautaire en général ou bien même les approches territoriales intégrées, la stratégie n'était pas comprise comme une façon de faire en soi. Notre recherche a permis de documenter la mise en œuvre d'une démarche de développement des communautés qui épousait la définition retenue par les autorités de santé publique et ses principes d'intervention. En réalisant une étude ethnographique d'une démarche, nous avons pu étudier le phénomène de l'intérieur, en illustrer les enjeux et mettre en lumière sa complexité. Nous avons également pu comprendre la spécificité du travail de soutien au développement des communautés exercé par les organisateurs communautaires. À la lumière de nos résultats, nous croyons donc que travailler dans le cadre d'une démarche de développement des communautés se distingue de la mise en place de services ou de projets dans le milieu ou d'animation de concertations, pratiques courantes en organisation communautaire. Nous avons dégagé trois éléments principaux qui pourraient influencer les pratiques professionnelles. Certains de ces éléments avaient été intuitionnés et mis en conclusion du premier article de recension de la littérature inclus au chapitre 1. Ils sont repris ici, à la lumière des résultats de l'étude et en faisant appel à des éléments de littérature complémentaire.

6.2.1 Positionner le soutien au développement des communautés dans le domaine de la promotion de la santé

À travers la recension de la littérature et l'analyse de nos résultats de recherche, nous avons pu montrer qu'ancrer la stratégie de soutien au développement des communautés dans le champ de la promotion de la santé la rendrait davantage pertinente pour les autorités de santé publique. En la campant de la sorte, nous croyons que cela permettrait aux professionnels de la santé publique et au personnel clinique du système de santé de considérer que le développement des communautés ne soit pas qu'une « affaire d'organisation communautaire », même si ce champ d'intervention est essentiel.

Cependant, St-Pierre et Richard, qui ont déconstruit la définition de la promotion de la santé présentée dans le PNSP à l'aide de la méthodologie de Rootman et de ses collègues (St-Pierre et Richard, 2006), considèrent que ce programme entretient une confusion quant au concept même de promotion de la santé. Si le PNSP met l'accent sur les capacités des individus, il ne spécifie cependant pas les déterminants sur lesquels il faudrait agir. Il pourrait ainsi s'insérer « dans une approche préconisant le travail sur les habitudes de vie et les environnements facilitants, au détriment d'une approche plus large privilégiant aussi le travail sur les déterminants sociaux en amont » (St-Pierre et Richard, 2006, p. 195). Pour remédier à cette situation, Gore et Kothari (2013) croient qu'un changement dans la culture de la santé publique où l'on accorderait davantage de place aux déterminants structureaux de la santé est à préconiser. Pour ce faire, ils proposent d'intégrer une pratique réflexive pendant la planification et la réalisation de tout programme de santé publique qui inclurait : a) analyser de quelle façon le programme cible les déterminants sociaux de la santé; b) considérer les impacts à court et long terme du programme et c) comprendre l'implication du programme face à la notion d'équité en santé (Gore et Kothari, 2013).

En préconisant l'intervention en amont, la stratégie de soutien au développement des communautés permettrait possiblement de sortir la promotion de la santé de ses références usuelles et de s'inscrire dans une perspective plus affirmée d'équité en santé. Selon la typologie développée par Raeburn et Corbett (2001) (Figure 3), la stratégie de soutien au

développement des communautés s’inscrirait, grâce aux principes qui y sont associés, dans la catégorie d’action la plus élevée de la promotion de la santé, ce qui correspond au type d’activité qui a le plus d’effet sur la santé de la population, celle du développement communautaire.

Domaine de promotion de la santé		Situé dans la communauté (<i>community-based</i>)	Action communautaire		Développement communautaire
	Traitement		♥	♥♥	♥♥♥
	Risque	♥	♥♥	♥♥♥	♥♥♥♥
	Bien-être	♥♥	♥♥♥	♥♥♥♥ ♥	♥♥♥♥♥

Figure 3. Degré approximatif de « vrai » développement communautaire selon les actions entreprises dans un milieu

Source : Raeburn et Corbett, 2001, p. 10, traduction libre

Pour atteindre le degré le plus élevé, l’action doit comporter trois caractéristiques : présence de contrôle communautaire (*community-controlled*), développement de liens sociaux (*community building*) et développement des capacités et des forces de la communauté (*development of community capacity and strenghts*) (Raeburn et Corbett, 2001). Dans le cas de la démarche que nous avons étudiée, il y avait présence d’un contrôle communautaire et le développement de liens sociaux. Le développement des capacités et des forces de la communauté ne faisaient toutefois que commencer. Afin que la stratégie de soutien au développement des communautés favorise des démarches qui atteindront le niveau d’action souhaité, nous avons cependant pu constater que de nombreux défis restent encore à relever.

Parmi les défis recensés, il y a la capacité des organisateurs communautaires à contribuer significativement au développement des forces du milieu. Nous avons mentionné plus haut plusieurs contraintes liées à l'organisation actuelle du travail. En sus, il est possible que la reconnaissance parfois variable des organisateurs communautaires par les acteurs de santé publique puisse nuire à une réelle contribution synergique des deux secteurs. Si positionner la stratégie comme une action de promotion de la santé telle que présentée ci-dessus par Raeburn et Corbett semble approprié pour les organisations de santé, il reste encore à clarifier le rôle des organisateurs communautaires dans une stratégie de promotion de la santé.

Enfin, parmi les autres défis, nous avons également identifié la difficulté actuelle de camper la stratégie de soutien au développement des communautés dans une perspective d'équité en santé à l'intérieur du PNSP, ingrédient toutefois essentiel pour améliorer la santé de la population. Cela imposera un changement de paradigme à réaliser au niveau provincial.

6.2.2 Ancrer la stratégie dans un processus continu d'*empowerment*

Confrontés à la croissance des inégalités sociales de santé et à leurs effets sur la santé des populations (Raphael, 2010; Wilkinson et Pickett, 2010) ainsi qu'à la présence grandissante des maladies chroniques, plusieurs auteurs mettent de l'avant des stratégies qui font appel à des processus d'*empowerment*, un des principes du développement des communautés, et de conscientisation des individus et des communautés (Minkler et Wallerstein, 2008; Wallerstein, 1992). Le terme *empowerment* réfère à « a social action process for people to gain mastery over their lives in the context of changing their social and political environment to improve equity and quality of life » (Rootman et O'Neill, 2012, p. 27). Selon certains auteurs (Hyppolite et O'Neill, 2003; Rootman et O'Neill, 2012; Wallerstein, 1992, 2006b), l'*empowerment* est un aspect essentiel de la promotion de la santé, voire même un aspect distinctif par rapport à la santé publique (Ridde et al., 2007) ainsi qu'un critère qui détermine si une initiative est ou non de l'ordre de la promotion de la santé (Rootman et O'Neill, 2012).

Afin de comprendre le rôle de l'*empowerment* dans l'amélioration de la santé de la population, Rissel propose un modèle à partir duquel on comprend l'apport des différentes interventions de promotion de la santé au processus d'*empowerment* sous l'angle d'un continuum d'interventions sur les plans individuels, de groupe et collectif dont la finalité est d'améliorer la santé (Rissel, 1994). Afin de rallier les différents intervenants des CSSS et des organismes du milieu autour de la notion de développement des communautés et comprendre l'apport des différentes interventions réalisées, ce modèle pourrait être utilisé.

Le modèle de Rissel (Figure 4) comporte cinq paliers d'intervention et trois niveaux d'action. Le premier palier intègre les stratégies individuelles qui visent le développement personnel. Les interventions qui s'y rapportent sont généralement portées dans les CSSS par les travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, nutritionnistes et infirmières dans le cadre des suivis cliniques et dans certains organismes communautaires par leurs intervenants. Le deuxième palier réfère aux interventions de groupe. Il y a aujourd'hui peu de ces groupes dans les CSSS, mais de nombreux organismes communautaires offrent des rencontres de groupe de soutien à propos de sujets variés. Un arrimage entre les intervenants cliniques et ces groupes est donc pertinent, car ces activités permettent le passage à un autre stade d'*empowerment*. Le troisième palier fait appel à l'organisation communautaire et la mobilisation autour d'enjeux locaux. Les organisateurs communautaires de CSSS et les intervenants de la communauté y contribuent largement. Le quatrième palier suppose la participation des personnes à des organisations et des coalitions de défense de droits et d'éducation populaire. De nombreux organismes communautaires portent ce mandat et plusieurs organisateurs communautaires soutiennent leurs actions. Enfin, le cinquième palier représente l'action sociale et politique qui est généralement portée par des groupes indépendants, parfois soutenus par des organisateurs communautaires. Conséquemment, ce modèle est pertinent, car il illustre les actions contributives au développement de l'*empowerment* et de l'amélioration de la santé et par le fait même, au développement des communautés.

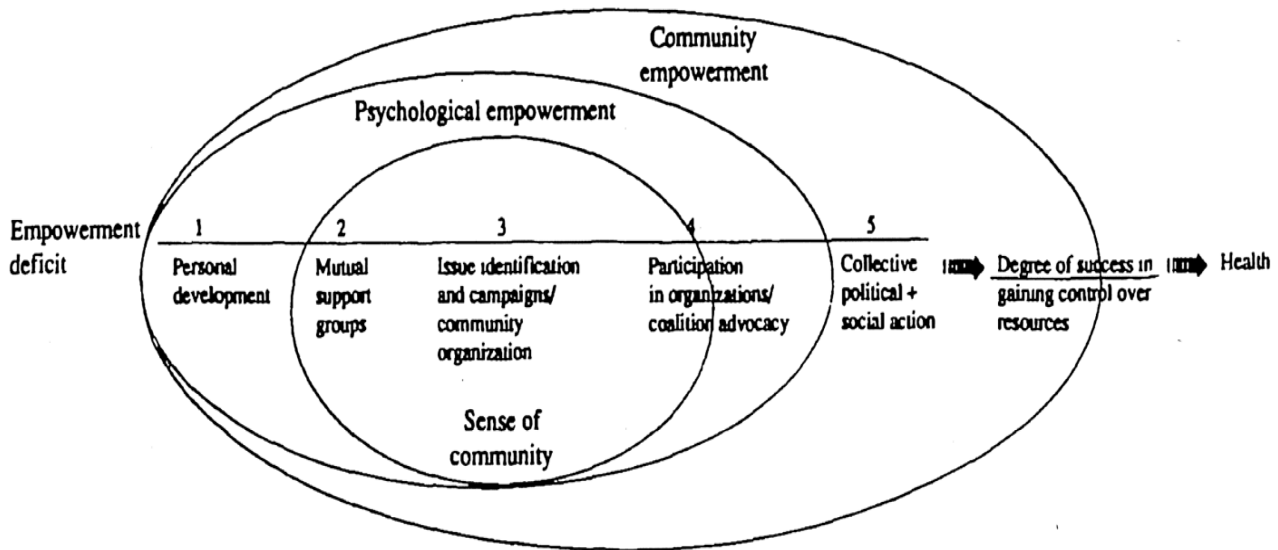


Figure 4. Modèle des composantes critiques de l'empowerment communautaire et le processus par lequel elles peuvent être atteintes

Source : Rissel, 1994, p. 43

Laverack et Labonte (2000) quant à eux, proposent un cadre de planification (Figure 5) qui vise à intégrer des objectifs d'empowerment communautaire à l'intérieur des programmes de santé publique et des actions de développement communautaire. Plus exhaustif et complexe que le modèle de Rissel, ce cadre vise à outiller les praticiens de santé publique en ce qui a trait à l'intégration de caractéristiques propres à l'empowerment dans les cinq étapes usuelles de tout processus de planification. Comme de nombreux programmes de santé publique sont déployés dans les communautés, font appel à la mobilisation communautaire et servent souvent à financer des activités communautaires, nous le proposons pour orienter et accroître l'apport des programmes de santé publique au développement des communautés.

