

## Analyse des pratiques d'engagement communautaire ; Cas du CIUSSS du Centre-Ouest- de-l'Île-de-Montréal, Canada

Présenté par

**PHILISTIN Samantha Dorie**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale** ▾

Directeur de mémoire : Prof Savadogo Léon G Blaise

le 28/09/2025

Devant le jury composé de :

Prof Drabo Maxime      Président

Directeur de recherche CNRST Ouagadougou

Prof Savadogo Léon G Blaise      Directeur de mémoire

Prof Titulaire - Directeur du département Santé

Prof Meda Clément      Examineur

Prof Titulaire  
Université Nazi Boni

## Remerciements

Je remercie l'Université Senghor et l'Institut Universitaire SHERPA qui m'ont donné la formation et l'espace nécessaire pour la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, par leur expertise, leur temps et leurs précieux conseils, ont contribué à l'enrichissement de ce travail. J'adresse des remerciements particuliers à mon directeur de mémoire, le Professeur **Léon G. SAVADOGO** et ma superviseuse de stage, **Naima Bentayeb**, pour leur soutien et leurs orientations éclairantes.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à mon encadreur de stage, **Jean-Charles St-Louis**, pour sa disponibilité constante et la pertinence de ses recommandations. Son accompagnement attentif et ses conseils éclairés ont grandement contribué à enrichir mon expérience et à orienter mes réflexions tout au long de ma période à l'Institut Universitaire Sherpa.

Je tiens à exprimer une profonde gratitude envers la cheffe d'administration de programme, la coordonnatrice de recherche et l'adjoint à la recherche et à l'enseignement universitaire de l'Institut Universitaire Sherpa : **Andréanne Guindon, Annie Pontbriand et Alexandre Beaulieu**.

Je souhaite également remercier ma famille pour leur soutien indéfectible tout au long de mes années d'études. J'aimerais souligner en particulier l'appui constant de **Gerlande Versailles**, dont la présence inconditionnelle m'a donné la force et la détermination nécessaires pour persévérer.

Je voudrais adresser mes remerciements chaleureux à mes amies : **Anne-Christie Desrosiers, Raymond Tabitha, Vilvert Litz-Lande, Eke Egnon Sylviana, Kezimana Inès et Wendlassida Zaheira KERE**. Leur soutien moral, leur confiance en moi m'ont permis d'avancer avec assurance et de rendre cette aventure académique mémorable.

Enfin, j'adresse une mention spéciale à mes collègues du département de santé ainsi qu'à mes compatriotes haïtiens de l'Université Senghor. Votre bienveillance et votre solidarité m'ont permis de me sentir chez moi, même loin de ma maison.

## Dédicace

Je dédie ce travail à Dieu, qui a guidé mes pas tout au long de cette aventure.

À ma grand-mère, **Charles Denise**, source d'inspiration et de force.

À ma famille, pilier indéfectible de mon parcours.

À tous ceux que j'appelle les miens, avec gratitude et affection.

## Résumé

### Introduction

Les inégalités sociales de santé persistent dans plusieurs quartiers du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en dépit des interventions déployées par les institutions publiques et communautaires<sup>(1)</sup>. Dans ce contexte, le développement communautaire représente une approche importante pour adapter les interventions de santé aux besoins des populations défavorisées<sup>1</sup>. Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un projet collaboratif entre l'Institut universitaire Sherpa et l'équipe Santé publique et partenariats du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Il vise à développer une pratique de pointe en développement communautaire auprès des populations immigrantes ou s'identifiant à des groupes ethnoculturels minoritaires. Dans le but d'atteindre cet objectif, ce mémoire répond au premier axe du projet qui vise à recenser les pratiques d'engagement communautaire ; tant celles documentées dans la littérature que celles déployées sur le terrain. Il porte une analyse sur les pratiques concrètes mises en œuvre par les professionnels de santé publique et leurs partenaires sur le territoire du Centre-Ouest-De-l'Île-de-Montréal.

### Objectif général

Ce travail a pour objectif d'analyser les pratiques de développement communautaire mobilisées par les professionnels de la santé publique et partenaires du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, afin de répondre aux besoins des populations défavorisées du territoire.

### Méthode

Une étude qualitative descriptive a été menée. Des discussions de groupe ont été réalisées avec les professionnels de l'équipe Santé publique et partenariats du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (les organisateurs communautaires (OC), les agents de planification, de programmation et de recherche (APPR), ainsi que les infirmières et les gestionnaires de l'équipe). L'échantillonnage est raisonné et basé sur l'expérience des professionnels en matière d'engagement communautaire. Les données recueillies ont été analysées à l'aide d'une approche thématique inductive.

---

<sup>1</sup> Population défavorisée : Personnes vivant avec un faible statut socio-économique, socialement marginalisées ou confrontées à des obstacles systémiques d'accès aux services<sup>(2)</sup>

Les bénéfices attendus de cette étude sont les suivants :

- L'identification et la compréhension des pratiques de développement communautaire dans un contexte local caractérisé par une forte diversité sociale et des inégalités persistantes.
- L'identification des leviers facilitant le processus d'engagement communautaire, ainsi que les obstacles rencontrés sur le terrain.
- Des pistes de solutions afin de contribuer à l'amélioration des pratiques d'engagement communautaire par les professionnels de la santé publique du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

### **Mots-clefs**

Développement des communautés, participation citoyenne, Santé publique, organisme communautaire

## **Abstract**

Health inequalities remain a persistent issue in several neighborhoods of Montreal's Centre-Ouest, despite numerous interventions implemented by public and community institutions. In this context, community engagement emerges as a critical approach to adapting health interventions to the realities and needs of disadvantaged populations. This thesis is part of a collaborative project between the Sherpa University Institute and the public health team of Montreal's Centre-Ouest, aiming to develop best practices in community engagement with immigrant and ethnocultural groups. The general objective of this study is to analyze the community engagement practices mobilized by public health professionals and their partners within the CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, to better address the needs of vulnerable populations in the territory. A descriptive qualitative study was conducted, based on focus group discussions with community organizers, planning/programming/research officers, nurses, and managers. A purposive sampling strategy was applied, selecting participants according to their experience in community engagement. Data were analyzed through an inductive thematic approach. The expected benefits of this study are threefold: 1) to deepen the understanding of community engagement practices in a highly diverse and unequal local context; 2) to identify both facilitators and barriers that shape the engagement process; and 3) to propose recommendations aimed at improving public health professionals' practices of community engagement in Montreal's Centre-Ouest.

## **Keywords**

Community development, Citizen participation, public health, community organization

## Liste des sigles et acronymes

|          |                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| ASC      | Agents de santé communautaire                                |
| APPR     | Agent de planification, de programmation et de recherche     |
| CCOMTL   | CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal                  |
| CDC      | Centre de Contrôle et de Prévention des maladies             |
| CIUSSS   | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| EC       | Engagement communautaire                                     |
| OC       | Organisateurs communautaires                                 |
| OMS      | Organisation mondiale de la santé                            |
| Parc- Ex | Parc- Extension                                              |
| PARI-SP  | Plan d'action régional intégré de santé publique             |
| SIPPE    | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance  |
| SPP      | Santé Publique et Partenariat                                |

## Table des matières

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Remerciements .....</b>                                                                               | <b>2</b>  |
| <b>Dédicace .....</b>                                                                                    | <b>3</b>  |
| <b>Résumé .....</b>                                                                                      | <b>4</b>  |
| <b>1 Introduction .....</b>                                                                              | <b>11</b> |
| 1.1 Contexte général                                                                                     | 11        |
| 1.2 Problématique                                                                                        | 12        |
| 1.3 Justification scientifique                                                                           | 14        |
| <b>2 Objectifs de recherche .....</b>                                                                    | <b>15</b> |
| <b>3 Revue de littérature : état des connaissances sur les pratiques d'engagement communautaire.....</b> | <b>15</b> |
| 3.1 Caractéristiques de l'engagement communautaire                                                       | 16        |
| 3.2 Types de pratiques identifiées dans la littérature                                                   | 18        |
| 3.3 Les leviers liés aux pratiques d'engagement communautaire                                            | 21        |
| 3.4 Les obstacles liés à la mise en œuvre des pratiques de développement communautaire                   | 23        |
| 3.5 Les retombées recensées dans les pratiques d'engagement communautaire                                | 25        |
| <b>4 Cadre Conceptuel .....</b>                                                                          | <b>27</b> |
| <b>5 Méthode de l'étude .....</b>                                                                        | <b>28</b> |
| 5.1 Type d'étude                                                                                         | 28        |
| 5.2 Contexte de l'étude                                                                                  | 28        |
| 5.3 Population d'étude et échantillonnage                                                                | 29        |
| 5.4 Collecte des données                                                                                 | 30        |
| 5.5 Analyse des données                                                                                  | 30        |
| 5.6 Considérations éthiques                                                                              | 31        |
| <b>6 Résultats.....</b>                                                                                  | <b>32</b> |
| 6.1 Profil et Contexte de travail des membres de l'équipe de santé publique                              | 32        |
| 6.2 Spécificités dans les pratiques développement communautaire auprès des organismes communautaires     | 35        |
| 6.3 Facteurs influençant le travail de l'équipe SPP du CIUSSS du CCOMTL                                  | 37        |
| 6.4 Profil, enjeux et défis de la population cible du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal                  | 39        |

|           |                                               |           |
|-----------|-----------------------------------------------|-----------|
| 6.5       | Pratiques de l'équipe de santé publique       | 43        |
| 6.6       | Retombées observées et pistes de renforcement | 44        |
| <b>7</b>  | <b>Discussion.....</b>                        | <b>45</b> |
| <b>8</b>  | <b>Conclusion .....</b>                       | <b>49</b> |
| 8.1       | Synthèse des résultats                        | 49        |
| 8.2       | Limites du travail                            | 50        |
| 8.3       | Les Contributions de l'étude                  | 50        |
| <b>9</b>  | <b>Annexe 1 .....</b>                         | <b>51</b> |
| 9.1       | Grille des groupes de discussion              | 51        |
| <b>10</b> | <b>Références Bibliographiques.....</b>       | <b>53</b> |

## Liste des illustrations

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 - Carte de la ville de Montréal.....                                                                     | 13 |
| Figure 2 - Niveau engagement Communautaire .....                                                                  | 17 |
| Figure 3 - Théorie de l'autodétermination.....                                                                    | 27 |
| Figure 4 - Théorie du Change ball .....                                                                           | 28 |
| Figure 5 : De la population à la co-construction : Intégration de trois théories d'engagement communautaire ..... | 45 |

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte général

L'engagement communautaire constitue un levier essentiel dans la promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales. Il se définit comme un processus structuré visant à impliquer les membres d'une communauté à toutes les étapes de résolution des problèmes qui les concernent directement (3). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il permet de renforcer les liens entre les parties prenantes afin de travailler collectivement aux enjeux de santé et de bien-être (4). Cette approche repose sur la mobilisation active des communautés dans les initiatives sociales et sanitaires, en vue de répondre de manière plus adaptée à leurs besoins.

L'engagement communautaire peut prendre des formes variées, selon le contexte et les objectifs visés. Il se décline selon différents niveaux d'implication, allant de la simple consultation à une participation maximale dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions (5). L'OMS identifie plusieurs principes clés favorisant sa réussite : la confiance, l'accessibilité, l'adaptation des interventions au contexte local, l'équité, la transparence et l'autonomie (6). D'autres facteurs contextuels influencent également son efficacité, tels que la qualité de la gouvernance, le leadership, les modes de prise de décision, la communication, la collaboration intersectorielle, la qualité des partenariats et les ressources disponibles (4).

En raison des facteurs suscités, il peut exister une différence entre les intentions initiales et les résultats obtenus dans la pratique. Toutefois, plusieurs retombées positives ont été documentées. L'engagement communautaire génère une dynamique collective en créant un effet d'entraînement au sein des communautés et entre elles. Il contribue à renforcer la confiance entre les résidents et les institutions. Il favorise également l'appropriation locale des projets (6).