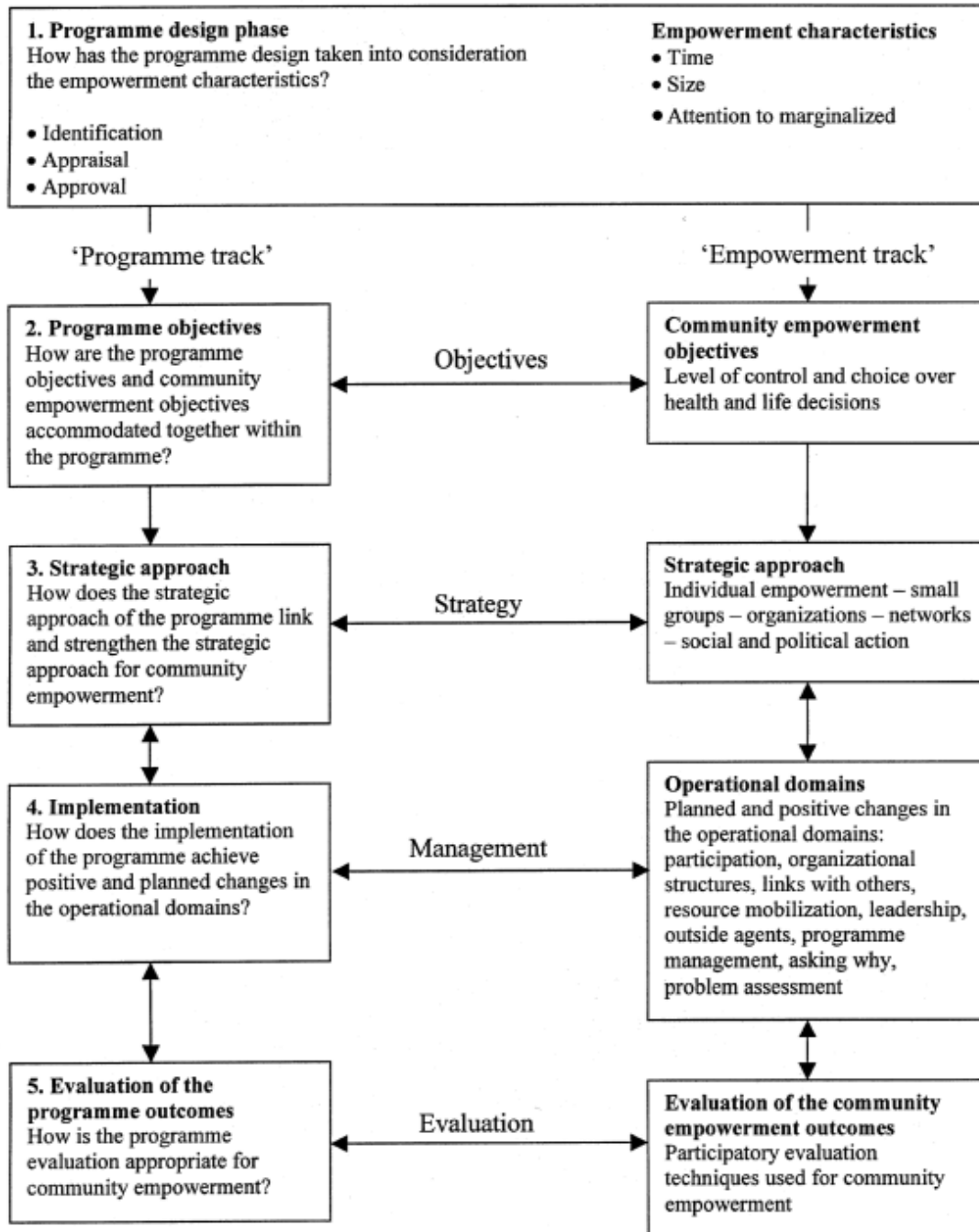


Figure 5. Un cadre de planification pour l'intégration de l'empowerment communautaire dans les programmes de promotion de la santé

Source : Laverack et Labonte, 2000, p. 257

6.2.3 Positionner la stratégie de soutien au développement des communautés dans le cadre de référence et la typologie des pratiques des organisateurs communautaires

Il a été mentionné à plusieurs reprises dans cette thèse que les organisateurs communautaires des CSSS sont des acteurs importants pour actualiser la stratégie de soutien au développement des communautés au nom des CSSS. Et, tout comme pour l'action communautaire, le développement des communautés en lui-même « gagne à être soutenu par l'expertise et les ressources de cette pratique professionnelle » (Bourque et Lachapelle, 2010, p. 9).

La typologie de l'organisation communautaire couramment utilisée au Québec (Annexe F) comporte quatre pratiques : l'action sociale, le développement local, l'approche socio-institutionnelle et l'approche sociocommunautaire (Bourque et al., 2007; RQIIAC, 2010). Les institutions de santé publique interpellent généralement les organisateurs communautaires dans leurs fonctions de développement local et de soutien à l'approche socio-institutionnelle. Dans le premier chapitre, nous avons défini le développement local comme étant une forme d'intervention qui favorise l'intégration d'objectifs sociaux et d'impératifs économiques à l'intérieur d'un territoire local et qui peut viser l'autoproduction, les politiques sociales ou le développement économique communautaire (Comeau, 2007). L'approche socio-institutionnelle quant à elle, regroupe essentiellement les initiatives provenant des institutions afin d'agir sur une problématique collective au moyen de l'action communautaire (Bourque, 2007a). La définition de la problématique et la nature de l'action sont alors proposées par les institutions qui initient les interventions.

Nous considérons que la stratégie de soutien au développement des communautés diffère du développement local par ses objets d'intervention et par ses objectifs d'équité en santé, quoique les processus de mise en place de projets soient parfois semblables. En sus, le développement local, quoiqu'il concerne le développement communautaire, social et économique, est généralement associé plus étroitement au développement économique communautaire (Comeau, 2002). En ce qui concerne l'approche socio-institutionnelle, nous considérons que le soutien au développement des communautés s'inscrit dans une autre

approche, car il n'est pas généré par une analyse de type « top-down » où l'expert d'une institution définit les problèmes et mobilise les acteurs concernés autour de programmes normés pour les résoudre, mais bien par une démarche « bottom-up » impulsée par une communauté locale.

En conséquence, les résultats de notre recherche portent à croire que les organisateurs communautaires gagneraient à inscrire le soutien au développement des communautés en tant qu'élément supplémentaire et spécifique dans la typologie des pratiques utilisée au Québec en organisation communautaire. Parce que le soutien au développement des communautés vise l'amélioration de la santé de la population et ultimement, l'équité en santé, nous croyons en effet que cette forme d'intervention se démarque clairement des autres pratiques de la typologie. La distinguer pourrait notamment contribuer à la reconnaissance du travail des organisateurs communautaires en santé publique, clarifier leur rôle dans les démarches de développement des communautés, soutenir leur travail à l'intérieur des CSSS et orienter les programmes de formation.

Si cette proposition s'avère pertinente, il semble essentiel de considérer les enjeux qu'elle soulève. À ce titre, la reconnaissance de l'expertise de l'organisateur communautaire dans le champ de la santé en est un important. Ayant été majoritairement formés en sciences humaines ou sociales, les organisateurs communautaires considèrent généralement en premier lieu les problématiques sociales lorsqu'ils analysent les situations dans lesquelles ils interviennent. Toutefois, la santé publique québécoise, tel que nous l'avons démontré, est encore largement imprégnée du discours biomédical qui l'a érigée et a tendance à considérer avant tout les facteurs de risques individuels et comportementaux dans l'analyse des problèmes et les solutions à mettre en place (Braveman et al., 2011; Dozon et Fassin, 2001; Robinson, 2005; Ridde et al., 2007; St-Pierre et Richard, 2006). Le changement de paradigme qu'impliquent la valeur de l'équité en santé, l'appel à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la prise en compte du contexte dans l'action semble cependant prometteur pour la reconnaissance du rôle des organisateurs communautaires, car il se rapproche davantage de leur univers que la vision biomédicale évoquée plus haut.

En outre, si l'inscription du soutien au développement des communautés dans la typologie des pratiques en organisation communautaire se réalise, on devrait porter une grande attention à ne pas renforcer les processus de sanitarisisation du social déjà fortement présents dans nos sociétés. Selon Pelchat, Gagnon et Thomassin (2006), inspirés de Fassin (2000), la sanitarisisation du social renvoie aux opérations de traduction en enjeu sanitaire d'un problème de société et des solutions à y apporter. Le processus de sanitarisisation peut opérer simultanément sur différents plans :

- Conceptuel : lorsqu'un problème donné est formulé à même le vocabulaire de la santé publique.
- Institutionnel : quand les organisations étatiques ou autres élaborent leurs actions en puisant aux modes d'intervention spécifiques à la santé publique.
- Interactionnel : par exemple, dans une relation face-à-face avec un usager (Pelchat, Gagnon et Thomassin, 2006).

Comme il est généralement plus aisé pour les décideurs de discuter d'un problème sanitaire que de mauvaises conditions de vie (Naude, 2000), le risque de sanitarisisation de l'organisation communautaire à travers un processus institutionnel qui lui semble a priori favorable est réel dans le cas de la stratégie de soutien au développement des communautés. Comme la sanitarisisation opère par traduction – ce qui transformerait une pratique en une autre, notre proposition d'inscrire le soutien au développement des communautés aux côtés des autres pratiques de la typologie aurait l'avantage de ne pas l'oblitérer et de maintenir la reconnaissance de l'expertise spécifique des organisateurs communautaires dans ces enjeux à la frontière du sanitaire et du social.

6.2.4 Utiliser un modèle heuristique pour transcender les pratiques et susciter une conversation

Afin de clarifier les multiples influences de la stratégie de soutien au développement des communautés sur la pratique des organisateurs communautaires, nous avons élaboré un modèle heuristique (Figure 6) qui permet d'intégrer différents éléments.

Ce modèle positionne les contextes local, régional et national dans lesquels la stratégie s’actualise. Chacun des contextes a une influence particulière sur l’actualisation de la stratégie. Si le contexte national est en principe uniforme dans l’ensemble de la province de Québec, il y a plusieurs contextes régionaux qui correspondent à 18 régions administratives (MSSS, 2012) pour les autorités de santé et qui se distinguent les uns des autres. Ils sont influencés par de multiples facteurs, notamment le fait d’avoir en son centre un milieu urbain, d’être considéré comme une région ressource, la présence de plusieurs populations autochtones, etc. Les contextes locaux, quant à eux, réfèrent aux territoires attribués aux CSSS; en 2013, ils sont au nombre de 93 (MSSS, 2014). Chacun des territoires variera en fonction des établissements qui y sont présents, des problématiques rencontrées, des ressources mises en place, des relations entre les acteurs, etc.

À l’intérieur du modèle, tout à gauche, on retrouve les principes d’intervention de la stratégie de soutien au développement des communautés. Ce sont les cinq principes déjà cités abondamment dans cette thèse et que l’on retrouve dans le document de 2002 de l’INSPQ : participation, *empowerment*, concertation et partenariat, réduction des inégalités et promotion des politiques publiques favorables à la santé. Ces principes sont au début du schéma, car ils devraient servir de prémisse de base à toute démarche de développement des communautés.