Les milieux où interviennent les professionnels de la santé publique et communautaire sont souvent complexes et marqués par des dynamiques de pouvoir, des contraintes de ressources, ainsi que des disparités socio-culturelles et géographiques. Il est alors essentiel de caractériser la population cible tout en identifiant les enjeux et défis auxquels elle fait face. Il est aussi judicieux d'analyser les stratégies d'engagement communautaire utilisées par les professionnels. Finalement, il est important d'identifier les leviers, les défis et les retombées perçues au déploiement des pratiques.

## 1.2 Problématique

Les déterminants de la santé jouent un rôle important dans l'état de santé des individus. Ils regroupent un ensemble de facteurs interconnectés tels que le contexte social, économique, politique et culturel. Ils influencent directement ou indirectement le bien-être des populations. À cela s'ajoutent les conditions de vie matérielles et sociales, les comportements individuels, les habitudes de vie, ainsi que des facteurs biologiques comme l'âge, le sexe et l'hérédité. L'interaction entre ces déterminants contribue à creuser ou à réduire les inégalités de santé selon les groupes sociaux (7).

Ces inégalités sont particulièrement marquées chez les groupes dits « défavorisés ». Cela sous-entend les personnes vivant avec un faible statut socio-économique, socialement marginalisées ou confrontées à des obstacles systémiques d'accès aux services (2). Ces populations sont plus exposées à des déterminants de santé négatifs tels qu'un logement inadéquat<sup>2</sup>, un revenu faible, un accès restreint aux services publics ou encore une faible littératie en santé (2,8).

La ville de Montréal (province du Québec, Canada) regroupe plus de deux millions d'habitants. Elle se distingue par une forte densité, une population relativement jeune et une grande diversité ethnoculturelle. En effet, une personne sur trois y est immigrante, et près de 20 % de ces personnes sont arrivées dans les cinq dernières années. Quarante pour cent (40%) des résidents s'identifient à une minorité ethnoculturelle<sup>3</sup>. Toutefois, comme dans d'autres grandes agglomérations urbaines, Montréal est marquée par d'importantes inégalités sociales. Le revenu médian après impôt est inférieur à la moyenne provinciale et la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est de 16 %. Le logement représente également un enjeu critique : 24 % des ménages consacrent plus de 30 % de leur revenu au loyer, une proportion qui atteint 53 % dans certains secteurs. Ces inégalités socio-économiques se traduisent par d'importantes disparités de santé. Les niveaux de détresse psychologique sont alarmants, touchant 42 % de la population (9).

---

<sup>2</sup> Logement inadéquat : Un logement inadéquat, ou indigne, est un logement qui ne répond pas aux normes de décence ou qui présente un danger pour la santé ou la sécurité des occupants. Cela peut inclure des problèmes structurels, des conditions insalubres, des défauts d'étanchéité ou d'isolation, ou encore des risques d'incendie ou de contamination.

<sup>3</sup> Minorité ethnoculturelle : Il s'agit de personnes qui font partie d'un groupe social minoritaire sur le plan démographique. Ils partagent des traits collectifs tels que culturels, linguistiques, sociaux ou religieux (*Précisions lexicales : Notions de base et concepts clés liés à la norme.* (s. d.).

Ces disparités sont également présentes dans les quartiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du CCOMTL), notamment à Côte-des-Neiges, Parc-Extension, Notre-Dame-de-Grâce, Peter-McGill et Outremont. Ces territoires, bien que riches d'une grande diversité culturelle et d'un tissu communautaire actif, présentent plusieurs indicateurs de vulnérabilité.

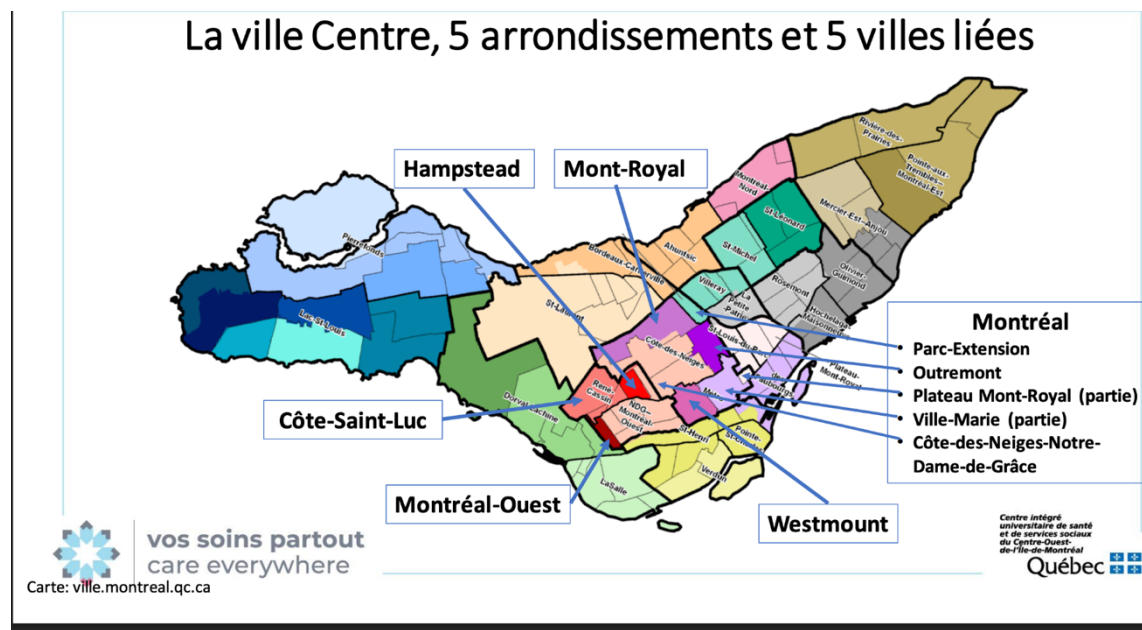


Figure 1 - Carte de la ville de Montréal

(Source : CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal)

Selon le recensement de 2021, plus de 38 % des résidents sont nés à l'étranger, et près de 25 % n'ont pas la citoyenneté canadienne. À Parc-Extension par exemple, 67,8 % des ménages parlent une langue autre que le français ou l'anglais à la maison, et 12,1 % ne parlent ni français, ni anglais. Certaines conditions de logement y sont précaires. En effet, 22,8 % des ménages vivent dans un logement inadéquat, 12,5 % en situation de surpeuplement, et près de 50 % consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement. Le revenu médian est parmi les plus faibles de la province et 28,3 % des ménages se situent dans le décile inférieur au niveau national(10).

Ainsi, dans le cadre de cette étude, la population du territoire du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal peut être qualifiée de « groupes défavorisés » au sens d'Omara et al. (2015). Cette dénomination sous-entend les personnes à faible statut socioéconomique, socialement

exclues ou confrontées à des obstacles systémiques dans l'accès aux ressources (2). Dans un tel contexte, l'engagement communautaire représente une approche prometteuse.

Il constitue un levier pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes concernées, favorise la mise en place d'interventions culturellement adaptées et plus équitables (11). Ce travail s'inscrit dans cette perspective. Il vise à interroger la manière dont les pratiques d'engagement communautaire sont appliquées en vue de contribuer à l'amélioration des interventions en santé publique au niveau du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal.

### 1.3 Justification scientifique

Dans le cadre du Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI-SP) 2023–2025, le CCOMTL en partenariat avec l'équipe SPP a identifié, à la suite d'un exercice de consultation territoriale, cinq priorités majeures : les conditions de vie liées au logement et à la sécurité alimentaire, les problématiques de dépendance, de violence et d'itinérance, les obstacles rencontrés dans les parcours migratoires, le développement des enfants et des jeunes, ainsi que l'accès aux soins de santé, notamment en santé mentale. Pour répondre à ces enjeux, plusieurs programmes ont été déployés (12).

Ils ont mis en place des interventions ciblées auprès des populations défavorisées, notamment les personnes migrantes à statut précaire ou sans assurance maladie. Parmi ces actions, on retrouve des initiatives de soutien à la parentalité en contexte migratoire (ex. Espace Parents), des services périnataux tels que Ma grossesse ou SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) pour les familles en situation de vulnérabilité, ainsi que le programme Aire ouverte destiné aux jeunes de 12 à 25 ans (12). Des stratégies de communication multilingue ont été utilisées pour promouvoir la vaccination. Des dispositifs de réduction des méfaits liés aux drogues ont également été co-construits avec les communautés concernées (12).

Toutefois, malgré la pertinence et la diversité des mesures prises par le CCOMTL avec l'équipe de santé publique, les inégalités persistent. Ces territoires demeurent confrontés à une concentration de vulnérabilités linguistiques, économiques, résidentielles et sanitaires (1). Les pratiques d'engagement communautaire apparaissent alors comme des leviers stratégiques pour renforcer la participation citoyenne, adapter les services aux réalités socioculturelles locales et produire des effets durables. Il est important de mieux comprendre leurs conditions de mise en œuvre, leurs obstacles et leurs retombées, dans le but d'éclairer l'action publique et de contribuer à la réduction des inégalités.

## **2 Objectifs de recherche**

L'objectif principal de ce travail est d'analyser le processus des pratiques d'engagement communautaire mises en œuvre par les professionnels de la santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, afin de répondre aux besoins des populations défavorisées de ce territoire.

Les objectifs spécifiques sont :

- Décrire les enjeux et les caractéristiques de la population du territoire du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Analyser les stratégies des pratiques d'engagement communautaire mis en place par les professionnels du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Identifier les facteurs facilitants et limitants ayant influencé les pratiques de développement communautaire de l'équipe santé publique et partenaires du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Identifier les retombées perçues des approches de développement communautaire mis en place par les professionnels du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

## **3 Revue de littérature : état des connaissances sur les pratiques d'engagement communautaire**

Cette revue de littérature synthétise les articles portant sur les pratiques d'engagement communautaire. La période de 2015 à 2024 est retenue afin de garantir une revue ancrée dans l'actualité tout en tenant compte des évolutions et des contextes sociétaux récents. Les études menées auprès de populations socialement défavorisées sont priorisées (réfugiés, sans-papiers, communautés minoritaires, etc.). Elles présentent des résultats sur les caractéristiques, les impacts, les barrières ou les facilitateurs des approches d'engagement communautaire.

Une quinzaine de textes répondant à nos critères ont été sélectionnés et analysés. Une synthèse narrative a été produite pour dégager les principales tendances et spécificités selon les contextes géographiques, les types de populations ciblées et les modalités d'engagement.

### 3.1 Caractéristiques de l'engagement communautaire

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'engagement communautaire comme « un processus de développement de relations permettant aux parties prenantes de collaborer pour répondre aux enjeux liés à la santé et promouvoir le bien-être. Il permet d'obtenir des résultats et des impacts positifs en matière de santé (13). Selon le Centre de Contrôle et de Prévention des maladies (CDC), il constitue un levier puissant pour susciter des changements environnementaux et comportementaux susceptibles d'améliorer la santé des communautés. Il s'appuie fréquemment sur des partenariats et des coalitions permettant de mobiliser des ressources, d'influencer les systèmes, de transformer les relations entre les acteurs et de catalyser des changements dans les politiques, les programmes et les pratiques (14).

L'engagement communautaire est conçu pour répondre à un large éventail de problématiques touchant divers déterminants de la santé. Il permet d'agir à la fois sur les comportements et les conditions socioculturelles. Il permet également d'agir sur les déterminants liés aux systèmes de santé, sur les conditions préalables à la santé, ainsi que sur les facteurs structurels en amont qui influencent la santé des populations(5).