Par la suite, on retrouve la pratique de l’organisation communautaire. Est incluse dans cette formule toute activité réalisée par les organisateurs communautaires de CSSS, peu importe où elle se situe dans la typologie des pratiques en organisation communautaire.

Deux objets d’intervention de la promotion de la santé – déterminants sociaux de la santé et inégalités sociales de santé, sont inscrits. Comme la stratégie de soutien au développement des communautés vise l’amélioration de la santé de la population, ils ont été retenus comme étant les objets d’intervention prioritaires du développement des communautés en regard de cet objectif.

Ce modèle se veut un outil de discussion pour transcender les pratiques et s’insère dans une perspective réflexive, où le soutien au développement des communautés est, à l’image de ce que nous avons observé, une pratique en émergence. Nous proposons donc aux parties prenantes, organisateurs communautaires, gestionnaires, praticiens de santé publique et acteurs des communautés de l’utiliser pour démarrer une conversation qui se veut collaborative et structurante, où le croisement de savoirs permettra à chacun de s’enrichir.

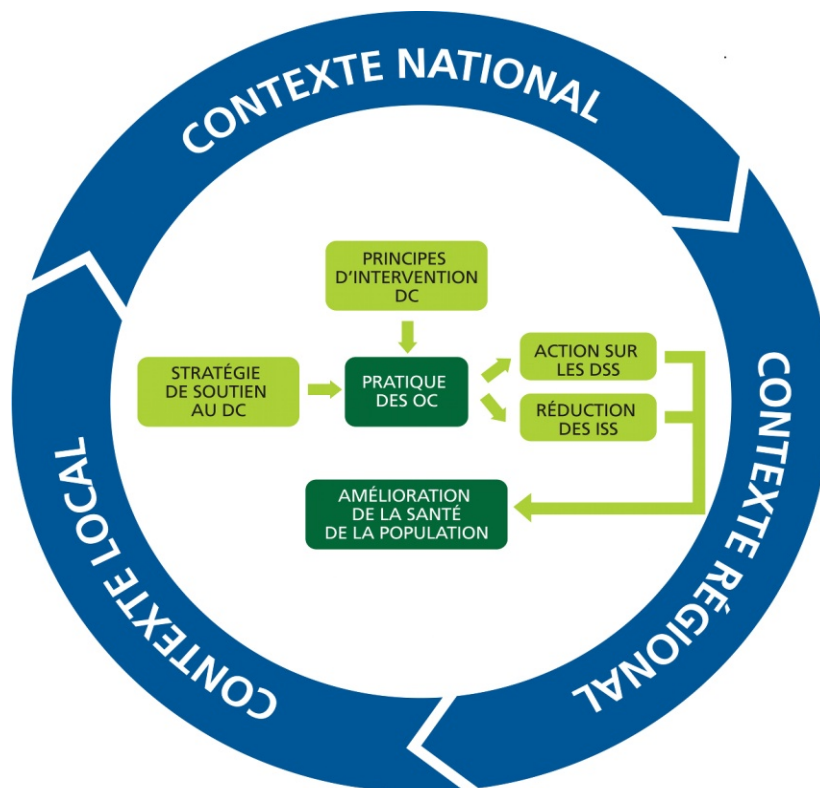


Figure 6. Modèle heuristique proposé par la recherche

DSS : déterminants sociaux de la santé

ISS : inégalités sociales de santé

6.3 Forces et limites de la thèse

6.3.1 Quelques limites de la recherche

Tout d'abord, le fait de camper la recherche dans un seul CSSS et l'étude de la mise en place d'une démarche de développement des communautés dans une seule communauté du territoire de ce CSSS, pose clairement des limites sur le plan des connaissances générées et de leur transférabilité. Quoique conforme à l'esprit ethnographique qui a caractérisé le projet, il est difficile de généraliser les résultats obtenus à d'autres CSSS ou d'autres communautés. Il est certain que nous n'aurions pu obtenir une compréhension aussi approfondie du phénomène dans plusieurs CSSS et cet enjeu, qui aurait permis davantage de comparaison fut le sujet de plusieurs rencontres du comité de thèse en début de projet. Mais attendu les contraintes de divers types reliées à une thèse de doctorat, cela n'était pas possible. Afin de pallier en partie cette difficulté et d'élargir l'envergure de l'étude, les membres du comité se sont ralliés à l'idée de diversifier les sources de données pour le troisième objectif, en s'intéressant au point de vue d'acteurs régionaux et provinciaux, ce qui s'est avéré une décision judicieuse.

Une deuxième limite a trait à la nature de la démarche de développement des communautés telle que mise sur pied dans Stadacona. Comme le comité responsable n'en était qu'à ses tout débuts au moment où nous avons commencé le projet de recherche, nous n'avons pu observer que le travail réalisé à cette étape du processus, ce qui a tout de même duré plus de deux ans. Nous savons par contre, à la suite de nos activités de diffusion des résultats dans le milieu, que le groupe a cheminé et qu'il tente de résoudre certaines difficultés que la recherche a nommées.

Une troisième limite, soulignée par plusieurs observateurs extérieurs et dont nous avons abondamment fait état plus haut quant à ses conséquences épistémologiques et éthiques, est liée à notre insertion dans le milieu de recherche. Effectivement, le fait d'avoir été à l'emploi du CSSS au moment où nous avons commencé l'étude a pu susciter certains questionnements, particulièrement en ce qui a trait à la confidentialité des données. Malgré

le caractère réflexif de notre démarche, l'utilisation du journal de bord et les rencontres avec notre directeur pour en discuter, nous avons dû être extrêmement vigilante et même nous retirer du milieu à partir d'un certain moment. Cela a créé une distance qui a facilité l'émergence des thèmes d'analyse et permis de revenir régulièrement dans le milieu pour faire part de nos résultats, afin d'une part de les valider, mais aussi de les mettre à disposition pour qu'ils puissent être immédiatement utilisables.

Enfin, une dernière difficulté rencontrée, qui n'est pas une limite en soi, mais plutôt un constat, a trait au devis de recherche utilisé. Comme cette étude était interprétative et constructiviste à partir d'une approche inductive du sujet, nous n'avions pas décidé de cadre théorique a priori afin de laisser émerger les thèmes et catégories. Cette façon de procéder, courante en sciences sociales, est malheureusement peu commune dans le domaine de la santé et à maintes reprises, nous nous sommes fait questionner sur sa valeur en regard des approches hypothético-déductives plus courantes en santé publique, généralement liées à des paradigmes positivistes ou postpositivistes, ces questionnements allant même à l'occasion jusqu'à mettre en doute la valeur de notre approche. Cette difficulté ne concerne pas que notre recherche et témoigne de la hiérarchie qui existe encore dans l'univers de la santé publique entre diverses manières de faire de la science et dans notre cas, elle s'est manifestée particulièrement lors de la diffusion de productions scientifiques et la présentation de nos résultats dans certains milieux. À la lumière de cette réflexion, nous pensons qu'il y a encore du chemin à parcourir pour valoriser et reconnaître la pluralité des possibles épistémologiques dans l'univers de la santé publique.

6.3.2 Quelques forces de la recherche

Malgré les limites et les difficultés évoquées ci-dessus, notre démarche amène des connaissances empiriques rigoureusement recueillies permettant une première documentation systématique d'une démarche de développement des communautés et de la présence des organisateurs communautaires de CSSS dans cet univers.

Comme nous l'avons mentionné, la stratégie de soutien au développement des communautés était encore peu explorée au moment où nous avons entamé le projet. Sans que notre démarche de recherche ait été totalement participative au sens classique de ce type de démarche, (Minkler et Wallerstein, 2008) nous avons défini un sujet de recherche avec le milieu concerné et nous nous sommes assurée que les retombées y seraient pertinentes, notamment par les mécanismes de rétroaction évoqués plus haut. Cela est une des plus grandes forces de notre recherche, car, comme nous sommes encore en relation avec les membres de l'organisation communautaire du CSSS et avec les participants de la démarche dans Stadacona, nous avons pu constater que nos résultats y sont utilisés pour questionner et améliorer les pratiques et interventions.

Nous croyons également que l'approche ethnographique est une des forces de cette recherche. Plus apte à exposer l'influence de la culture et des valeurs que l'étude de cas générale (Atkinson et al., 2007), l'étude de cas ethnographique a révélé ce qui se passe réellement dans la « boîte noire » du développement des communautés dans Stadacona. Nous avons pu constater que plus qu'un simple ensemble de principes et de démarches, le développement des communautés est inévitablement teinté par l'histoire d'un milieu, les relations entretenues entre les membres d'une communauté, les rapports de pouvoir qui s'y installent et la présence de forces vives au sein du groupe qui veut le mettre en place. Notre recherche a ainsi démontré que le soutien au développement des communautés ne peut être pensé comme un programme de santé publique classique, où l'expert définit la problématique et la nature des interventions.

Finalement, nous ne pouvons passer outre l'apport du groupe de pratique réflexive à la recherche. Ce groupe a contribué, et contribue toujours, à la transformation des participants et des pratiques du milieu. Propre à l'analyse de l'action individuelle et du contexte dans lequel elle s'inscrit, la pratique réflexive s'est avérée être une force importante du processus de recherche. Nous savons par la littérature recensée que l'inscription de ce type de pratique dans la planification du travail est généralement riche d'apprentissages (Issitt, 2003; Tremblay et al., 2013), mais rares sont les lieux de réflexion continue dans le réseau de la santé publique et nous croyons avoir contribué à l'émergence d'un de ces lieux.

6.4 Perspectives de recherche future

De nombreuses perspectives de recherche et pistes d'intervention ont été identifiées à la suite de notre travail. Plusieurs avenues de recherche découlent des limites de la thèse, notamment le fait d'avoir mené l'étude dans un seul lieu. Il serait intéressant en effet de reproduire l'expérience ethnographique dans d'autres communautés afin de comparer les dynamiques entre les milieux et de voir s'il s'en dégage des constantes. Il serait également pertinent de reproduire et documenter l'expérience de groupes de pratique réflexive avec des organisateurs communautaires d'autres CSSS ou éventuellement d'autres professionnels en santé publique ou en intervention clinique appelés à s'investir dans le développement des communautés.

Au lieu d'adopter de nouveau une approche aussi inductive, une deuxième recherche pourrait également être menée à l'aide d'un cadre conceptuel propre à la justice environnementale (Schulz et Northridge, 2004). Pertinente en milieu urbain, cette perspective permettrait d'illustrer l'héritage industriel de nombreux milieux défavorisés, qui a eu pour effet de façonner l'environnement naturel et bâti ainsi que l'environnement social de manière prégnante au cours de l'histoire. De plus, cela contribuerait encore plus largement à inscrire les fondements de la recherche dans une perspective transdisciplinaire, ce qui serait riche de compréhension. Dans notre cas, nous considérons que le croisement des cadres de pratiques propres à l'organisation communautaire et à la promotion de la santé, allié à des méthodologies issues des sciences sociales et de l'éducation, s'inscrivait déjà dans une perspective transdisciplinaire et qu'à ce stade, cela était suffisant pour comprendre le phénomène. Toutefois, un tel enrichissement conceptuel aurait possiblement l'avantage de faire émerger des liens encore peu explorés entre le développement des communautés, les environnements et l'équité en santé.

Finalement, il serait intéressant d'adopter une perspective longitudinale dans une étude qui durerait suffisamment longtemps pour documenter l'effet d'une démarche de développement des communautés sur l'état de santé d'une population. Nous reconnaissons toutefois l'ampleur et la complexité de la tâche.

Conclusion

Cette thèse avait pour but de documenter l'actualisation de la stratégie de soutien au développement des communautés par les organisateurs communautaires de CSSS, à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Suivant la logique des trois volets retenus, nous avons illustré la mise en place d'une démarche de développement des communautés, entendu le point de vue des organisateurs communautaires concernant l'influence de la stratégie sur leur pratique et finalement, nous avons recensé les éléments favorables à l'intégration de la stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires et des organisations qui les emploient. À partir de ces volets, les notions d'équité en santé, de réduction des inégalités sociales de santé et d'action sur les déterminants de la santé sont ressorties comme des marqueurs du développement des communautés.

À travers la parole des personnes rencontrées, cette thèse a aussi mis en lumière l'importance de prendre en considération le contexte dans lequel s'insère la stratégie, que ce soit celui de la communauté ou du CSSS. La prise en compte du contexte, l'approche communautaire qui sous-tend la démarche - *bottom-up* - et l'importance d'axer la démarche sur un processus d'*empowerment*, à la fois des individus et des communautés, nous rappellent que la stratégie de soutien au développement des communautés s'ancre dans un paradigme qui reste encore à intégrer à la santé publique québécoise.

Les résultats de cette thèse peuvent donc contribuer à mieux comprendre les rôles des organisateurs communautaires de CSSS dans l'actualisation de la stratégie de soutien au développement des communautés et à améliorer, par le fait même, leurs pratiques. Notre souhait le plus cher est que l'approche réflexive qui a caractérisé ce projet de recherche favorise l'ouverture et la discussion, et concourt à la mise en place de meilleures interventions pour réduire les inégalités sociales de santé et accroître l'équité en santé. Notre recherche a ainsi identifié l'opportunité d'initier de nouvelles recherches collaboratives dans le champ de l'équité en santé, qui chercheraient à transcender les frontières disciplinaires et les champs d'intervention.

Bibliographie

- Abel, T. 2007. « Cultural capital in health promotion ». In *Health and modernity. The role of theory in health promotion*, sous la dir. de D. McQueen et I. Kickbush, p. 43-73. New York: Springer.
- Amulya, J. 2011. *What is reflexive practice? Community Science*. Gaithersburg: Maryland.
- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. et Lofland, L. 2007. « Editorial introduction ». In *Handbook of ethnography*, sous la dir. de P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland et L. Lofland, L., p. 1-8. London: SAGE Publications Inc.
- Atwood, J. R. et Hinds, P. (1986). Heuristic heresy: application of reliability and validity criteria to products of grounded theory. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 8(2), p. 135-154.
- Aubry, F. et Potvin, L. 2012. *Construire l'espace sociosanitaire : expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Avis, M. 2005. « Is there an epistemology for qualitative research? ». In *Qualitative Research in Health Care*, sous la dir. de I. Holloway, p. 3-35. Berkshire: Open University Press.
- Baisch, M. J. 2009. Community health: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65(11), p. 2464-2476.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M. et Petticrew, M. 2010. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64(4), p. 284-291.
- Baribeau, C. 2005. Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors-Série, Actes du colloque. L'instrumentation dans la collecte des données, UQTR*, (26 novembre 2004), (2), p. 98-114.
- Baum, F. E. 2008. The Commission on the Social Determinants of Health: reinventing health promotion for the twenty-first century? *Critical Public Health*, vol. 18(4), p. 457-466.
- Baum, F. E., Bégin, M., Houweling, T. A. et Taylor, S. 2009. Changes not for the fainthearted: Reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health, *American Journal of Public Health*, vol. 99(11), p. 1967-1974.

- Beck, U. et Beck-Gernsheim, E. 2002. *Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y. et Potvin, L. 2007. Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*, vol. 65(9), p. 1839-1852.
- Bernier, N. F. 2006. La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'état providence québécois? *Lien social et Politiques*, (55), p. 13-23.
- Bilger, M. et Carrieri, V. 2013. Health in the cities: when the neighborhood matters more than income, *Journal of Health Economics*, vol. 32(1), p. 1-11.
- Blais, M. et Martineau, S. 2006. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes, *Recherches qualitatives*, vol. 26(2), p. 1-18.
- Boud, D., Keogh, R. et Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan page.
- Bourque, D. 2007a. « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire ». In *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, sous la dir. de D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette, p. 99-116. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. 2007b. « Les partenariats dans le développement des communautés ». In *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, sous la dir. de D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette, p. 295-307. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. 2008. *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (dir.) 2007. *Organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. et Favreau, L. 2003. *Développement des communautés, santé publique et CLSC*, Hull, Université du Québec en Outaouais, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale.
- Bourque, D. et Lachapelle, R. 2010. *L'organisation communautaire en CSSS : service public, participation et citoyenneté*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Boutilier, M. et Mason, R. 2006. « Le praticien réflexif en promotion de la santé : de la réflexion à la réflexivité ». In *Promotion de la santé au Canada et au Québec*,

- perspectives critiques, sous la dir. de M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, et I. Rootman, p. 399-421. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Braveman, P. A., Egerter, S. A., Woolf, S. H. et Marks, J. S. 2011. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 40 (1 Suppl 1), S58-66.
- Breton, M., Lévesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J. L. 2008. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle, *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39(2), p. 113-124.
- Breton, M., Lévesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J. L. 2009. Integrating public health into local healthcare governance in quebec: challenges in combining population and organizational perspectives, *Healthcare Policy*, vol. 4(3), p. e159-178.
- Bryman, A. 2012. *Social Research Methods*, 4th Ed. Oxford: Oxford University Press.
- Burawoy, M. 2003. « L'étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l'enquête de terrain ». In *L'enquête de terrain*, sous la dir. de D. Céfaï et J. A. Barnes, p. 425-464. Paris : La Découverte.
- Burawoy, M., Blum, J. A., George, S., Gille, Z., Gowan, T., Haney, L., Klawiter, M., Lopez, S. H., Riain, S. O. et Thayer, M. 2000. *Global ethnography: forces, connections, and imaginations in a postmodern worl*. Los Angeles: University of California Press.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G. et Ellyson, A. 2009. Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas, *Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales*, Collection Études théoriques.
- Coffey, A. 2002. « Ethnography and self: reflections and representations ». In *Qualitative Research in Action*, sous la dir. de T. May, p. 31-331. London: Sage Publications Inc.
- Cohen, A. K. et Schuchter, J. W. 2012. Revitalizing communities together, *Journal of Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 90(2), p. 187-196.
- Colin, C. 2004. La santé publique au Québec à l'aube du XXIe siècle, *Santé publique*, vol. 16(2), p. 85-195.

- Collins, P. A., Hayes, M. V. et Oliver, L. N. 2009. Neighborhood quality and self-rated health: A survey of eight suburban neighborhoods in the Vancouver Census Metropolitan Area, *Health & Place*, vol. 15(1), p. 156-164.
- Comeau, Y. 2007. « L'approche de développement local en organisation communautaire ». In *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, sous la dir. de D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette, p. 57-79. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Comeau, Y. 2009. *Intervention et développement des communautés : enjeux, défis et pratiques novatrices : actes du colloque tenu dans le cadre du 76e congrès de l'ACFAS*. Gatineau : Université du Québec en Outaouais, ARUC-ISDC.
- Comeau, Y., Favreau, L., Lévesque, B. et Mendell, M. 2002. *Emploi, économie sociale et développement local : les nouvelles filières*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C. et Trucotte, D. 2008. *L'organisation communautaire en mutation : étude sur la structuration d'une profession du social*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Conill, E. M. et O'Neill, M. 1984. La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale, *Revue canadienne de santé publique*, vol. 75 (mars-avril), p. 153-162.
- Corburn, J. 2009. *Toward the healthy city: people, places, and the politics of urban planning*. Cambridge: Mass., MIT Press.
- Côté, J. 2009. *Le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC Le Rocher-Percé sur le développement des communautés et la santé. Étude des opinions, des représentations et des enjeux : rapport de recherche*. Gaspé, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique.
- Creswell, J. W. 2014. *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 4th Ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- CSSS de la Vieille-Capitale. 2011. *Portrait de défavorisation du territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*. Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- Darbellay, F. et Paulsen, T. 2008. *Le défi de l'inter et transdisciplinarité*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- De Leeuw, E., Tang, K.C. et Beaglehole, R. 2006. Ottawa to Bangkok-Health promotion's journey from principles to 'glocal' implementation, *Health Promotion International*, vol. 21 (Suppl 1), p. 1-4.

- De Leeuw, E., Duhl, L. et O'Neill, M. 2010. « Healthy Cities ». In *Encyclopedia of Urban Studies*, sous la dir. de R. Hutchison, p. 348-351. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Delisle, N. 2012. Définition des concepts et des principes d'intervention en développement des communautés. Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Demers, M. 2008. *Pour une ville qui marche : aménagement urbain et santé*. Montréal : Éditions Écosociété.
- Denis, J.-L., Trottier, L.-H., Grenier, C., Suárez -Herrera, J. C., Lehoux, P., Lemire, M., Préval, J. et Touati, N. 2012. The design of emergence in complex system: The role of knowledge-based networks in practice-based innovations. Helsinki, Finlande, (5-7 juillet 2012), 28e Colloque EGOS.
- Denzin, N.K. et Lincoln, Y. S. 2005. *The Handbook of Qualitative Research*, 3rd Ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Desrosiers, G. 1999. Le système de santé au Québec; bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998, *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53(1), p. 3-18.
- Divay, G. 2009. L'hyperconcertation signe d'impuissance étatique? Présage d'une nouvelle capacité d'action collective? 20e colloque annuel du RQVVS, URL, < <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/04/030294215.pdf> >, consulté le 29 mai 2013.
- Dolbec, A. 1998. « La recherche-action ». In *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 467-496. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dooris, M. 2009. Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion, *Perspectives in Public Health*, vol. 129(1), p. 29-36.
- Dooris, M. 2013. Expert voices for change: bridging the silos-towards healthy and sustainable settings for the 21st century, *Health & Place*, vol. 20, p. 39-50.
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., de Leeuw, E., McCall, D. et Wharf-Higgins, J. 2007. « Healthy settings: building evidence for the effectiveness of whole system health promotion - challenges and future directions ». In *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, sous la dir. de D. McQueen et C. Jones, p. 327-352. New York: Springer.