Par ailleurs, plusieurs modèles théoriques soutiennent les pratiques d'engagement communautaire, chacun offrant un cadre conceptuel en lien avec la promotion de la santé. Parmi ceux-ci, on retrouve la théorie de l'autodétermination, qui met l'accent sur le renforcement des compétences, de l'autonomie et du sentiment d'appartenance des parties prenantes. Le modèle du Behaviour Change Ball s'intéresse à l'influence des réseaux sociaux sur le capital social, en soulignant leur rôle dans le changement comportemental. La dynamique communautaire basée sur les systèmes (Community-Based System Dynamics) privilégie des méthodes visuelles et une approche appréciative pour favoriser la participation communautaire. Enfin, la recherche-action participative propose une démarche d'enquête centrée sur les personnes, intégrant les communautés dans les processus de recherche et d'évaluation (5).

Les résultats empiriques, les théories établies, ainsi que les interventions et démarches participatives en promotion de la santé montrent que l'engagement communautaire peut s'organiser selon cinq niveaux : informer, consulter, impliquer, collaborer et autonomiser. Ces différents degrés, souvent qualifiés de niveaux de participation, traduisent des formes variables d'implication des communautés. Il peut aller de la simple transmission d'informations jusqu'à l'empowerment collectif (13).

Cependant, il n'existe pas de niveau d'engagement supérieur ou inférieur ; il s'agit plutôt de choisir le degré de participation le plus adapté à la situation. Chaque niveau repose sur les précédents, de sorte qu'un processus visant à impliquer la communauté suppose également que celle-ci ait été informée et consultée en amont (4).

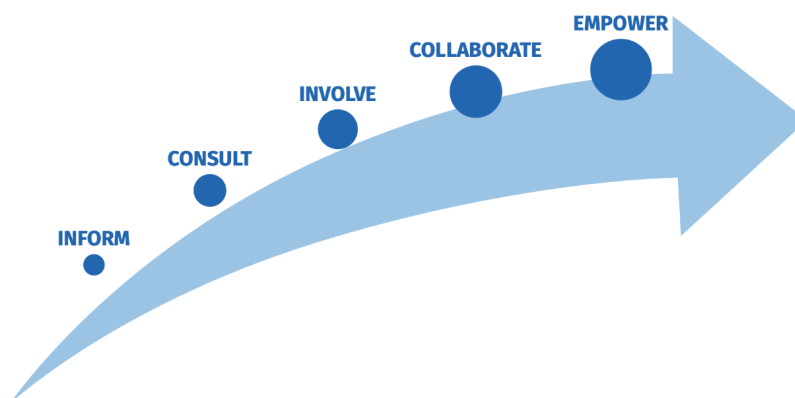


Figure 2 - Niveau engagement Communautaire

(Source: *Community Engagement: A Health Promotion Guide for Universal Health Coverage in the Hands of the People* (1st ed). (2020). World Health Organization.)

Les principes directeurs de l'engagement communautaire incluent la confiance, l'accessibilité, l'adaptation au contexte local, l'équité, la transparence et l'autonomie. Pour réussir, l'engagement communautaire doit s'appuyer sur des facteurs clés tels qu'une gouvernance participative, un leadership adapté, des processus décisionnels partagés, des mécanismes de communication efficaces, des partenariats solides et des ressources adéquates (4,5). Il existe néanmoins des obstacles qui peuvent nuire au succès des démarches d'engagement communautaire. Parmi ceux fréquemment relevés dans la littérature figurent : l'absence de représentativité des participants, les déséquilibres de pouvoir entre institutions et communautés, le manque de reconnaissance des savoirs expérientiels, la fatigue liée à des consultations répétées sans effet tangible, ainsi que des attentes irréalistes non comblées (4).

S'ajoutent également des défis organisationnels, tels que l'instabilité des financements, des changements de direction en cours de projet et une faible mobilisation communautaire (4). Pour cela, il est important de clarifier qui dirige et facilite le processus d'engagement, en veillant à impliquer les personnes qui connaissent le mieux leur communauté et en tenant compte des ressources disponibles souvent limitées.

Les bénéfices de l'engagement communautaire (EC) sont nombreux. Il renforce la crédibilité et la transparence dans les processus décisionnels, améliore la responsabilité des interventions et permet l'intégration des savoirs et des compétences locaux (4).

Il permet également le développement des réseaux durables, assurant la continuité des initiatives dans le temps et le respect des exigences réglementaires.

L'EC valorise les talents et les compétences communautaires, favorise l'adhésion et le soutien aux initiatives, et stimule la participation active dans les processus de planification. Enfin, il dote la communauté d'outils favorisant son bien-être global, en renforçant le sentiment d'appartenance, la cohésion sociale et en soutenant l'autonomisation des membres dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de santé(4).

### 3.2 Types de pratiques identifiées dans la littérature

La littérature scientifique met en lumière une diversité de pratiques d'engagement communautaire. Elles se déclinent selon plusieurs types en fonction du degré d'implication des communautés, des objectifs visés et des contextes d'intervention.

Un premier ensemble de pratiques repose sur des approches de co-construction et de participation collaborative, dans lesquelles les communautés sont impliquées dès les phases de planification et de conception. Ce modèle est illustré dans plusieurs études menées auprès de populations migrantes ou réfugiées.

Par exemple, dans le projet IRIS au Canada, des groupes consultatifs communautaires multilingues ont été mis en place pour co-construire les outils de recherche, analyser collectivement les résultats et produire des messages adaptés(15).

De même, Filler et al. (2021) montrent, à travers une revue de 14 études sur la recherche participative communautaire, que les réfugiés sont impliqués à différents niveaux, du recrutement à la dissémination des résultats, bien qu'on retrouve rarement ces derniers dans les étapes de financement ou de mise à l'échelle (16). En Suède, Barenfeld et al. (2015) rapportent une intervention en santé auprès de personnes âgées migrantes, reposant sur des échanges multilingues et une adaptation souple du contenu selon les préférences exprimées par les participants (17). Dans le cas du projet Rohingya Little Local en Australie, des membres de la communauté ont organisé et géré de manière autonome des événements communautaires de promotion de la santé, dans une logique de co-responsabilité (18).

Enfin, les travaux de Casseti et al. (2020), portant sur des interventions menées dans différents territoires d'Espagne, rapportent des démarches participatives combinant la création de groupes interdisciplinaires et l'organisation d'ateliers communautaires dans des

quartiers défavorisés. Ces initiatives visent à améliorer la santé et réduire les inégalités sociales à travers une approche territorialisée de l'engagement citoyen.

Toutefois, les auteurs soulignent que, dans la majorité des cas, la participation des habitants restait circonscrite à la phase de mise en œuvre. Les professionnels des secteurs sanitaire et social conservaient un rôle central dans la définition des priorités et la conception des interventions, limitant ainsi le pouvoir décisionnel réel des communautés dans les phases amont du processus (19).

Un deuxième type d'engagement se manifeste dans des interventions portées par des acteurs communautaires ou des pairs, principalement au moment de la mise en œuvre. Ces pratiques mobilisent des agents de santé communautaire (ASC), des pairs aidants ou des éducateurs issus des communautés ciblées, jouant un rôle de médiation, de soutien et d'éducation. Cette modalité est particulièrement documentée au Royaume-Uni et aux États-Unis dans la revue systématique de MacDonald et al. Les auteurs soulignent l'efficacité des ASC pour faciliter l'accès aux soins dans des milieux socioéconomiques défavorisés ou auprès de populations issues de minorités ethniques (11). De même, O'Mara-Eves et al. (2015) montrent, à travers une méta-analyse, que les interventions communautaires réalisées par des pairs ou des membres de la communauté sont significativement plus efficaces que celles conduites uniquement par des professionnels de santé (3).

Dans l'étude de Kelly et al. (2020), menée auprès de migrants sud-asiatiques au Royaume-Uni, un film multilingue projeté dans des mosquées et centres communautaires a permis d'augmenter le recours au dépistage des hépatites B et C. Ces dispositifs privilégient l'usage de lieux familiers (domiciles, lieux de culte, salons) et des supports linguistiquement adaptés. Il en est de même, dans les études de Cyril et al. et Allotey et al. (2015), qui mentionnent l'usage de matériels éducatifs, de visites à domicile ou de forums publics (8,20,21).

Dans le domaine de la vaccination, la revue systématique de Xie et al. (2024), portant sur 61 études, confirme l'efficacité des interventions communautaires fondées sur une implication active des communautés. Les auteurs identifient trois niveaux d'engagement : information unidirectionnelle, consultation ponctuelle, et participation active à la conception ou à l'animation des campagnes. Les interventions les plus efficaces mobilisent des pairs éducateurs, des agents de santé communautaires, ou encore des leaders locaux, et s'appuient sur des ateliers participatifs et des messages culturellement adaptés. Ces approches ont permis d'augmenter significativement les taux de vaccination, en particulier chez les groupes marginalisés, en renforçant la confiance dans le système de santé et l'appropriation des messages de prévention(22).

Finalement, à Atlanta, aux États-Unis, l'étude de Bekele et al. (2024) illustrent une mobilisation communautaire particulièrement structurée en réponse à la pandémie de COVID-19.

Une équipe d'agents multilingues issus des communautés réfugiées et immigrées locales a été formée pour organiser plus de 800 cliniques mobiles de dépistage et de vaccination, en s'appuyant sur des lieux culturellement significatifs et des canaux de communication communautaires tels que WhatsApp, Facebook Live, flyers en plusieurs langues. L'initiative s'est également appuyée sur des partenariats solides avec des leaders religieux et des organisations de santé publique, tout en proposant des solutions logistiques concrètes comme le transport subventionné(23).

Un troisième type d'engagement est orienté vers l'autonomisation et le transfert de pouvoir aux communautés. Il s'agit d'initiatives où les membres de la communauté disposent d'une marge décisionnelle significative, voire de la gestion autonome des activités. Le projet Rohingya Little Local constitue ici un exemple emblématique. Les membres ont bénéficié d'un financement direct pour organiser des événements définis selon leurs priorités (24). De même, dans la revue de Gilmore et al. (2023), des dispositifs comme les groupes de mères au Népal où les comités de gestion communautaire de la santé au Ghana montrent que les communautés peuvent jouer un rôle structurant dans la gouvernance des services (5).

Aux États-Unis, Bloemraad et Terriquez (2016) décrivent des organisations communautaires dirigées par des jeunes issus de minorités immigrées, qui participent à des campagnes de plaidoyer local et influencent les politiques de santé, comme dans les écoles ou les cliniques locales (25). Dans la revue réalisée par MacDonald et al. (2024), le programme Big Local illustre également une démarche où les communautés pilotent des projets de développement local avec des ressources allouées directement, selon un principe de pouvoir partagé (11).

Enfin, un quatrième ensemble de pratiques s'inscrit dans une logique d'institutionnalisation de l'engagement communautaire. Il intègre formellement les dispositifs participatifs dans les politiques publiques de santé. L'étude de Gilmore et al. (2023) montrent que dans des pays comme le Népal, le Ghana ou la République Démocratique du Congo, les communautés participent à l'amélioration de la qualité des soins par le biais des outils de suivi et évaluation ou de cycles de planification partagée. Ces structures sont parfois inscrites dans les lois nationales et reçoivent un appui technique et financier durable (5). En Espagne, certaines interventions recensées par Casseti et al. (2020) s'inscrivent dans des politiques urbaines participatives, notamment en Catalogne, dans le cadre de la Llei de Barris, une loi régionale visant à revitaliser les quartiers urbains défavorisés par des actions intersectorielles (19).

Enfin, Rong et al. (2023), dans leur revue sur les approches territorialisées en santé, identifient les conditions favorables à l’ancrage local de l’engagement : projets de longue durée, reconnaissance des leaders communautaires, et mécanismes de confiance entre résidents et institutions (26).

Dans l’ensemble, ces quatre types d’engagements : co-construction, mise en œuvre par les pairs, autonomisation et institutionnalisation ne s’excluent pas mutuellement et sont souvent combinées au sein d’une même intervention.

Le degré d’engagement communautaire observé dépend étroitement du contexte local, du cadre politique, de la reconnaissance des savoirs communautaires et des ressources disponibles pour soutenir les dynamiques participatives dans la durée.