- Dozon, J. P. et Fassin, D. 2001. « L'universalisme bien tempéré de la santé publique ». In Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, sous la dir. de D. Fassin et J. P. Dozon, p. 7-19. Paris : Éditions Balland.
- Duffy, J. 1990. The Sanitarians: a history of American public health. Chicago, Urbana: University of Illinois Press.
- Duplessis, P., Pouliot, B., Couët, S. et Hoey, J. 1989. « Santé publique et santé primaire au Québec (Canada) : les défis du partage des responsabilités ». In Santé publique et pays industrialisés, sous la dir. de P. Duplessis, W. Dab, M. McCarthy et E. Portella, p. 241-274. Québec : Les Publications du Québec.
- EPTC2. 2010. Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada.
- Farhang, L., Bhatia, R., Scully, C. C., Corburn, J., Gaydos, M. et Malekafzali S. 2008. Creating tools for healthy development: case study of San Francisco's Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment, Journal of Public Health Management and Practice, vol. 14(3), p. 255-265.
- Fassin, D. 2000. Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre, Ruptures, vol. 7(1), p. 58-78.
- Favreau, L. 2009. « Entreprises collectives et développement des communautés : Une mise en perspective de la dernière décennie de coopération et d'économie sociale au Québec ». In Intervention et développement des communautés : enjeux, défis et pratiques novatrices, sous la dir. de Y. Comeau, Actes du colloque tenu dans le cadre du 76e congrès de l'ACFAS, p. 3-29. Montréal, (5-9 mai 2008).
- Favreau, L. et Fréchette, L. 2003. Le développement social des communautés : le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux. Cahier du CÉRIS, Série Recherches, no.22, Université du Québec en Outaouais.
- Favreau, L. et Hurtubise, Y. 1993. CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L. et Larose, G. 2007. « Le développement des communautés aujourd'hui au Québec : essai d'analyse politique ». In L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique, sous la dir. de D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette, p. 41-56. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Fournier, P. 2003. « L'art et la science de la santé publique ». In Environnement et santé publique. Fondements et pratiques, sous la dir. de M. Gérin, P. Gosselin, S. Cordier, C. Viau, P. Quénel et É. Dewailly, p. 39-57. Paris : Éditions Tec & Doc.

- Frank, J. 2012. Public health interventions to reduce inequalities: What do we know works? *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103(Suppl.1), S5-S7.
- Fréchette, L. 2007. «L'approche sociocommunautaire dans le développement social des communautés». In *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, sous la dir. de D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette, p. 119-136. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Frohlich, K. L., Corin, E. et Potvin, L. 2008. « La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique ». In *Les inégalités sociales de santé au Québec*, sous la dir. de K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard, p. 141-164. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. 2008. Transcending the Known in Public Health Practice, *American Journal of Public Health*, vol. 98(2), p. 216-221.
- Gagné, N. et Neveu, C. 2009. L'anthropologie et la "fabrique" des citoyennetés, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 33(2), p. 7-24.
- Gaumer, B. 1995. Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal, *Lien social et Politiques*, vol. 33, p. 97-106.
- Gore, D. et Kothari, A. 2012. Social determinants of health in Canada: are healthy living initiatives there yet? A policy analysis, *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, 41.
- Gore, D. et Kothari, A. 2013. Getting to the root of the problem: Health promotion strategies to address the social determinants of health, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 104(1), p. 52-54.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. 2005. « Paradigmatic controverses, contradictions, and emerging confluences ». In *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, sous la dir. de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln, p. 191-216. London: SAGE Publications Inc.
- Guérard, F. 1998. « La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945 ». In *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*, sous la dir. de N. Séguin, p. 75-91. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Guichard, A. et Potvin, L. 2010. « Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? » In *Réduire les inégalités sociales en santé*, sous la dir. de L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, p. 35-51. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.
- Guyon, A. 2012. Intensifier l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé : des approches stratégiques pour les autorités de santé publique, *Revue canadienne de santé publique*, vol. 103(6), p. 459-461.

- Hancock, T. 1993. The evolution, impact and significance of the healthy cities/communities movement, *Journal of Public Health Policy*, (automne 1993), p. 5-18.
- Hancock, T. 2000. Healthy communities must also be sustainable communities, *Public Health Reports*, vol. 115(2-3), p. 151-156.
- Hancock, T., Labonte, R. et Edwards. R. 1999. Indicators that count! Measuring population health at the community level, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, S22.
- Hofrichter, R. et Bhatia, R. 2010. *Tackling health inequities through public health practice: theory to action*, 2nd Ed. New York: Oxford University Press.
- Hyppolite, S. R., et O'Neill, M. 2003. Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment, *Promotion & Education*, vol. 10(3), p. 137-142.
- Issitt, M. 2003. Reflecting on reflective practice for professional education and development in health promotion, *Health Education Journal*, (62), p. 173.
- Jbilou, J. et Reinharz, D. 2006. Développement d'interfaces entre les services de santé publique et les services cliniques de première ligne à Québec : une étude de ca., *Healthcare Policy*, vol. 2(1), p. 79-90.
- Jetha, N., Robinson, K., Wilkerson, T., Dubois, N., Turgeon, V. et Desmeules, M. 2008. Comblent l'écart entre les données probantes et l'action : L'initiative canadienne des pratiques exemplaires pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, *Revue canadienne de santé publique*, vol. 99(5), I-1-I-8.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. et Stirling, J. 2012. 40 ans après, où en est la santé communautaire? *Santé Publique*, vol. 24(2), p. 165-178.
- Judd, J. et Keleher, H. 2013. Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model for building health promotion capacity in the workforce, *Global Health Promotion*, vol. 20(2), p. 53-63.
- Kickbush, I. 2007. « Health governance: The health society ». In *Health and modernity. The role of theory in health promotion*, sous la dir. de D. Mc Queen & I. Kickbush, p. 144-161. New York: Springer.
- Lachapelle, R. et Bourque, D. 2007. *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique : rapport de recherche*. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Lachapelle, R., Bourque, D. et Foisy, D. 2009. *Apports de l'organisation communautaire en CSSS aux nouvelles infrastructures communautaires de développement des*

communautés. Rapport de recherche. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.

- Lachapelle, R., Bourque, D. et Foisy, D. 2010. Les apports de l'organisation communautaire en CSSS aux infrastructures communautaires de développement des communautés, *Service Social*, vol. 56(1), p. 1-14.
- Lacourse, M.-T. 2011. *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Larouche, A. et Potvin, L. 2013. Stimulating innovative research in health promotion, *Global Health Promotion*, vol. 20(2), p. 64-69.
- Laverack, G. et Keshavarz Mohammadi, N. 2011. What remains for the future: strengthening community actions to become an integral part of health promotion practice, *Health Promotion International*, vol. 26(S2), ii258-ii262.
- Laverack, G. et Labonte, R. 2000. A planning framework for community empowerment goals within health promotion, *Health Policy and Planning*, vol. 15(3), p. 255-262.
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. 2009. Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Montréal : Institut national de santé publique.
- Leroux, R. et Ninacs, W. A. 2002. La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Montréal : Institut national de santé publique.
- Lesemann, F. 2002. Le bénévolat : de la production "domestique" de services à la production de "citoyenneté", *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15(2), p. 25-41.
- Lévesque, J. F. et Bergeron, P. 2003. De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins, *Ruptures*, vol. 9(2), p. 73-89.
- MacDonald, J., Raphael, D., Labonte, R., Colman, R., Torgerson, R. et Hayward, K. 2009. Income and health in Canada: Canadian researchers' conceptualizations make policy change unlikely, *International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation*, vol. 39(3), p. 525-543.
- Mann, K., Gordon, J. et MacLeod, A. 2009. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review, *Advances in health sciences education, Theory and Practice*, vol. 14, p. 595-621.
- Marmot, M. 2009. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations, *Global Health Promotion*, Suppl 1, p. 23-27.

- Massé, R. 1995. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal : Guétan Motin Éditeur.
- Massé, R. et Morisset, J. 2008. Enjeux et défis en santé publique, Santé & Solidarité, vol. 7(2), p. 83-90.
- Masuda, J. R., Poland, B. et Baxter, J. 2010. Reaching for environmental health justice: Canadian experiences for a comprehensive research, policy and advocacy agenda in health promotion, Health Promotion International, vol. 25(4), p. 453-463.
- Mayer, R. 2002. Évolution des pratiques en service social. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mc Queen, D. 2007. « Critical issues in theory for health promotion ». In Health and modernity. The role of theory in health promotion, sous la dir. de D. Mc Queen & I. Kickbush, p. 21-42. New York: Springer.
- Mc Queen, D. et Kickbush, I. 2007. « Health promotion: the origins of the third public health revolution leading to a new public health ». In Health and modernity. The role of theory in health promotion, sous la dir. de D. Mc Queen & I. Kickbush, p. 1-5. New York: Springer.
- McGrath, D. et Higgins, A. 2006. Implementing and evaluating reflective practice group sessions, Nurse Education in Practice, vol. 6(3), p. 175-181.
- McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N. et Sumaya, C. V. 2003. Community-based interventions, American Journal of Public Health, vol. 93(4), p. 529-533.
- Mercier, C., Bourque, D. et St-Germain, L. 2009. Participation citoyenne et développement des communautés au Québec : enjeux, défis et conditions d'actualisation. Gatineau : Université du Québec en Outaouais, ARUC-ISDC.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. 2010. Social determinants of health: The Canadian facts. Toronto: York University School of health Policy and Management.
- Minkler, M. et Wallerstein, N. 2008. Community-based participatory research for health: from process to outcomes, 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Morse, J. M. et Field, P. A. 1995. Qualitative research methods for health professionals, 2nd Ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Mouterde, P. 2009. Pour une philosophie de l'action et de l'émancipation. Montréal : Éditions Écosociété.
- MSSS. 1992. La politique de la santé et du bien-être. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

- MSSS. 1997. Des priorités nationales de santé publique 1997-2002. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- MSSS. 2008. Programme national de santé publique 2003-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, gouvernement du Québec.
- MSSS. 2012. Limites territoriales des régions sociosanitaires en 2012. URL : < <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=cycVj/DA2A0> >, consulté le 16 janvier 2014.
- MSSS. 2014. Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au coeur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS, URL : < <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>>, consulté le 16 janvier 2014.
- Naude, A. J. 2000. La saturnisme, une maladie sociale de l'immigration, *Hommes & Migrations*, no. 1225, p. 13-22.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health, *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, vol. 39(3), p. 423-441.
- Neiman, A. et Hall, M. 2007. « Urbanization and health promotion ». In *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, sous la dir. de D. McQueen et C. Jones, p. 201-224. New York: Springer.
- Nicolescu, B. 2008. *Transdisciplinarity: Theory and Practice*. New York: Hampton Press.
- Ninacs, W. A. 1995. Empowerment et service social : approches et enjeux, *Service social*, vol. 44(1), p. 60-93.
- O'Campo, P. 2012. Are we producing the right kind of actionable evidence for the social determinants of health? *Journal of Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 89(6), p. 881-893.
- O'Neill, M. 1992. Community participation in Quebec's health system: A strategy to curtail community empowerment? *International Journal of Health Services*, vol. 22(2), p. 287-301.
- O'Neill, M. 1983. Les départements de santé communautaire, *Recherches sociographiques*, vol. 24(2), p. 171-201.
- O'Neill, M. 2003. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *International Journal of Public Health*, vol. 48(5), p. 317-326.
- O'Neill, M. 2012. The Ottawa Charter: a manifesto for 'the protestor'? *Global Health Promotion*, vol. 19(2), p. 3-5.