Au-delà des caractéristiques des pratiques recensées, plusieurs études mettent également en lumière les leviers qui facilitent leur mise en œuvre dans des contextes variés. Ces facteurs, qu’ils soient relationnels, organisationnels ou structurels, permettent de comprendre les conditions concrètes dans lesquelles l’engagement communautaire peut s’installer durablement et produire des effets.

### 3.3 Les leviers liés aux pratiques d’engagement communautaire

Dans les approches fondées sur la co-construction et la participation collaborative, les facteurs de succès reposent principalement sur la qualité des relations établies entre les chercheurs ou les institutions et les communautés concernées. Un climat de confiance constitue un socle indispensable pour assurer la légitimité du processus participatif, comme le montrent les travaux de Machado et al. (2023) dans le projet IRIS (Inequities in Refugee & Immigrants’ Health Access) au Canada (26). Dans ce cadre, la mise en place de groupes consultatifs multilingues, la souplesse des modalités de communication telles que les réunions informelles, échanges numériques et la rémunération symbolique ou financière des participants ont renforcé l’engagement à long terme. De même, Barenfeld et al. (2015) soulignent l’importance de l’adaptation linguistique et du respect des rythmes individuels dans un programme destiné à des personnes âgées migrantes en Suède (17).

La prise en compte des dynamiques culturelles, la reconnaissance des savoirs expérientiels et la création d’espaces délibératifs sûrs sont des éléments récurrents dans les interventions collaboratives, comme en témoignent aussi Filler et al. (2021) et Rong et al. (2023) (15,16).

Dans les pratiques reposant sur la mise en œuvre par des pairs ou des acteurs communautaires, les leviers sont fortement liés à la proximité socioculturelle entre les intervenants et les bénéficiaires.

Le recrutement d'agents issus des communautés concernées, leur formation ciblée et l'utilisation de lieux culturellement familiers : mosquées, salons, domiciles, facilitent l'adhésion et l'efficacité des interventions.

MacDonald et al. (2024) et O'Mara-Eves et al. (2015) confirment que les dispositifs les plus efficaces sont ceux dans lesquels les pairs jouent un rôle central dans l'animation, l'éducation ou l'orientation des publics (3,11).

L'étude de Bekele et al. (2024), menée à Atlanta auprès de populations réfugiées et migrantes, montre qu'un modèle basé sur des agents multilingues communautaires, associés à des leaders religieux et à des partenariats logistiques locaux, peut significativement augmenter le taux de participation au dépistage et à la vaccination. En conclusion, l'ancrage local, la flexibilité opérationnelle et le respect des réalités culturelles sont ici des leviers décisifs.

Dans les démarches d'autonomisation communautaire, le levier principal réside dans la capacité des communautés à disposer de ressources réelles, notamment financières, et à exercer un pouvoir de décision sur les actions menées. Le projet Rohingya Little Local en est un exemple emblématique. La mise à disposition directe d'un budget, combinée à un accompagnement souple et respectueux des normes internes à la communauté, a permis une pleine appropriation du processus (18). De même, les organisations étudiées par Bloemraad et Terriquez (2016) aux États-Unis s'appuient sur des infrastructures civiques solides et sur le développement du leadership des jeunes, à travers des campagnes concrètes ancrées dans les enjeux locaux (25). L'efficacité de ces initiatives dépend donc de la présence d'un cadre associatif durable, de compétences politiques locales, et d'un soutien technique non intrusif.

Enfin, les initiatives les plus avancées en termes de structuration reposent sur des processus d'institutionnalisation de l'engagement communautaire. Dans ces cas, les leviers sont d'ordre politique et structurel : inscription dans la loi, reconnaissance formelle du rôle des communautés dans la gouvernance des services et financement pérenne des dispositifs participatifs. L'étude de Gilmore et al. (2023) illustrent cette dynamique à travers les comités de santé au Népal où les groupes de femmes au Ghana étaient intégrés aux politiques nationales de santé (5). En Espagne, Cassetti et al. (2020) rappellent que certaines interventions, bien qu'encore partiellement dirigées par des professionnels, ont bénéficié d'un cadre institutionnel de soutien à travers la Llei de Barris en Catalogne (19).

Rong et al. (2023) insistent également sur l'importance d'un temps long, de politiques territorialisées cohérentes et d'une coordination intersectorielle pour ancrer durablement l'engagement communautaire dans les zones défavorisées (24).

Dans l'ensemble, ces leviers montrent que la mise en œuvre efficace de pratiques d'engagement communautaire repose sur une combinaison de conditions favorables : reconnaissance des savoirs citoyens, adaptation culturelle, soutien logistique, autonomie financière et encadrement politique stable.

Leur activation dépend étroitement du degré de confiance entre acteurs, de la volonté de partager le pouvoir et de la capacité des systèmes institutionnels à soutenir les dynamiques locales sans les étouffer. Cependant, il convient toutefois de souligner que ces leviers, bien qu'identifiés comme facilitateurs dans de nombreuses études, ne s'appliquent pas uniformément à tous les contextes.

### 3.4 Les obstacles liés à la mise en œuvre des pratiques de développement communautaire

En parallèle des leviers identifiés, la littérature met également en évidence un ensemble d'obstacles récurrents qui freinent la mise en œuvre effective ou la pérennisation des pratiques d'engagement communautaire. Ces freins varient selon les contextes, les approches utilisées et les publics visés. Cependant, plusieurs tendances transversales se dégagent.

Dans les approches fondées sur la co-construction ou la collaboration participative, l'un des obstacles majeurs est la difficulté à maintenir un équilibre réel des pouvoirs entre les institutions et les communautés. Bien que des principes de coresponsabilité soient affichés, plusieurs études signalent un décalage entre l'intention participative et la réalité des pratiques. Filler et al. (2021) montrent ainsi que, dans les projets de recherche participative avec les réfugiés, la participation communautaire reste souvent cantonnée aux phases intermédiaires du projet, exclues des étapes de financement, de diffusion stratégique ou d'influence politique (16). Machado et al. (2023) évoquent également les charges émotionnelles et cognitives pesant sur les membres communautaires engagés, en particulier lorsqu'ils partagent un vécu migratoire proche des participants. Le manque de temps, la précarité et la complexité des dynamiques internes (notamment linguistiques ou genrées) peuvent limiter la capacité des personnes à s'engager pleinement, même lorsque l'espace est formellement ouvert (15).

Dans les interventions reposant sur la mise en œuvre par des pairs ou acteurs communautaires, plusieurs obstacles structurels émergent. L'absence de reconnaissance institutionnelle ou de rémunération adéquate des pairs est un point fréquemment soulevé. Cyril et al. (2015) relèvent que le travail des agents de santé communautaire est souvent non valorisé, ce qui nuit à la continuité de leur engagement (8).

Dans l'étude de Bekele et al. (2024), les auteurs rappellent que le recours à des acteurs communautaires n'est efficace que si ces derniers sont soutenus par une logistique adaptée tels que le transport, le matériel, ce qui reste un défi constant.

De plus, la rotation des pairs ou leur mobilisation ponctuelle dans un contexte de crise, comme la pandémie de COVID-19, peut limiter la pérennité du dispositif.

Enfin, Kelly et al. (2020) montrent que malgré l'usage de supports culturels adaptés, certains groupes, notamment les jeunes ou les personnes peu alphabétisées, restent difficiles à atteindre (21).

Les démarches centrées sur l'autonomisation communautaire se heurtent quant à elles à des contraintes liées à la capacité organisationnelle des groupes locaux. Le manque de formation préalable, les dynamiques de pouvoir internes (entre hommes et femmes, générations, statuts migratoires) ou encore l'accès restreint aux ressources financières limitent leur autonomie effective. Dans l'étude de Bestman et al. (2020), les auteurs notent que si la communauté Rohingya a pu organiser avec succès deux événements de santé publique, la durabilité du modèle restait incertaine en l'absence de financement récurrent et de structure d'appui à long terme (18).

Bloemraad et Terriquez (2016) soulignent également que, même lorsque les jeunes issus des minorités s'engagent fortement dans le plaidoyer, leur mobilisation est souvent conditionnée au soutien d'organisations civiques déjà structurées, ce qui pose la question de l'autonomie réelle du pouvoir d'agir (25).

Enfin, les initiatives inscrites dans une logique d'institutionnalisation rencontrent leurs propres limites. Gilmore et al. (2023) relèvent que, malgré leur inscription dans les politiques publiques, certains dispositifs participatifs peuvent devenir formels, mais vides de contenu, si la participation communautaire n'est pas activement soutenue ni évaluée. Le risque d'une participation de façade ou de fatigue citoyenne est réel, notamment lorsque les structures consultatives ne sont pas suivies d'actions concrètes. Casseti et al. (2020), dans le cas espagnol, soulignent que les décisions clés continuent d'être prises par les professionnels, malgré la présence de groupes moteurs (19). Rong et al. (2023) rapportent que dans certains contextes défavorisés, des déséquilibres de pouvoir, une méfiance envers les institutions ou des stigmates territoriaux peuvent empêcher la mobilisation des habitants, malgré l'existence de cadres participatifs (24).

### 3.5 Les retombées recensées dans les pratiques d'engagement communautaire

Les pratiques d'engagement communautaire analysées dans cette revue montrent des effets positifs sur plusieurs dimensions de la santé publique. De nombreuses études rapportent une amélioration des comportements de santé, notamment en matière de prévention, de vaccination et de dépistage.

À titre d'exemple, Xie et al. (2024) démontrent que les interventions avec participation active améliorent significativement les taux de vaccination, tandis que Kelly et al. (2020) observent une hausse du dépistage de l'hépatite B et C auprès de migrants sud-asiatiques grâce à l'usage de supports multilingues et à des événements organisés dans des lieux culturellement pertinents (21,22).

Bekele et al. (2024) rapportent également une forte mobilisation en contexte pandémique, avec plus de 16 000 tests COVID-19 et 31 000 vaccinations réalisés dans les communautés d'Atlanta (23). Cyril et O'Mara-Eves et al. (2015) signalent une amélioration de la littératie en santé et des connaissances sur les pratiques préventives dans plusieurs contextes (3,8).

L'engagement communautaire contribue aussi à réduire les obstacles à l'accès aux soins. MacDonald et al. soulignent que les interventions portées par des pairs améliorent l'accès aux soins préventifs pour les populations marginalisées, y compris les femmes, les migrants et les personnes en situation de précarité (11). Allotey et al. (2019) rapportent, dans un contexte rural au Vanuatu, une augmentation notable des accouchements en structure, de 35 % à plus de 70 %, grâce à des approches communautaires adaptées (20). Gilmore et al. (2023) montrent que l'implication des usagers dans l'évaluation de la qualité des soins, via des dispositifs comme les scorecards, a permis des ajustements concrets dans la prestation des services au Népal et au Ghana (5).

Au-delà de la santé physique, plusieurs études rapportent un renforcement du pouvoir d'agir individuel et collectif. Dans une étude portant sur des jeunes issus de minorités aux États-Unis, Bloemraad et Terriquez (2016) démontrent que l'engagement communautaire permet de développer des compétences civiques, d'encourager l'expression politique, et de favoriser la solidarité interethnique (25). Plus de 60 % des jeunes interrogés affirment avoir renforcé leur capacité à défendre des enjeux de santé publique.

De même, Machado et al. (2023) notent que les membres des groupes consultatifs du projet IRIS ont exprimé un fort sentiment de reconnaissance et de légitimité, renforçant leur capacité à s'impliquer dans d'autres espaces publics (15). Bestman et al. (2020) signalent que l'organisation d'événements par la communauté Rohingya a favorisé leur visibilité locale et leur inclusion dans le tissu social australien (18).

Enfin, bien que moins fréquemment documentées, plusieurs travaux rapportent des retombées sur les systèmes de santé ou les politiques locales. Gilmore et al. (2023) montrent que les dispositifs institutionnalisés, comme les groupes de mères ou les comités de gestion communautaire, permettent de structurer un dialogue entre communautés et prestataires. Rong et al. (2023) rapportent que certaines interventions *place-based* ont contribué à créer de nouveaux espaces de concertation intersectorielle entre habitants, professionnels de santé et acteurs publics (24).

Cyril et al. (2015) signalent que, dans certains cas, les projets participatifs ont conduit à une meilleure planification locale et à une reconfiguration partielle des priorités d'action en santé publique (8). Ces résultats révèlent la richesse, mais aussi la diversité, des effets associés aux pratiques d'engagement communautaire. Toutefois, leur ampleur et leur durabilité varient fortement selon les modalités de mise en œuvre, les contextes institutionnels et le degré réel de pouvoir accordé aux communautés.

En résumé, la revue de la littérature met en évidence la diversité des pratiques d'engagement communautaire, qui se déclinent selon plusieurs types : la co-construction, la mise en œuvre par les pairs, l'autonomisation et l'institutionnalisation. Ces approches ont été appliquées dans des contextes similaires à celui du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, notamment auprès de populations défavorisées, migrantes ou issues de minorités. Les facteurs de réussite incluent la confiance, l'ancrage culturel, la reconnaissance des savoirs citoyens et le soutien institutionnel. Toutefois, plusieurs obstacles persistent : déséquilibre de pouvoir, manque de ressources, participation symbolique ou difficultés organisationnelles. Malgré ces défis, les retombées observées sont positives : l'amélioration de la littératie en santé, l'accès amélioré aux soins, le renforcement du pouvoir d'agir et l'adaptation des services publics.

À la lumière de ces enseignements tirés de la littérature, cette étude propose d'analyser comment les différentes pratiques d'engagement communautaire se déclinent concrètement dans les interventions mises en œuvre par les professionnels de santé communautaire au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, auprès des populations défavorisées qu'ils desservent.

## 4 Cadre Conceptuel

En se basant sur les données tirées de la littérature, cette partie propose un cadre conceptuel qui permettra de dégager différentes facettes du travail de l'équipe santé publique et partenaires (SPP). Nous avons mobilisé trois cadres théoriques complémentaires pouvant éclairer les dynamiques d'engagement communautaire réalisés par les professionnels de l'équipe SPP du CCOMTL. Il s'agit de la *théorie de l'autodétermination*, la *théorie du Change Ball* et la *théorie du Community-Based System*.

La *théorie de l'autodétermination* permet d'éclairer la **motivation individuelle** des professionnels. Elle montre que l'implication des professionnels dépend de la satisfaction des trois besoins fondamentaux. Il s'agit de la compétence, de l'autonomie et des relations sociales (27). La *théorie du change ball* offre un **regard organisationnel** en mettant l'accent sur les comportements collectifs. Elle se base sur l'autonomie, la capacité et les opportunités. Elle met également en lumière l'importance de certains facteurs tels que le leadership, le travail en réseau, l'innovation et la gestion adaptative, qui constituent des piliers de succès des pratiques d'engagement communautaire (27). Enfin, la *théorie du community based system dynamics* insiste sur la **dimension systémique et interactive**. Elle permet d'identifier et de comprendre les boucles de rétroactions positives et négatives.

Elle met également en lumière l'importance des médiateurs. Enfin, plutôt que d'être mobilisées séparément, ces trois théories seront articulées pour offrir une lecture intégrée des résultats. Chacune éclaire un niveau d'analyse spécifique.

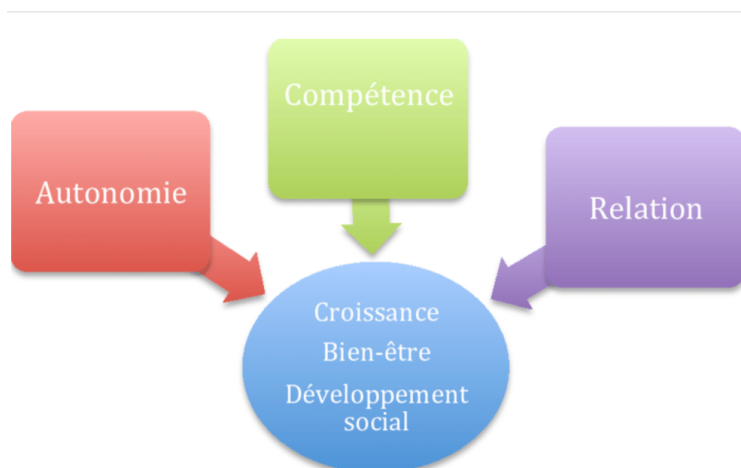


Figure 3 - Théorie de l'autodétermination

(Source : Le bien-être psychologique des enseignants du primaire et du secondaire des commissions scolaires francophones du Québec)

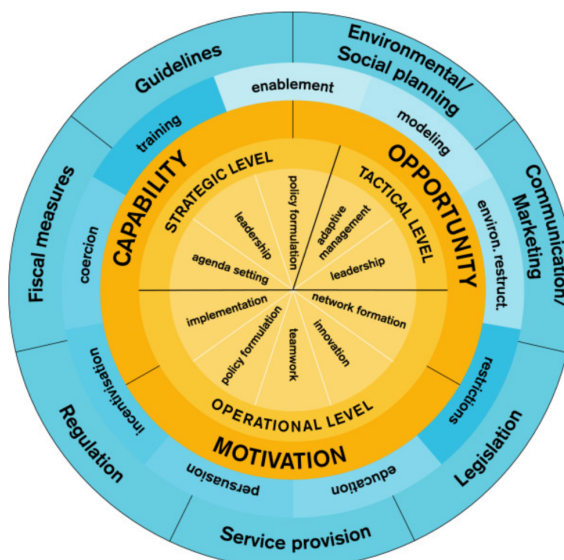


Figure 4 - Théorie du Change ball

(Source: Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity - the behavior change ball - Scientific Figure on ResearchGate)

## 5 Méthode de l'étude

### 5.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive fondée sur la réalisation de groupes de discussion. Cette approche a permis de recueillir les stratégies, les facteurs influenceurs ainsi que les retombées perçus des pratiques d'engagement communautaire par les professionnels de l'équipe de santé publique et partenariats du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce choix méthodologique se justifie par la volonté d'analyser les caractéristiques et les types de pratiques de développement communautaire mis en place par l'équipe SPP.

### 5.2 Contexte de l'étude

L'étude a été menée à Montréal, une ville qui abritait plus de deux millions de personnes en 2021. Avec une densité de plus de 4000 km<sup>2</sup>, elle est considérée comme la deuxième région la plus dense au Canada. Comme plusieurs grandes métropole, Montréal est un bassin de diversité ethnoculturelle. Quatre personnes sur dix s'identifient à une minorité visible. Une personne sur trois est issu de l'immigration (9).

Au sein de ce vaste territoire, le Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre une portion représentative de cette pluralité. En effet, il compte environ 358 680 habitants. Ce secteur se distingue par une population très diversifiée. Environ 4 personnes sur 10 sont nées à l'extérieur du Canada. Près d'une personne sur 6 y vit sous le seuil du faible revenu après impôt (1). Enfin, le contexte montréalais, caractérisé par une forte diversité culturelle et socio-économique, constitue un terrain pertinent pour analyser les dynamiques, défis et leviers d'une approche communautaire en santé.

### 5.3 Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude est constituée de professionnels et des gestionnaires qui travaillent au sein de l'équipe de santé publique et partenariats du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Il s'agit des organisateurs communautaires, des agents de planification, de programmation et de recherche (APPR), des infirmières en santé publique ainsi que les deux gestionnaires de l'équipe.

Ces professionnels sont directement engagés dans des initiatives visant à répondre aux problèmes prioritaires identifiés sur le territoire, notamment les conditions de logement, la sécurité alimentaire, l'accès aux soins de santé (y compris la santé mentale), les problématiques liées aux parcours migratoires, ainsi que le développement des enfants et des jeunes (12). Leurs expériences ont permis de documenter les pratiques d'engagement communautaire mises en œuvre, les stratégies déployées, les défis rencontrés, ainsi que les facteurs favorisant leur efficacité.

Pour cette étude qualitative descriptive, un échantillonnage raisonné a été utilisé afin de sélectionner des participants disposant d'une expertise pertinente en santé publique. Cette méthode vise à recueillir des données riches sur les pratiques de développement communautaire mises en œuvre auprès des populations desservies par l'équipe SPP du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Le recrutement a concerné 11 organisateurs communautaires (OC), 5 des agents de planification, de programmation et de recherche (APPR), une (1) infirmière en santé publique et 2 gestionnaires de l'équipe. Le recrutement a été facilité par les instances de coordination de l'équipe de santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-De-l'Île-de-Montréal.

En ce qui a trait aux critères d'inclusion de l'étude, il a été considéré tout professionnel œuvrant en santé publique sur le territoire du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Cela regroupe les professionnels de l'équipe SPP notamment des organisateurs communautaires, agents de planification, de programmation et de recherche (APPR), infirmiers en santé publique, et gestionnaires reliés à ces équipes.

#### 5.4 Collecte des données

Les données ont été recueillies au cours des discussions de groupe avec les professionnels de l'équipe santé publique et partenariats intervenant sur le territoire du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Les discussions de groupe ont été conduites à l'aide d'un guide repris en annexe 1. Il porte notamment sur les enjeux rencontrés dans le travail auprès des organismes communautaires, les stratégies mises en place, les facteurs influençant les stratégies ainsi que les retombées perçus par les professionnels. Cette méthode est appropriée pour approfondir les perceptions, expériences et pratiques des professionnels tout en laissant place à l'émergence de nouveaux thèmes pertinents

Les discussions de groupes ont été menés sur une période d'environ un mois allant du 17 juin 2025 au 10 juillet 2025. Ils se sont déroulés en ligne, via Microsoft Teams. Chaque rencontre a duré environ 120 minutes et a été enregistré avec le consentement préalable des participants. Les enregistrements audios ont été retranscrits intégralement à l'aide de No scribe, une application alimentée par l'intelligence artificielle. Ils ont été anonymisés afin d'assurer la confidentialité des propos et l'anonymat des personnes participantes.

#### 5.5 Analyse des données

L'analyse des données a reposé sur une approche thématique inductive combinant une démarche inductive. Cette approche permet de faire émerger des thèmes directement à partir des propos des professionnels, en tenant compte de leur expérience du terrain. Les transcriptions des entretiens sont lues à plusieurs reprises pour permettre une immersion dans les données. Une codification manuelle sur Nvivo 15 a été ensuite réalisée.

Des catégories ont été construites autour des thèmes préliminaires suivants :

- Enjeux rencontrés dans le processus de développement communautaire : ce thème porte sur les barrières sociales, culturelles, économiques ou institutionnelles identifiées par les professionnels dans leur travail avec les organismes communautaires (bénéficiaires directs) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Stratégies déployées pour rejoindre les organismes communautaires et la population générale : cette catégorie regroupe les différentes pratiques mises en œuvre sur le terrain

pour favoriser les initiatives de développement communautaire, telles que les approches participatives, les partenariats communautaires, les outils utilisés, les ajustements réalisés en fonction du contexte, contribution financière, accompagnement, utilisation des pairs, évaluation des actions.

- Facteurs facilitateurs du processus de développement communautaire : ce thème vise à explorer les conditions, ressources ou dynamiques qui, selon les professionnels, facilitent la mobilisation des populations visées et la mise en œuvre efficace des actions d'engagement.
- Obstacles et limites des stratégies existantes : ce thème permet d'identifier les contraintes rencontrées sur le terrain, les limites perçues des approches actuelles.
- Perception de l'efficacité et pistes d'amélioration : ce thème aborde les effets perçus des pratiques de développement communautaire, ainsi que les suggestions émises par les professionnels pour renforcer leur portée, leur pertinence ou leur pérennité.

Le processus d'analyse a suivi un cycle itératif, incluant des retours fréquents aux données brutes pour assurer la validité et la fidélité de l'interprétation. Enfin, des discussions avec les membres de l'équipe de recherche permettent de confronter les points de vue, enrichir l'analyse et renforcer la rigueur méthodologique.