- O'Neill, M., Pederson, A., Dupéré, S. et Rootman, I. 2006. « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives ». In *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, sous la dir. de M. O'Neill, Dupéré, S., Pederson, A. et Rootman, I., p. 3-21. Québec : Presses de l'Université Laval.
- O'Neill, M., Rootman, I., Dupéré, S. et Pederson, A. 2012a. « The evolution of health promotion in Canada ». In *Health promotion in Canada: Critical perspectives on practice*, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 3-17. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- O'Neill, M. 2012b. « Promoting Health through the Settings Approach. The settings approach to health promotion ». In *Health promotion in Canada: Critical perspectives on practice*, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 171-192. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- O'Neill, M., Pederson, A., Dupéré, S. et Rootman, I. 2012c. « Twenty-five years of developing the roots of health promotion in Canada: Striking a balance ». In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 293-307. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- O'Neill, M. et Stirling, A. 2006. « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? » In *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, sous la dir. de M. O'Neill, Dupéré, S., Pederson, A. et Rootman, I., p. 42-61. Québec : Presses de l'Université Laval.
- OMS. 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. URL : < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1 >, consulté le 4 avril 2014.
- OMS. 2008. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève, OMS.
- Parent, A.-A., O'Neill, M., Roy, B. et Simard, P. 2012. *Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec*, *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 43(1-2), p. 67-90.
- Parent, A.-A., Simard, P., Roy, M. et O'Neill, M. 2013. *Implementing an innovative health promotion strategy: a case study of the "Support for the development of communities" strategy in Quebec*. Canada, submitted, (septembre 2013).
- Parent, A.-A., Roy, M., Lavoie, C., Gauthier, A., O'Neill, M. et Simard, P. 2014. *Organisateurs communautaires et développement des communautés : une pratique d'intervention sociale territoriale qui mérite réflexion*, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6(1), sous presse.

- Patton, M. Q. 2002. « Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis ». In *Qualitative research and evaluation methods*, sous la dir. de M. Q. Patton, p. 460-507, 3rd Ed. Newbury Park: Sage Publications Inc.
- Pelchat, Y., Gagnon, É. et Thomassin, A. 2006. Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale, *Lien social et Politiques*, vol. (55), p. 55-66.
- Pelletier, A. et Paquin, S. 2011. L'audit de potentiel piétonnier de la RUI Saint-Pierre. Pour un quartier qui marche. Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Poland, B., Krupa, G. et McCall, D. 2009. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation, *Health Promotion Practice*, vol. 10(4), p. 505-516.
- Potvin, L. 2007. « Managing uncertainty through participation ». In *Health and modernity. The role of theory in health promotion*, sous la dir. de D. McQueen et I. Kickbush, p. 103-128. New York: Springer.
- Potvin, L., Mantoura, P. et Ridde, V. 2007. « Evaluating equity in health promotion ». In *Global perspectives on health promotion effectiveness*, sous la dir. de D. McQueen et C. Jones, p. 367-384. New York: Springer.
- Potvin, L., Ginot, L. et Moquet, M.-J. 2010. « La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé ». In *Réduire les inégalités sociales en santé*, sous la dir. de L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, p. 52-61. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.
- Potvin, L. et Balbo, L. 2007. « From a theory group to a theory book ». In *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, sous la dir. de D. McQueen et C. Jones, p. 6-11. New York: Springer.
- Potvin, L. et Jones, C. 2011. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 102(4), p. 244-248.
- Potvin, L. et Mc Queen, D. 2007. « Modernity, public health and health promotion: a reflexive discourse ». In *Health and Modernity. The role of theory in health promotion*, sous la dir. de D. McQueen et I. Kickbush, p. 12-20. New York: Springer.
- Raeburn, J. et Corbett, T. 2001. Community development: How effective is it as an approach in health promotion? University of Toronto, Second international symposium on the effectiveness of health promotion. Toronto, (28-30 mai 2001).

- Raphael, D. 2003. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario. Canada, Health Promotion International, vol. 18(4), p. 397-405.
- Raphael, D. 2008. Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada, Critical Public Health, vol. 18(4), p. 483-495.
- Raphael, D. 2010. Health promotion and quality of life in Canada: Essential reading. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Raphael, D. 2011. The political economy of health promotion: part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health, Health Promotion International, vol. 28(1), p. 95-111.
- Raynault, M.-F. et Loncle, P. 2006. Présentation. Lien social et Politiques, vol. (55), p. 5-9.
- Raynault, M.-F. et Loslier, J. 2008. « La réduction des inégalités sociales de santé ». In Les inégalités sociales de santé au Québec, sous la dir. de K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard, p. 379-404. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Richard, L. et Gauvin, L. 2012. Building and implementing ecological health promotion interventions. In Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 67-80. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Ridde, V., Delormier, T. et Gougreau, G. 2007a. « Evaluation of empowerment and effectiveness ». In Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness, sous la dir. de D. McQueen et C. Jones, p. 385-399. New York: Springer.
- Ridde, V., Guichard, A., et Houeto, D. 2007. Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity, Promotion & Education, Suppl 2, p. 12-16.
- Rissel, C. 1994. Empowerment: the holy grail of health promotion? Health Promotion International, vol. 9(1), p. 39-47.
- Robinson, R. G. 2005. Community development model for public health applications: overview of a model to eliminate population disparities, Health Promotion Practice, vol. 6(3), p. 338-346.
- Rochon, J. 1977. La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, L'Annuaire du Québec 1975-1976, p. 470-480.
- Rochon, J. 2013. Santé publique. Évolution, enjeux et perspectives. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences, Séminaire du Programme de formation 4P. Montréal, (13 septembre 2013).

- Rootman, I. 2012. « Issues as a point of entry into health promotion. Introduction ». In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 117-137. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Rootman, I. et O'Neill, M. 2012. « Key concepts in health promotion ». In *Health promotion in Canada: Critical perspectives on practice*, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A., p. 18-32. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Rossmann, G. B. et Rallis, S. F. 2003. *Learning in the field: an introduction to qualitative research*, 2nd Ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Roth, W. M. 2005. *Doing qualitative research. Praxis of method*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Rothman, J., Erlich, J. L. et Tropman, J. E. 2001. *Strategies of community intervention*, 6th Ed. Itasca: F. E. Peacock Publishers.
- RQIIAC. 2010. *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC)*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rutty, C. et Sullivan, S. C. 2010. *This is public health: A Canadian history*, Canadian Public Health Association. Ottawa.
- Sacker, A., Wiggins, R. D. et Bartley, M. 2006. Time and place: putting individual health into context. A multilevel analysis of the British household panel survey, 1991-2001, *Health & Place*, vol. 12(3), p. 279-290.
- Saldana, J. 2011. *Fundamentals of qualitative research*. New York: Oxford University Press.
- Schulz, A. et Northridge, M. E. 2004. Social determinants of health: Implications for environmental health promotion, *Health Education & Behavior*, vol. 31(4), p. 455-471.
- Séguin, A. M., et Divay, G. 2002. *Pauvreté urbaine : la promotion de communautés viables*. Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- Séguin, A. M. et Divay, G. 2004. La lutte territorialisée contre la pauvreté : examen critique du modèle de revitalisation urbaine intégrée, *Lien social et Politiques*, (automne 2004), p. 67-79.

- Sénécal, G. 2012. « L'acteur social : l'expérience du quartier Villeray à Montréal ». In *Construire l'espace sociosanitaire, sous la dir. de F. Aubry et L. Potvin*, p. 141-162. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Simard, P. 2005. *Perspectives pour une évaluation participative des projets Villes et Villages en santé*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Simard, P., Champagne, D. et Paré, G. 2008. *Sait-on travailler ensemble? Petit guide d'évaluation à l'intention des initiatives de développement des communautés*. Québec, Centre collaborateur de l'OMS pour le développement des Villes et Villages en santé.
- Simard, P., Sasseville, N., Mucha, J., Losier, B. et McCue, L. 2012. « Healthy cities, towns, and communities in Canada: The current situation and challenges ». In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice, sous la dir. de Rootman, I., Dupéré, S., O'Neill, M. et Pederson, A.*, p. 172-175. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Smith, J. K. et Deemer, D. K. 2003. « The problem of criteria in the age of relativism ». In *Collecting and interpreting qualitative materials, sous la dir. de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln*, p. 427-457, 2nd Ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Smith, J. K. et Hodkinson, P. 2005. « Relativism, criteria, and politics ». In *The SAGE handbook of qualitative research, sous la dir. de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln*, p. 915-932, 3rd Ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Snape, D. et Spencer, L. 2003. *The foundations of qualitative research. In Qualitative Research Practice. A guide for Social science students and researchers, sous la dir. de J. Ritchie et J. Lewis*, p. 1-23. London: Sage Publications Inc.
- Sparks, M. 2013. *The changing contexts of health promotion. Health Promotion International*, vol. 28(2), p. 154-156.
- St-Pierre, L. et Richard, L. 2006. « Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes ». In *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques, sous la dir. de M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman*, p. 183-204. Lévis : Presses de l'Université Laval.
- Stake, R. E. 2005. « Qualitative case studies ». In *The SAGE Handbook of qualitative research, sous la dir. de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln*, p. 443-461, 3rd Ed. London: Sage Publications Inc.
- Thomas, D. R. 2006. *A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data, American Journal of Evaluation*, vol. 27(2), p. 237-246.

- Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. et Beaudet, N. 2013. Learning reflexivity from a health promotion professional development program in Canada, *Health Promotion International*, doi: 10.1093/heapro/dat062.
- Tricco, A. C., Runnels V., Sampson M. et Bouchard L. 2008. Shifts in the use of population health, health promotion and public health, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99(6), p. 466-471.
- Ulysse, P. J. et Lesemann, F. 2007. *Lutte contre la pauvreté, territorialité et développement social intégré : le cas de Trois-Rivières*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Université Laval. 2010. URL : < <http://www.fsi.ulaval.ca/etudes/troisieme-cycle/doctorat-en-sante-communautaire/description/>>, consultée le 10 novembre 2013.
- Vaillancourt, Y. 2011. *Le modèle québécois de politique sociale, hier et aujourd'hui*, Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, École de travail social, Université du Québec à Montréal.
- Walkerdine, V., Lucey, H. et Melody, J. 2002. Subjectivity and qualitative method. In *Qualitative Research in Action*, sous la dir. de T. May, p. 179-196. London: Sage Publications Inc.
- Wallerstein, N. 1992. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs, *American Journal of Health Promotion*, vol. 6(3), p. 197-205.
- Wallerstein, N. 2006a. Commentary: challenges for the field in overcoming disparities through a CBPR approach, *Ethnicity & Disease*, vol. 16(1 Suppl 1), S146-148.
- Wallerstein, N. 2006b. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional office for Europe, Health evidence network report.
- Walter, M. 2010. *Social research methods*. South Melbourne: Oxford University Press.
- Walter Rasugu Omariba, D. 2010. Neighbourhood characteristics, individual attributes and self-rated health among older Canadians, *Health & Place*, vol. 16(5), p. 986-995.
- Welzer-Lang, D. et Filiod, J. P. 1993. *Les hommes à la conquête de l'espace domestique : du propre et du rangé*. Montréal : VLB.
- Whitelaw, S. 2001. Settings' based health promotion: a review, *Health Promotion International*, vol. 16(4), p. 339-353.
- Wilkinson, R. G. et Pickett, K. 2010. *The spirit level: why greater equality makes societies stronger*. New York: Bloomsbury Press.

- Willis, J. K. 2007. *Foundations of qualitative research. Interpretive and critical approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Wilson, K., Eyles, J., Elliott, S., et Keller-Olaman, S. 2009. Health in Hamilton neighbourhoods: exploring the determinants of health at the local level, *Health & Place*, vol. 15(1), p. 374-382.
- Woolf, S. H., Dekker, M. M., Byrne, F. R. et Miller, W. D. 2011. Citizen-centered health promotion: building collaborations to facilitate healthy living, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 40 (1 Suppl 1), S38-47.
- Ziglio, E., Simpson, S. et Tsouros, A. 2011. Health promotion and health systems: one unfinished business, *Health Promotion International*, vol. 26(S2), ii216-ii225.