## 5.6 Considérations éthiques

Les groupes de discussion réalisés respectaient la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat des personnes participantes conformément aux exigences des normes éthiques auxquelles l'équipe de recherche souscrivait. Toutes les données étaient dénominalisées. Aussi un pseudonyme a été attribué de manière aléatoire à chaque personne participante durant la collecte des données. Le fichier des pseudonymes et le dossier contenant les données brutes des personnes participantes n'ont pas été stockés au même endroit. Toutes les données collectées étaient stockées sur un SharePoint sécurisé de l'Institut Universitaire SHERPA. Seules les personnes qui travaillaient directement sur ce projet pouvaient y accéder. Les personnes autres que l'équipe de recherche de l'IU SHERPA devaient signer un engagement à la confidentialité.

Avant la réalisation des groupes de discussion, les participants avaient reçu un formulaire d'information et de consentement détaillant les objectifs de la recherche, les modalités de participation, ainsi que les mesures de confidentialité, d'anonymat ainsi qu'un rappel du

caractère volontaire de participation et des droits de retrait. Les personnes participantes étaient invitées à donner leur accord verbal avant le début des discussions de groupe.

## 6 Résultats

L'objectif principal de ce travail était d'analyser le processus des pratiques de développement communautaire mises en œuvre par les professionnels de l'équipe de santé publique et partenariats du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Pour répondre à cet objectif, nous avons réalisé des discussions de groupe avec les professionnels de la santé publique du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. L'échantillon était composé de 11 OC, de 5 APPR, d'une infirmière et de 2 gestionnaires. Nous avons utilisé une approche thématique inductive combinant une démarche inductive afin de recueillir fidèlement les expériences de ces professionnels sur le terrain. En effet, dans les 4 groupes de discussions, on a pu mettre en lumière des points centraux dans le processus des pratiques de développement communautaire. Les résultats seront présentés autour de 4 grands thèmes :

Le **profil et le contexte de travail des membres de l'équipe de santé publique** brosse un portrait institutionnel et organisationnel de l'institution. Il présente les caractéristiques des membres de l'équipe santé publique, leurs fonctions, leur dynamique interne ainsi que les contraintes et leviers rencontrés dans le cadre de leur travail.

Les **enjeux et le profil de la population du territoire** mettent l'emphasis sur les caractéristiques de la population générale ainsi que les facteurs de vulnérabilité auxquels ils font face. Les **pratiques de l'équipe de santé publique** abordent les différentes stratégies mises en place par les membres de l'équipe santé publique pour répondre aux besoins de la population générale à travers les organismes communautaires. Les **retombées perçues par les acteurs et les pistes de renforcement** mettent en lumière les résultats perçus par les professionnels dans le cadre de leur travail ainsi que des recommandations formulées pour améliorer la portée et rendre plus efficaces leurs pratiques.

### 6.1 Profil et Contexte de travail des membres de l'équipe de santé publique

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du CCOMTL) provient de l'abolition des agences de santé et des services sociaux(28). Il résulte de la fusion des centres de santé et des services sociaux (29). Il a pour objectif de fournir aux usagers un accès rapide et adapté à un continuum de soins, tout en tenant compte des besoins de chacun (12).

Le territoire Montréalais comporte cinq CIUSSS avec différents paliers de gouvernance. Chaque CIUSSS a la coordination d'une équipe locale en santé publique. Cette dernière est en conformité avec toutes les normes, les orientations, les lois du CIUSSS.

La population résidente du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal se distingue par plusieurs caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles. L'institution logée dans un milieu urbain couvre un territoire marqué par une hétérogénéité sociale. D'une part, on compte environ le tiers des plus riches de Montréal ; d'autre part, on a des quartiers accumulant de nombreux facteurs de vulnérabilité. Comme l'ont souligné plusieurs de nos professionnels :

C'est le CIUSSS au Québec qui est le plus traversé par des inégalités sociales. On entend souvent que c'est le CIUSSS le plus riche ou le plus favorisé matériellement. Mais quand on regarde en détail, en fait, c'est nous qui avons la plus grosse proportion de très riches (...). **(OC 01)**

Ces propos ont été complétés par un autre professionnel : « On couvre un grand territoire avec une grande disparité. On a des villes très très riches. Puis, on a des arrondissements très, très, très vulnérables socialement et économiquement. » **(APPR 01)**. Cette disparité contribue à accentuer les inégalités sociales.

Le territoire du CIUSSS se distingue par sa pluralité culturelle et linguistique. Il compte plus de 150 langues maternelles provenant de gens de plus de 10 pays. Les communautés sont très diversifiées. Ce cadre illustre les trouvailles de ce professionnel :

Je crois qu'il y a 150 langues maternelles différentes parlées sur notre territoire. J'ai essayé de faire le décompte des 10 pays, les principaux lieux de naissance des immigrants. J'arrive tout le temps avec des catégories autres qui sont plus nombreuses que les 10 que j'ai regroupées. C'est comme on est vraiment multiculturel au sens fort. **(APPR 02)**

Cette mosaïque de réalité se reflète dans la composition de certains groupes de la population générale. En effet, on compte des migrants, des autochtones, des inuits, des personnes en situation d'itinérance ou d'isolement. Ce portrait est rapporté par deux de nos professionnels :

Dans les catégories de personnes vulnérables, sur notre CIUSSS, c'est sûr que la présence de personnes autochtones et inuites est quand même très, très, très grande comparée à d'autres territoires (...) On a une grande proportion de personnes en situation d'itinérance (...), Des personnes en situation d'isolement, par exemple, des aînés(...) **(OC 02)** On est aussi un CIUSSS un petit peu en mutation, je dirais. Parce que traditionnellement, on a souvent dit que Parc Ex, c'était comme une plaque tournante où les nouveaux arrivants arrivaient. **(OC 01)**

Sur le plan organisationnel, l'équipe de santé publique du CIUSSS du CCOMTL faisant partie de la direction des services intégrés de première ligne, est relativement l'une des plus petites

du territoire. Elle compte environ 25 personnes. Une réalité qui est soulignée par plus d'un ( On est l'avant-dernière équipe la plus petite.) **(G01)**

Néanmoins, l'effectif réduit de l'équipe limite la capacité du personnel à être présent et à répondre à un plus grand volume de besoins comme l'a souligné ce professionnel :

(...) Et là, c'est vraiment nos effectifs qui ne sont pas assez nombreux pour que ces besoins-là se rendent à nous. Il y a des thématiques qui tombent dans la craque, mais c'est par manque d'effectifs. C'est sûr qu'ils seraient couverts si on avait plus de personnes dans l'équipe pour pouvoir soutenir davantage les organismes et les concertations. **(OC 03)**

Cependant, les membres de l'équipe restent très actifs à travers les demandes de services ponctuels.

En dépit de son effectif réduit, la diversité des formations de base et les années d'expérience enrichissent la dynamique de l'équipe. De fait, le personnel provient de parcours variés tels que le domaine de l'éducation, la santé, le travail social, la sociologie, les sciences politiques. Il en est de même pour l'expérience dans le domaine du développement communautaire. Elle varie entre 9 mois et 30 ans.

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est considéré comme étant l'un des pionniers à instaurer une collaboration fluide entre les APPR et les OC au sein de l'équipe santé publique. Selon un OC, l'équipe est composée d'organismes communautaires dont le rôle est de favoriser les relations avec les organismes communautaires et faire de l'intervention collective. À noter qu'au niveau des organismes communautaires, on a d'une part des OC quartiers qui sont au service de la communauté, ils partent des demandes de services venant des organismes communautaires pour répondre à un besoin spécifique. Leurs interventions sont marquées par la connaissance de l'historique du territoire et des partenaires. D'autres part, on a les OC programmes. Ils sont au service d'un programme mis en place par l'institution pour rejoindre la population. On peut nommer : le réseau des Éclaireurs, le programme Aire ouverte, ou le programme « Agir en sentinelle pour la prévention du suicide ». Cependant, l'APPR est un construit administratif du CIUSSS. Selon ce membre de l'équipe :

Les APPR, ils viennent compléter le travail qui touche la santé. Donc, eux, ils vont recevoir un rapport, par exemple, sur la sécurité alimentaire. Ils vont être en mesure de nous le résumer, de nous sortir les faits saillants, de mettre en lien avec certaines données de nos territoires. **(G01)**

La définition de cette pratique dépend de l'orientation de l'équipe et de la gestionnaire en place. Contrairement aux OC qui ont une pratique normée avec un cadre de référence, les APPR viennent plutôt en complément du travail des OC. Ils sont beaucoup plus liés à l'organisation plutôt qu'à la communauté.

Finalement, le travail de l'équipe de santé publique du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal se fait étroitement avec les organismes communautaires pour répondre aux besoins de la population. Par exemple, plusieurs d'entre eux travaillent avec les jeunes. Il s'agit notamment de PEYO, Jeunesse Unie qui sont des organismes de jeunesse qui œuvrent à Parc-Extension. Ils ont pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents de la zone avec un accent particulier pour les jeunes et leurs familles (30). C'est également le cas de Héberjeune avec qui l'équipe SPP a mis en place une stratégie de sensibilisation pour rejoindre les jeunes (31). On compte Philo-boxe. Il s'adonne à la promotion du sentiment d'appartenance chez les adolescents et les jeunes entre 12 à 18 ans provenant de milieux ethnoculturels variés. Il allie la boxe et la philosophie (32). Carrefour de liaison et d'aide multiethnique (CLAM), de son côté, travaille à développer des projets et des activités qui favorisent l'établissement et l'intégration socio-économique des personnes immigrantes (33). Il est plus à même de travailler avec la population immigrante d'Amérique du Sud donc hispanophone. Ces partenariats servent de maillons essentiels entre la population et l'équipe de santé publique du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

## 6.2 Spécificités dans les pratiques développement communautaire auprès des organismes communautaires

Toutefois, malgré la richesse du tissu collaboratif entre l'équipe de santé publique et les organismes communautaires, les professionnels se heurtent à des contraintes qui influencent la portée de leur travail. Tout d'abord, la rigidité de certains programmes institutionnels affecte l'adaptation des interventions au rythme et à la réalité des organismes communautaires. Un professionnel témoigne :

Le problème de certains programmes institutionnels, c'est qu'il y a une forme de rigidité qui fait que c'est incompatible avec les organisations communautaires, donc à nous de travailler ce lien en tant qu'organisation communautaire pour assouplir aussi certaines approches. **(OC 04)**

Un autre enjeu majeur se trouve dans la posture institutionnelle. En représentant le CIUSSS, les professionnels doivent trouver le juste milieu pour accompagner les bénéficiaires en leur laissant leur autonomie, sans toutefois imposer leurs directives au nom du CIUSSS. Comme l'exprime un autre membre de l'équipe :

Je me le fais dire aussi c'est comme si le CIUSSS débarque quelque part puis là, il faut un peu dealer avec le pouvoir institutionnel qu'il soit réel ou non dans des situations où on veut faire un mandat mais on ne veut pas paraître comme la personne de l'institution qui impose quelque chose non plus il faut respecter l'action communautaire autonome. **(OC 04)**

De plus, certains quartiers demeurent difficiles à investir. Ils n'ont ni table de concertation, ni organisme communautaire. Selon ce professionnel :

Nous, en organisation communautaire, il y a des secteurs qu'on délaisse complètement par manque d'ancrage communautaire, justement. (...) par exemple, s'il n'y a pas de concertation, s'il n'y a pas d'organisme communautaire, nous, on n'a pas d'emprise dans ces secteurs-là. **(OC 03)**

De plus, l'aggravation de facteurs de vulnérabilité telle que la violence chez les jeunes, est également une contrainte à laquelle doit faire face l'équipe SPP. À cela s'ajoute un affaiblissement au niveau des organismes communautaires fragilisés par un manque de ressources financières et humaines qualifiées. Un professionnel illustre cette réalité en affirmant cela :

Il y a vraiment une fatigue au niveau des organismes communautaires. (.) Il y a un manque de ressources financières et humaines qualifiées. Donc, on est dans un affaiblissement du réseau communautaire, qu'on se voit se désagréger vraiment rapidement. C'est un des gros obstacles parce que nous, on est là pour soutenir les organismes qui, eux, vont soutenir la population. Puis, d'année en année, on le voit très rapidement, cette dégringolade ! **(APPR 03)**

Il existe également un enjeu de communication lié à la diversité linguistique du territoire. Une partie importante de la population du CCOMTL est allophone, certains ne maîtrisent ni le français ni l'anglais, voire ne savent ni lire ni écrire dans leur langue maternelle. Cette situation complique l'accès à l'information et aux services. Pour les professionnels de la santé publique, l'enjeu réside dans la nécessité de produire des documents accessibles et de traduire les messages clés. Comme l'exprime ces deux professionnels :

Je dirais que la communication, surtout dans Parc Ex, la communication orale, elle est primordiale. Parce que ça arrive aussi que les familles sont allophones, mais parfois, malheureusement, elles ne lisent pas, elles n'écrivent pas non plus dans leur langue. Donc, ça rajoute aussi... Bon, je peux parler le Punjabi, mais je ne suis pas capable de le lire, je ne suis pas capable de l'écrire. Donc, si je n'ai pas avec moi quelqu'un qui parle Punjabi, le message qu'on veut me transmettre, malheureusement, je ne serais pas capable de l'avoir et je ne saurais pas de quoi il s'agit. **(OC 03)**

Le deuxième professionnel ajoute :

Il y a beaucoup d'allophones dans notre quartier. Donc si on arrive qu'on ne parle qu'anglais et français, nos affiches sont seulement en anglais et français avec un langage scientifique. Donc premièrement, ils ne vont pas comprendre et quand une personne ne comprend pas, c'est difficile de la rejoindre. **(APPR 03)**

Aussi, étant donné l'ampleur du CIUSSS, il est difficile pour les professionnels d'avoir l'image complète de toutes les ressources disponibles. La circulation de l'information connaît un net ralentissement avant de parvenir aux membres de l'équipe SPP. Cela est considéré comme un fardeau administratif. Un professionnel illustre cette contrainte en disant ceci :

Ce que j'ai observé c'est qu'il y a beaucoup plus d'agilité dans les organismes communautaires parce que c'est vraiment local. Mais une fois qu'on arrive à l'institution, il y a un grand fardeau administratif de communication, les choses se font moins rapidement. Il y a toujours des approbations d'un côté ou de l'autre. Et il y a aussi, vu que ça devient de plus en plus gros, les communications se brisent un peu et on ne peut pas avoir vraiment l'image globale de tout ce qui existe. Et dans des cas qui sont plus compliqués et qu'on n'a pas l'image de la vue d'ensemble de tous les services, c'est là qu'on trouve que la communication se brise, ce n'est pas juste. **(APPR 03)**

Enfin, les organisateurs communautaires se battent pour la reconnaissance de la légitimité et de la pertinence absolue de leur travail. Leur travail peut passer de la gestion d'une situation de crise à la mise en place de projets collectifs. Les résultats peuvent, parfois, mettre du temps à être quantifiés ou mis en lumière. Un premier professionnel explique :

Un enjeu pour nous, c'est aussi la reconstitution de la légitimité et la pertinence absolue du rôle de l'organisation communautaire. Puis, on est encore en train d'essayer de le vendre parce qu'en haut, dans la hiérarchie, (..) il se représente assez mal. **(APPR 02)**

Ces propos rejoignent ceux d'un deuxième professionnel :

Ça nous présente quelque chose de super important, la difficulté à rendre compte de notre travail. Autant en organisation communautaire que dans la grande équipe de santé publique, on est en prévention, en promotion, on travaille sur des enjeux complexes. Donc souvent, les résultats de notre travail, c'est dur à quantifier ou à mettre en lumière. Parfois, un O.C., ça va avoir permis de réduire une situation de crise, (..) d'éviter qu'une situation dégénère ou des choses comme ça. Parfois, c'est plus constructif aussi. On va aider à mettre en place des projets collectifs, à réunir des acteurs, à faire qu'ils travaillent mieux ensemble. C'est quand même notre action. On tient beaucoup à faire en sorte d'accompagner les gens, à ne pas avoir nécessairement un leadership. Ça rend vraiment parfois difficile de mettre en lumière nos actions. **(OC 01)**

### 6.3 Facteurs influençant le travail de l'équipe SPP du CIUSSS du CCOMTL

Au-delà des contraintes structurelles et institutionnelles précédemment évoquées, le travail des membres de l'équipe SPP est également influencé par des facteurs qui modulent les stratégies mises en place sur le territoire. Certains facteurs agissent comme des leviers facilitant l'atteinte des objectifs fixés. D'autres agissent comme des obstacles limitant la portée et l'efficacité des interventions.

L'adaptation des stratégies à la réalité du terrain est un levier indispensable au succès des pratiques de développement communautaire. Avant toute intervention, il est important d'évaluer la dynamique du quartier et de la population qui y séjourne. Les stratégies mises en place doivent être adaptées en fonction de la thématique et des caractéristiques de la population cible. Un professionnel illustre ce levier en disant ceci :

En tant que professionnels, ça nous demande vraiment d'avoir une adaptation. Chaque quartier a sa réalité, son fonctionnement, sa dynamique. Mais on a souvent besoin aussi d'analyser et de comprendre avant d'intervenir ou d'avoir certaines pratiques, de comprendre comment le quartier fonctionne, comment les communautés fonctionnent aussi. Par exemple, ce qui fonctionne à Parc Extension ne va pas fonctionner à Côte-des-Neiges et inversement. Donc, c'est une constante recherche de stratégie, je dirais, pour atteindre nos objectifs. **(OC 03)**

Une autre intervenante renchérit :

*Il y a une différence surtout au niveau des origines aussi des familles dans lesquelles ils sont issus. Par exemple, à Parc extension on va savoir que l'approche est très différente selon les thématiques abordées beaucoup en lien avec la sexualité et les relations saines chez les jeunes. On va être abordées très différemment d'un groupe à l'autre, que ce soit garçon ou fille. On le voit dans les dynamiques, on le voit dans les activités qui sont proposées (..) des activités qui vont être spécifiquement orientées pour les filles jeunes filles, les jeunes femmes. **(OC 05)***

Pour être plus efficace, il est important pour les professionnels de la spp de partir des besoins de la population et proposer des solutions (approche *Bottom-up*). Comme le décrit ce professionnel :

Il faut aller et leur demander quels sont leurs enjeux. Et maintenant, on part de là et on remonte les enjeux. On part de leurs besoins. C'est sûr que ce n'est pas toujours le cas, mais il faut essayer de le faire le plus possible. **(OC 03)**

D'autre part, il faut s'assurer que les stratégies de communications soient adaptées. Cette adaptation doit prendre en compte leur compréhension et interprétation de certaines thématiques.

L'établissement de partenariats et des liens de confiance entre les organismes communautaires et les membres de l'équipe SPP sont des conditions sine qua non pour la réussite des interventions de développement communautaire. Comme susmentionné, les organismes communautaires servent de pont entre l'institution et la population. Ce professionnel résume la situation par ses propos :

J'ai besoin quelque part de me fier aux organismes communautaires, sachant qu'ils connaissent la population qu'ils desservent. Donc, ils auront pas mal de caractéristiques pour me dire quelles

communautés tu dois intervenir de telle façon, ou tu dois les approcher de telle façon. Donc, cette relation avec l'organisme, elle est primordiale. **(OC 04)**

Sur cette même lancée, ce professionnel intervient en disant ceci :

C'est bien d'impliquer les leaders communautaires, les leaders religieux, pas seulement pour l'enjeu de la langue, mais aussi pour l'influence que ces leaders communautaires religieux ont dans cette communauté spécifique. **(OC 03)**

On peut conclure que l'implication des leaders communautaires est nécessaire pour faciliter la mobilisation et l'acceptation des citoyens. Toutefois, l'intérêt et l'adhésion des organismes communautaires, de la population dépend de la pertinence du projet. Aussi, si un projet s'inscrit dans les priorités stratégiques des organismes communautaires, s'il répond aux besoins de la population et dispose de ressources humaines et financières stables, ses chances de réussite s'accroîtront.

À cela s'ajoute l'historique de la mobilisation qui constitue un facteur important dans l'instauration des démarches participatives au sein de la population. En effet, le niveau d'ancrage en mobilisation communautaire varie d'un quartier à l'autre. Certains territoires possèdent un passé riche en concertation, ce qui facilite la mobilisation citoyenne.

Les interventions s'y déploient plus aisément et le partenariat avec les organismes communautaires se fait plus facilement. Un membre de l'équipe met en avant ce levier :

Si on arrive dans un quartier où on voit qu'il y a une forte concertation aussi entre les partenaires, il y a peut-être moins de frictions. Cela va nous permettre aussi, de proposer des solutions. En plus que ça corresponde à leurs besoins, ça peut nous faciliter la tâche aussi pour déployer ce qu'on a à déployer. **(OC 04)**

En dépit de tous les leviers et obstacles mentionnés, il n'existe pas de méthodes préétablies pour favoriser le succès d'une intervention selon ce professionnel : "On cherche à être le plus, avoir la meilleure compréhension possible de l'écosystème dans lequel on est, sur lequel on veut travailler. On essaie de développer ça en conséquence." **(APPR 01)**

#### 6.4 Profil, enjeux et défis de la population cible du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La population du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal est reconnue pour sa diversité culturelle et ethnique. Pour certains professionnels de l'équipe SPP, elle est résiliente et riche en expérience. D'autres la qualifie de défavorisée à cause des différents enjeux et défis qu'elle rencontre. Les organismes communautaires du territoire sont respectés pour leur agilité qui se manifeste par leur capacité à s'adapter.

Sur le plan socio-économique, la population fait face à une grande disparité. Certains territoires densément peuplés ont plus besoin de soutien et d'accompagnement que d'autres. Par exemple Westmount, l'un des quartiers les plus aisés du territoire du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, se caractérise par une concentration de ménage à revenu élevé. Cependant, Parc-Extension, est composé d'une population accumulant des facteurs de vulnérabilités. Cela rejoint les propos d'un membre de l'équipe SPP :

Nous avons des réalités très distinctes, des gens qui sont extrêmement fortunés, qui vivent dans des condos de luxe avec beaucoup d'infrastructures et des gens qui vivent dans de vieux bâtiments, centre-ville, avec des enjeux comme l'insalubrité. Ces quartiers ont peu d'HLM, une situation qui ne favorise pas la mixité sociale. **(APPR 01)**

La même disparité se retrouve dans le domaine de la santé. Certains ont un accès fluide aux services de santé et de réseaux sociaux, d'autres se heurtent à des barrières systémiques qui les empêchent de jouir de ce privilège. Ce contexte diversifié empreint de disparité façonne la réalité de la population locale. Il influence les besoins des bénéficiaires ainsi que les stratégies mises en place par les professionnels du CIUSSS.

Cette dynamique met en lumière les contraintes existantes. Les données recueillies révèlent les différents enjeux et défis socioculturels, administratifs qui affectent les conditions de vie des bénéficiaires du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Parmi eux, l'itinérance, la rareté des logements et le surpeuplement sont des problématiques récurrentes. Il existe également des habitats insalubres dans certaines zones, comme le rapporte ce professionnel :

Je dirais la première chose qui me vient en tête ce sont les situations en lien avec le logement ça fait des années (.) Côte-des-Neiges est un peu réputé aussi pour avoir des enjeux au niveau de la salubrité des logements. Il y a également des punaises de lit, des vermines, des rats, des moisissures. Tous ces enjeux peuvent avoir un impact autant sur la santé physique que mentale (...) Il y a beaucoup de gens qui sont en situation de surpeuplement. Beaucoup de personnes, plusieurs familles parfois habitent des logements trop petits (...) Il y a des situations d'itinérance qui sont en augmentation dans le Côte-des-Neiges. Il y a un enjeu très important au niveau du logement.