**Annexe A. Questionnaire d'entrevue et formulaire
de consentement pour les citoyens et
les intervenants communautaires
associés à la démarche de
développement des communautés**

Questionnaire pour les personnes qui participent au groupe responsable de mettre en place le projet dans le quartier

Cette recherche s'intéresse à la pratique des organisateurs communautaires de CSSS en lien avec la stratégie de développement des communautés telle qu'élaborée par les instances québécoises de santé publique. À titre de participante au comité responsable du projet dans le quartier, j'aimerais que vous partagiez avec moi votre expérience de la mise en place du projet dans le quartier et des changements que vous percevez entre ce projet et ceux auxquels vous avez déjà participé. Enfin, j'aimerais vous entendre sur les facteurs qui sont favorables ou non à la mise en œuvre du projet.

1 : Mise en place du projet

Dans un premier temps, j'aimerais que vous me racontiez le projet, tel que vous l'avez vécu, depuis le début de votre participation jusqu'à aujourd'hui.

- Étapes qui ont contribué à la mise en place du projet
- Rôle du comité
- Son rôle comme participant
- Les raisons pour participer au comité
- Les raisons pour une orientation de développement des communautés

2 : Changements apportés aux pratiques

Puisque vous avez déjà participé à d'autres projets de développement communautaire, j'aimerais savoir si vous percevez des différences – si vous en identifiez – entre ce projet et les autres auxquels vous avez participé

- Besoins à répondre
- Personnes rejointes
- Collaboration avec le milieu : citoyens, partenaires communautaires et institutionnels
- Activités réalisées
- Planification
- Compétences suscitées

- Apprentissages réalisés
- Soutien nécessaire à la réalisation du projet

3 : Les facteurs qui favorisent ou non cette pratique

Enfin, j'aimerais que vous me parliez des facteurs qui ont favorisé ou non la mise en œuvre du projet.

- Les moments forts du projet
- Les difficultés rencontrées
- Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre du projet
- Les facteurs défavorables

**Formulaire de consentement à l'intention des participants à la recherche
« Pratique des organisateurs communautaires et développement des
communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale »**

Pour les personnes qui participent au groupe responsable de mettre en place le
projet dans le quartier

Présentation de l'étudiante

Je me nomme André-Anne Parent et je suis étudiante à l'Université Laval. Cette recherche est réalisée dans le cadre de mon projet de doctorat en santé communautaire. Elle est dirigée par Bernard Roy, de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS), telle que définie dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique, par les organisateurs communautaires. Cette recherche se réalisera à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Plus spécifiquement, une étude de cas du projet de quartier auquel vous contribuez sera réalisée ainsi que l'analyse d'un groupe de pratique constitué d'organisateur communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale.

Déroulement de la participation

Votre participation à la recherche consiste à participer à une entrevue de groupe, d'une durée environ d'une heure, qui portera sur les éléments suivants :

- La mise en place du projet dans le quartier

- La composition et le rôle du comité
- Les changements apportés par l'approche de développement des communautés
- Les facteurs qui favorisent ou non une pratique de développement des communautés

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre propre participation à un projet de développement des communautés. Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de m'en prévenir; mes coordonnées sont incluses dans ce document. Les données colligées avant votre retrait seront conservées, sauf avis contraire de votre part. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Le nom du quartier où se déroule l'étude de cas ne sera divulgué qu'à la demande de l'ensemble des membres du comité de projet et de l'organisateur communautaire responsable du projet;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et moi seule aurai accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;

- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé dans le bureau qui m'est accordé à l'Institut national de santé publique et ils seront cryptés lorsqu'informatisés. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en juin 2015;
- La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature dans le présent formulaire.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec moi, André-Anne Parent, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone suivant : (418) 529-2572, poste 4675, ou à l'adresse courriel suivante : andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Pratique des organisateurs communautaires et développement des communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant janvier 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant(e). J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant(e).

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale :

Madame Suzanne Gagné

Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

1, avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1

Tél. : 418 529-4777, poste 20433

**Annexe B. Questionnaire d’entrevue et
formulaire de consentement pour
l’organisateur communautaire
associé à la démarche de
développement des communautés**

Questionnaire pour l'organisateur communautaire

Cette recherche s'intéresse à la pratique des organisateurs communautaires de CSSS en lien avec la stratégie de développement des communautés telle qu'élaborée par les instances québécoises de santé publique. Cette entrevue vise à documenter la mise en place du projet de développement des communautés dans le quartier et les changements apportés en son nom à la pratique de l'organisateur communautaire responsable du projet. Comme vous êtes l'organisateur communautaire responsable du projet pour le CSSS de la Vieille-Capitale, j'aimerais que vous partagiez avec moi votre expérience de la mise en place du projet.

1 : Mise en place du projet

Dans un premier temps, j'aimerais que vous me racontiez le projet, comme vous l'avez vécu, depuis le début.

- Stratégies utilisées pour la mise en place
- Étapes qui ont contribué à la mise en place du projet
- Son rôle comme l'organisateur communautaire
- Tâches réalisées
- Raisons pour l'orientation de développement des communautés

2 : Changements apportés aux pratiques de l'organisateur communautaire

Dans un deuxième temps, j'aimerais que vous me racontiez de quelle façon ce projet a pu susciter, ou non, des changements dans votre pratique habituelle. Si vous identifiez des changements :

- Besoins à répondre
- Personnes ou organisations rejointes
- Collaboration avec le milieu : citoyens, partenaires communautaires et institutionnels
- Activités réalisées
- Planification
- Compétences suscitées

- Apprentissages réalisés
- Soutien nécessaire à la réalisation du projet
- Différences par rapport aux autres tâches d'OC au CSSS

3 : Les facteurs qui favorisent ou non cette pratique

Enfin, j'aimerais que vous me parliez des facteurs qui ont favorisé ou non la mise en œuvre du projet.

- Les moments forts du projet
- Les difficultés rencontrées
- Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre du projet
- Les facteurs défavorables

**Formulaire de consentement à l'intention des participants à la recherche
« Pratique des organisateurs communautaires et développement des
communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale »**

Organisateur communautaire du quartier

Présentation de l'étudiante

Je me nomme André-Anne Parent et je suis étudiante à l'Université Laval. Cette recherche est réalisée dans le cadre de mon projet de doctorat en santé communautaire. Elle est dirigée par Bernard Roy, de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS), telle que définie dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique, par les organisateurs communautaires. Cette recherche se réalisera à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Plus spécifiquement, une étude de cas du projet de quartier auquel vous contribuez sera réalisée ainsi que l'analyse d'un groupe de pratique constitué d'organisateur communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale.

Déroulement de la participation

Votre participation à la recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée environ d'une heure, qui portera sur les éléments suivants :

- La mise en place du projet dans le quartier
- Les changements apportés par l'approche de développement des communautés

- Les facteurs qui favorisent ou non une pratique de développement des communautés

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre propre participation à un projet de développement des communautés. Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de m'en prévenir; mes coordonnées sont incluses dans ce document. Les données colligées avant votre retrait seront conservées, sauf avis contraire de votre part. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Le nom du quartier où se déroule l'étude de cas ne sera divulgué qu'à la demande de l'ensemble des membres du comité de projet et de l'organisateur communautaire responsable du projet;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et moi seule aurai accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé dans le bureau qui m'est accordé à l'Institut national de santé publique et ils seront cryptés lorsqu'informatisés. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en juin 2015;

- La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature dans le présent formulaire.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec moi, André-Anne Parent, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone suivant : (418) 529-2572, poste 4675, ou à l'adresse courriel suivante : andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Pratique des organisateurs communautaires et développement des communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant janvier 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous

êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant(e). J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant(e).

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale :

Madame Suzanne Gagné
Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
1, avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1
Tél. : 418 529-4777, poste 20433

**Annexe C. Questionnaire d’entrevue et
formulaire de consentement pour
les acteurs-clés du quartier**

Questionnaire pour les acteurs-clés du quartier

Cette recherche s'intéresse à la pratique des organisateurs communautaires de CSSS en lien avec la stratégie de développement des communautés telle qu'élaborée par les instances québécoises de santé publique. Cette entrevue vise à documenter la mise en place d'un projet de développement des communautés dans le quartier. Vous avez été identifié par le milieu comme une personne qui a influencé ce processus. Dans le cadre de cette entrevue, j'aimerais que vous partagiez avec moi votre expérience de la mise en place du projet dans le quartier.

1 : Mise en place du projet

Dans un premier temps, j'aimerais savoir comment vous avez entendu parler du projet.

- Signification personnelle et pour son organisation

Ensuite, j'aimerais que vous me racontiez le projet, tel que vous l'avez vécu, de ses débuts à aujourd'hui.

- Étapes qui ont contribué à la mise en place du projet
- Son rôle et celui de son organisation
- Liens entretenus avec le projet, le comité et ses membres

2 : Changements apportés aux pratiques

Ensuite, j'aimerais savoir si vous percevez des différences entre ce projet et les autres activités qui se déroulent dans le quartier.

- Besoins à répondre
- Personnes rejointes
- Collaboration avec le milieu : citoyens, partenaires communautaires et institutionnels
- Activités réalisées
- Planification
- Compétences suscitées
- Apprentissages réalisés

3 : Les facteurs qui favorisent ou non cette pratique

Enfin, j'aimerais que vous me parliez des facteurs qui ont favorisé ou non la mise en œuvre du projet.

- Les moments forts du projet
- Les difficultés rencontrées
- Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre du projet
- Les facteurs défavorables

Formulaire de consentement à l'intention des participants à la recherche
« Pratique des organisateurs communautaires et développement des
communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale »
Acteurs-clés du quartier

Présentation de l'étudiante

Je me nomme André-Anne Parent et je suis étudiante à l'Université Laval. Cette recherche est réalisée dans le cadre de mon projet de doctorat en santé communautaire. Elle est dirigée par Bernard Roy, de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS), telle que définie dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique, par les organisateurs communautaires. Cette recherche se réalisera à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Plus spécifiquement, une étude de cas du projet de quartier auquel vous contribuez sera réalisée ainsi que l'analyse d'un groupe de pratique constitué d'organisateur communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale.

Déroulement de la participation

Votre participation à la recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée environ d'une heure, qui portera sur les éléments suivants :

- La mise en place du projet dans le quartier et le rôle que vous y avez joué
- Les changements apportés par l'approche de développement des communautés

- Les facteurs qui favorisent ou non une pratique de développement des communautés

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre propre participation à un projet de développement des communautés. Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de m'en prévenir; mes coordonnées sont incluses dans ce document. Les données colligées avant votre retrait seront conservées, sauf avis contraire de votre part. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Le nom du quartier où se déroule l'étude de cas ne sera divulgué qu'à la demande de l'ensemble des membres du comité de projet et de l'organisateur communautaire responsable du projet;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et moi seule aurai accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé dans le bureau qui m'est accordé à l'Institut national de santé

publique et ils seront cryptés lorsqu’informatisés. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en juin 2015;

- La recherche fera l’objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant de pourra y être identifié ou reconnu;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l’adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l’espace prévu pour leur signature dans le présent formulaire.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec moi, André-Anne Parent, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone suivant : (418) 529-2572, poste 4675, ou à l’adresse courriel suivante : andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d’y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Pratique des organisateurs communautaires et développement des communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ». J’ai pris connaissance du formulaire et j’ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l’étudiante m’a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant janvier 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant(e). J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant(e).

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale :

Madame Suzanne Gagné
Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
1, avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1
Tél. : 418 529-4777, poste 20433

Annexe D.

**Grille utilisée lors des rencontres
du groupe de pratique réflexive et
formulaire de consentement pour
les participants aux rencontres
du groupe**

Groupe de pratique réflexive des organisateurs communautaires

CSSS de la Vieille-Capitale

Grille de présentation des études de cas

Nom du projet	
Territoire ou communauté concernée	
Financement <ul style="list-style-type: none">• Sources• Montage financier• Durée• Utilisation• Mandataires (si pertinent)• Etc.	
Initiateurs de l'intervention <ul style="list-style-type: none">• À la demande de qui?• Suite à quoi?• Partenaires impliqués dans la mise en place du projet• Implication des citoyens• Une réponse à un besoin du milieu ou une offre de financement?• Etc.	
Gouvernance mise en place <ul style="list-style-type: none">• Forme de gouvernance : conseil d'administration, table de concertation, etc.• Partage du pouvoir décisionnel• Fréquence des rencontres• Participation citoyenne• Etc.	

<p>Description de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mission • Programmation • Activités • Objectifs • Personnes rejointes • Etc. 	
<p>Objets d'intervention (quels déterminants de la santé sont considérés? Voir doc La santé, autrement dit...)</p>	
<p>Principes mis en œuvre et stratégies utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Empowerment</i> • Participation citoyenne • Action intersectorielle • Réduction des inégalités sociales de santé • Promotion des politiques publiques favorables à la santé 	
<p>Rôle de l'organisateur communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zones de confort/inconfort • Compétences sollicitées par l'intervention • Changements apportés à sa pratique • Apprentissages à faire • Temps demandé • Reconnaissance du travail par supérieur immédiat • Reconnaissance du travail par partenaires 	

<ul style="list-style-type: none"> • Liens avec partenaires : communautaires, institutions, etc. • Etc. 	
Facteurs favorables au projet	
Facteurs défavorables au projet	

Questions pour guider la discussion :

- 1- Quels sont les enjeux soulevés par cette approche pour les organisateurs communautaires?
- 2- Quelles sont les conditions de base pour qu'une intervention en organisation communautaire intègre l'approche et les principes du développement des communautés?
 - Facteurs favorables
 - Facteurs défavorables
- 3- Quelle est l'influence du discours de santé publique en développement des communautés sur le travail des OC?
- 4- Quels sont les liens possibles entre le travail de développement des communautés et les programmes/services du CLSC? Et avec une approche par clientèle?

**Formulaire de consentement à l'intention des participants à la recherche
« Pratique des organisateurs communautaires et développement des
communautés au Québec : le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale »**

Groupe de pratique réflexive

Présentation de l'étudiante

Je me nomme André-Anne Parent et je suis étudiante à l'Université Laval. Cette recherche est réalisée dans le cadre de mon projet de doctorat en santé communautaire. Elle est dirigée par Bernard Roy, de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS), telle que définie dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique, par les organisateurs communautaires. Cette recherche se réalisera à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Plus spécifiquement, une étude de cas d'un projet de quartier sera réalisée ainsi que l'analyse du groupe de pratique réflexive auquel vous participez.

Déroulement de la participation

Votre participation à la recherche consiste à participer à six rencontres d'un groupe de pratique réflexive, d'une durée environ de deux heures et demie chacune, qui porteront sur les éléments suivants :

- La mise en place de projets de développement des communautés
- Les tâches et les compétences déployées par les organisateurs communautaires

- Les changements apportés par une stratégie de développement des communautés
- Les enjeux soulevés par cette stratégie pour les organisateurs communautaires
- Le rôle joué par le discours de santé publique dans la mise en place de projets de développement des communautés
- Les facteurs qui favorisent ou non l'intégration de cette stratégie dans la pratique des organisateurs communautaires

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre propre participation à un projet de développement des communautés. Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de m'en prévenir; mes coordonnées sont incluses dans ce document. Les données colligées avant votre retrait seront conservées, sauf avis contraire de votre part. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et moi seule aurai accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;

- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé dans le bureau qui m'est accordé à l'Institut national de santé publique et ils seront cryptés lorsqu'informatisés. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en juin 2015;
- La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu.
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature dans le présent formulaire.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec moi, André-Anne Parent, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone suivant : (418) 529-2572, poste 4675, ou à l'adresse courriel suivante : andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Pratique des organisateurs communautaires et développement des communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant janvier 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant(e). J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant(e).

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale :

Madame Suzanne Gagné
Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
1, avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1
Tél. : 418 529-4777, poste 20433

**Annexe E. Questionnaire d’entrevue et
formulaire de consentement pour
les acteurs-clés locaux, régionaux
et provinciaux**

Questionnaire pour les acteurs-clés locaux, régionaux et provinciaux

Cette recherche s'intéresse à la pratique des organisateurs communautaires de CSSS en lien avec la stratégie de développement des communautés telle qu'élaborée par les instances québécoises de santé publique. Cette entrevue vise à documenter le contexte dans lequel cette stratégie a été intégrée à la pratique des organisateurs communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale. Vous avez été identifié par le milieu comme une personne qui a influencé ce processus. Dans le cadre de cette entrevue, j'aimerais que vous partagiez avec moi votre expérience du développement des communautés.

- Dans un premier temps, j'aimerais que vous me racontiez le contexte dans lequel se situaient les CSSS quand on a pris la décision d'aller vers une stratégie de développement des communautés.
- J'aimerais aussi que vous me donniez votre perception des raisons qui ont influencé la décision de prendre une telle orientation.
- Dans un troisième temps, j'aimerais que vous me racontiez les changements que cela a apportés dans les CSSS.
- Finalement, j'aimerais vous entendre sur les facteurs qui ont favorisé ou non l'insertion de cette stratégie.

**Formulaire de consentement à l'intention des participants à la recherche
« Pratique des organisateurs communautaires et développement des
communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale »**

Informateurs-clés liés au contexte

Présentation de l'étudiante

Je me nomme André-Anne Parent et je suis étudiante à l'Université Laval. Cette recherche est réalisée dans le cadre de mon projet de doctorat en santé communautaire. Elle est dirigée par Bernard Roy, de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La recherche a pour but de documenter comment s'actualise la pratique du développement des communautés en Centre de santé et de services sociaux (CSSS), telle que définie dans les documents officiels du champ québécois de la santé publique, par les organisateurs communautaires. Cette recherche se réalisera à partir du cas du CSSS de la Vieille-Capitale. Plus spécifiquement, une étude de cas d'un projet de quartier sera réalisée ainsi que l'analyse d'un groupe de pratique constitué d'organisateur communautaires du CSSS de la Vieille-Capitale.

Déroulement de la participation

Votre participation à la recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée environ d'une heure, qui portera sur les éléments suivants :

Le contexte des CSSS au moment de l'adoption de la stratégie de développement des communautés

- Les raisons pour choisir cette stratégie
- Les changements apportés par cette stratégie
- Les facteurs qui favorisent ou non l'insertion de cette stratégie

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre propre position face au développement des communautés. Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de m'en prévenir; mes coordonnées sont incluses dans ce document. Les données colligées avant votre retrait seront conservées, sauf avis contraire de votre part. Si tel est le cas, tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et moi seule aurai accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé dans le bureau qui m'est accordé à l'Institut national de santé

publique et ils seront cryptés lorsqu’informatisés. Ils seront détruits deux ans après la fin de la recherche, soit en juin 2015;

- La recherche fera l’objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant de pourra y être identifié ou reconnu;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l’adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l’espace prévu pour leur signature dans le présent formulaire.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec moi, André-Anne Parent, étudiante au doctorat, au numéro de téléphone suivant : (418) 529-2572, poste 4675, ou à l’adresse courriel suivante : andre-anne.parent.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie d’y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Pratique des organisateurs communautaires et développement des communautés au Québec: le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ». J’ai pris connaissance du formulaire et j’ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l’étudiante m’a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant janvier 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant(e). J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant(e).

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale :

Madame Suzanne Gagné
Commissariat local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
1, avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1
Tél. : 418 529-4777, poste 20433

**Annexe F. Typologie des pratiques en
organisation communautaire**

Typologie des pratiques d'après Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette
(2007)

Variable de pratique	Action sociale	Développement local	Approche socio-institutionnelle	Approche sociocommunautaire
1- Finalité de l'action communautaire	Revendication, affirmation et institutionnalisation des droits des populations	Prise en charge par la population Renforcement des capacités à partir des ressources locales	Mettre les membres de la communauté au centre des décisions et de l'action	Exercice des droits et contribution aux décisions sur son milieu
2- Postulat sur la structure communautaire et la problématique	Intérêts divergents entre les classes sociales sur différentes questions	Dévitilisation socioéconomique Détérioration des conditions de vie Exclusion sociale	Persistance des problèmes sociaux Inégalités de santé Déterminants de la santé	Lien social fragilisé Trajectoires d'exclusion Dilution des solidarités
3- Stratégie de changement	Organisation de la solidarité Pression sur l'adversaire et appui de l'opinion publique	Action citoyenne Mobilisation et concertation des différents acteurs locaux	Initiatives des institutions pour agir sur une problématique Concertation et intersectorialité	Mise en réseau de personnes Développement de services de proximité Dispositifs d'insertion
4- Tactiques et techniques de changement	Conflit non-violent Coalitions Action sociopolitique	Coopération conflictuelle Recherche de consensus	Expertise professionnelle (<i>top down</i>) Initiative communautaire (<i>bottom up</i>)	Renforcement des compétences personnelles et action sur l'environnement
5- Principaux rôles du praticien	Mobilisateur Éducateur populaire	Agent de liaison (catalyseur), formateur, soutien	Mobilisation des acteurs concernés Soutien à la	Développement et soutien de services de proximité

	Analyse politique	à la résolution de problèmes et à l'innovation	participation Appropriation créative de programmes Soutien organisationnel	Soutien des savoir-faire individuels et de groupe Encouragement de la prise de parole citoyenne
6- Moyen assurant le changement	Organisation du groupe pour la cohésion, le leadership et le soutien matériel	Instances locales de concertation Plan de développement	Dialogue et apprentissage mutuel dans le cadre de programmes ou de projets	Interaction entre l'individu et ses groupes d'appartenance Dynamiques de solidarité locales
7- Attitude face à la (aux) structure(s) de pouvoir	Revendications et pression sur le pouvoir Négociation	Soutien de l'État aux initiatives locales Appropriation locale de programmes publics	Réduction des inégalités de pouvoir entre les acteurs	Rééquilibrer les pouvoirs au profit des plus démunis Redonner aux communautés le contrôle sur leur développement
8- Relation avec le système client	Communauté frustrée Population défavorisée	Collectivité locale Communauté territoriale	Population défavorisée ou vulnérable	Populations défavorisées Groupes vulnérables
9- Postulats relatifs aux divers intérêts des sous-groupes	Intérêts conflictuels Conflit social	Reconnaître les différences et renforcer les convergences	Reconnaissance par les experts de la légitimité et de la compétence citoyenne	Réorganisation des communautés
10- Conception de la population cliente	Opprimée, exploités, exclus	Citoyens	Clients ou citoyens	Citoyens
11- Conception du rôle du système client	Membres, militants	Participation au processus de changement	Participation à la conception de l'action	Solidarité et participation citoyenne

12- <i>L'empowerment</i>	Conscientisation Renforcement de la capacité de faire valoir ses droits Institutionnalisation de droits	Autonomie, initiative et entraide Renforcement des capacités Participation des populations marginalisées	Acteurs en position d'influence et de négociation	Développement du capital social : réseaux, entraide, appartenance, résilience
--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