**(APPR 01)**

À cela s'ajoutent des préoccupations sur la sécurité alimentaire. En effet, les organismes communautaires demandent de l'aide à ce sujet auprès du CIUSSS même si les enquêtes sur le terrain témoignent d'une autre réalité comme le dit ce professionnel :

Il y a par exemple les enjeux de la sécurité alimentaire. On n'a pas de demande en ce moment, et on n'est pas présent sur le territoire pour soutenir des initiatives en sécurité alimentaire, mais quand on rencontre l'équipe du 811, ils nous disent que ça fait partie d'une des demandes principales pour lesquelles les gens appellent le 811, c'est pour avoir du dépannage alimentaire, avoir accès à des ressources. **(OC 02)**

Pour expliquer cela, ce professionnel apporte un avis complémentaire :

Il y a eu des consultations auprès des résidents puis c'est vraiment pas du tout ressorti il y a plusieurs hypothèses. Parfois c'est un peu peut-être gênant à prime abord d'aborder des enjeux de sécurité alimentaire avec des inconnus pour des sondages comme ça. Il y a quelque chose peut-être de la dignité qu'on ne peut pas trop révéler. **(OC 03)**

En plus de ces vulnérabilités économiques, certains gens vivent dans des zones enclavées par des réseaux routiers. Ils subissent davantage les effets des changements climatiques. D'autres gens, comme une partie de la communauté juive, adoptent un mode de vie centré sur elle-même. Elle priorise les ressources internes, ce qui limite l'interaction avec les structures publiques.

Finalement, malgré le vieillissement de la population, la proportion de jeunes dans ces communautés est non négligeable. Selon OC 05, ils font face à de nombreux défis autour de la santé mentale, le rendement scolaire, l'environnement familial et social. Une augmentation de la violence a également été notée.

Sur le plan socioculturel, on a relevé un manque de confiance entre la population et les représentants de certaines institutions comme la police. Les propos d'OC 04 illustrent la complexité de la situation :

Lorsqu'on organisait des activités, on invitait la police très souvent pour le rapprochement communauté-police. Et il y avait beaucoup de fois des réactions de certaines communautés parce que dans leur pays, la police est corrompue. La police, c'est la répression. On mettait une auto de police dans un parc pour que les enfants découvrent et puis ils posaient des questions. Mais des fois, les familles n'approchaient pas trop parce qu'ils ont justement ce passé ou ce background ou les relations avec l'autorité ou les institutions étaient très, très difficiles.

Ce décalage s'observe également avec les intervenants du CIUSSS sur certaines thématiques notamment la santé mentale, physique et sexuelle (Faire comprendre déjà à la personne que ton enfant a un problème et que la personne l'accepte, c'est vraiment compliqué !) **(APPR 03)** Ceci témoigne des subtilités culturelles qui peuvent alourdir les interventions. De plus, aussi bien pour les professionnels que pour la population locale, la barrière linguistique représente un frein majeur. Elle influence toutes les sphères de leur vie.

Cet obstacle combiné à des barrières administratives et institutionnelles comme l'assurance maladie, crée des difficultés d'accès, de compréhension de l'information et des ressources disponibles.

Toutefois, plusieurs événements et dynamiques ont influencé l'émergence et la persistance des contraintes susmentionnées. En effet, la pandémie de la Covid-19 a accentué les inégalités préexistantes en fragilisant davantage les plus défavorisés. La situation sociopolitique dans certains pays, les contextes de guerre, l'élection du nouveau président des États-Unis et sa politique migratoire ont joué un rôle important dans les tensions locales et dans la venue de

nouveaux arrivants. Finalement, les politiques publiques canadiennes actuelles et les discours anti-immigration ont un impact considérable sur les conditions de vie de cette population.

Selon les professionnels du CIUSSS, les enjeux et défis présents sur le territoire se sont intensifiés et sont devenus plus visibles avec le temps. Les problématiques tels que le logement, l'insécurité alimentaire ou l'accès à l'emploi ont évolué de manière exponentielle depuis la pandémie de la Covid 19. Les nouveaux arrivants et les personnes à statut précaire en sont les plus atteints. Parallèlement, l'appauvrissement de cette population a fait renaître des problèmes dites maîtrisés tels que le dépannage alimentaire et vestimentaire. Cette situation en pleine croissance exerce une pression sur les structures de services publics, qui peinent à répondre aux besoins. À cela s'ajoutent de nouveaux défis tels que l'itinérance en croissance depuis 2020, des tensions sociales dans les quartiers à cause des guerres dans les pays natals. Chez les jeunes, les problématiques se sont transformées. Le temps d'écran et la participation citoyenne deviennent prioritaires.

Enfin, les disparités entre les classes sociales se creusent. Les défis et les enjeux diffèrent. Si la classe fortunée connaît l'isolement et le vieillissement, la classe à faible revenu fait face à la précarité et l'émergence des besoins de base.

Pour répondre aux besoins de la population du territoire, l'équipe santé publique et ses partenaires ont mis en place plusieurs stratégies et interventions ciblées. Par exemple, il y a des ateliers de formation et de sensibilisation pour faciliter l'accessibilité aux services de santé et des services sociaux. Il y a également des partenariats sur l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité comme les jeunes femmes enceintes.

Du côté des jeunes, des interventions sont mises en place avec l'agence Ometz pour soutenir ceux qui font partie de la communauté LGBTQ+. L'équipe puise également de ses ressources pour faciliter le travail. Il convient de citer le programme Aire ouverte du CCOMTL qui dispose de deux sexologues, un ergothérapeute et deux nutritionnistes. Il vise à rejoindre les jeunes de 12 à 25 ans marginalisés, vulnérables, ou réticents à consulter le réseau de la santé (34). Dans le cadre de l'inclusivité, il y a un début de partenariat avec la Black Community Association pour rejoindre davantage la communauté des jeunes noirs et les aider à être affiliés au réseau de la santé. Finalement, des fonds sont disponibles pour encourager l'autonomisation des jeunes.

En complément de ces initiatives, l'équipe de santé publique du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec ses partenaires, met en place des pratiques pour favoriser le développement communautaire. Ces derniers seront développés au point suivant.

## 6.5 Pratiques de l'équipe de santé publique

Si pour la majorité de l'équipe SPP du CIUSSS le terme d'engagement communautaire est peu connu, ils utilisent néanmoins d'autres concepts qui répondent à la définition de l'OMS. Ils font notamment référence au développement communautaire, la participation citoyenne et l'action communautaire. Pour certains, le développement communautaire renvoie au travail collectif, par et pour la communauté en utilisant une approche ascendante (*Bottom-up*).

Selon l'équipe de la santé publique, leur collaboration avec les organismes communautaires constitue la principale porte d'entrée pour rejoindre la population. Cette relation, construite sur la durée, repose sur l'entretien des liens de confiance. Elle permet de déployer des initiatives co-construites, ce qui favorise leur acceptation par la communauté. Un membre de l'équipe explique :

Avec le programme des Éclaireurs, la stratégie qu'on a trouvée pour rejoindre la population, c'est d'abord établir des ententes de partenariat avec des organismes communautaires ou dans certains territoires. Ce qui permet qu'on collabore pour déployer la mesure et de rejoindre la population, puis aussi de promouvoir les services en santé mentale. Donc ça, c'est une façon qu'on a trouvée qui est quand même efficace de rejoindre parce que c'est comme si la communauté portait ce projet-là.

Donc c'est comme plus accepté par la communauté. **(OC 06)**

Certains professionnels se retrouvent parfois à côtoyer la communauté lors des fêtes de quartier, d'événement jeunesse ou dans des activités organisées par des partenaires communautaires :

Moi, dans mon mandat, c'est sûr que je vais travailler avec les organismes communautaires. Mais au bout d'un moment, je me suis rendu compte quelquefois que j'avais peut-être besoin d'aller aussi directement vers la population pour parler de ce qu'on offre au niveau des points de service locaux. (...) Donc, la meilleure façon de le faire pour moi, c'est de me retrouver dans des événements de la communauté. C'est de se retrouver dans des fêtes de quartier, donc de pouvoir parler directement, d'aller dans les écoles de francisation, d'aller diversifier un petit peu les moyens ou je dirais les stratégies d'approche. **(OC 04)**

D'autres participent à des tables de concertation, à des consultations, interviennent ou animent des ateliers. Ils mettent parfois en place des initiatives d'outreach à la demande des organismes communautaires, ou participent à des visites conjointes avec d'autres institutions comme la police. En somme, ils priorisent l'aller-vers la population.

Toutefois, tout comme les besoins, les stratégies varient d'un quartier et d'une communauté à une autre. De ce fait, il n'y a pas de protocole préétabli pour les rejoindre. Il est important de tenir compte de leur réalité, de leurs différences et de leurs besoins.

Toutefois, les stratégies déployées par les professionnelles de la SPP permettent de mettre en place des initiatives pour améliorer les conditions de vie de la population. Elles concourent à faire un état des lieux et permettent de recevoir les demandes de services des organismes communautaires. Cependant, les ressources humaines et financières de l'institution ne sont pas toujours suffisantes. Pour cela, il existe des méthodes de priorisation qui reposent sur un processus structuré et adapté au cas par cas. Selon les membres de l'équipe, les APPR n'ont aucun pouvoir décisionnel. Il revient aux gestionnaires d'analyser, d'évaluer la pertinence des demandes et la faisabilité des interventions. La décision finale est prise à partir d'un formulaire rempli par les organismes communautaires. Il permet de préciser les besoins et aides à la proposition d'un plan d'intervention adapté. Cette démarche est expliquée par l'une de nos gestionnaires :

On a des outils d'analyse, on a un processus. Donc, quand la demande de service est faite, il y a un formulaire, il y a une analyse plus poussée qui est faite. Et presque systématiquement, l'organisateur communautaire qui analyse la demande contacte le demandeur pour valider, questionner, clarifier, parce que des fois, ils veulent le soutien. Bien là, nous, on vient un peu préparer le plan d'intervention qui serait recommandé pour soutenir cette demande-là. Et c'est dans le formulaire d'analyse-là, une fois qu'il est complété, on forme une petite rencontre ad hoc. Donc, la coordonnatrice professionnelle, l'OC qui a analysé, puis un ou deux membres de l'équipe. Ça peut être un OC du quartier ou d'où vient la demande. Ça peut être un OC qui a porté un projet similaire ou qui a une expertise sur la demande. Donc, on est trois ou quatre personnes à évaluer la demande. Et selon les besoins qui sont émis, selon l'analyse qui est faite, l'organisme va être priorisé ou mis sur une liste d'attente en priorité ou pas. **(G01)**

Toutefois, il n'existe aucune grille de critère systématique. Cependant, toutes situations touchant la santé des personnes sont traitées automatiquement.

## 6.6 Retombées observées et pistes de renforcement

Selon les professionnels de l'équipe SPP, la plupart des retombées ne peuvent être observées sur le court terme :

C'est souvent compliqué et ce n'est pas toujours évident d'avoir des retombées tout de suite parce que le travail pour atteindre l'amélioration des conditions de vie et de santé, c'est un travail de longue haleine. **(APPR 03)**

Cependant, certains décrivent plusieurs mécanismes pour évaluer les stratégies mises en place. Un premier dispositif repose sur le plan opérationnel dérivé du PARI. Ce plan sert de référence aux personnels pour planifier les interventions et suivre leur avancement.

En parallèle, les organismes communautaires avec l'équipe de santé publique font le bilan de tous les objectifs atteints à la fin de chaque prestation de service.

Grâce à ces outils, certains professionnels indiquent que des changements peuvent être visibles au bout de plusieurs années, notamment dans le cas de projets pouvant influencer les politiques de santé. Sur le court terme, une participation accrue à des ateliers de formation dans un programme constitue un indicateur positif des stratégies déployées par les personnels de la SPP.

À l'échelle des organismes communautaires, un changement de perception vis-à-vis d'un programme de vaccination est considéré comme une retombée positive. La reconnaissance du travail des professionnels à l'interne, constitue également une retombée significative.

À l'issue des discussions de groupe, les membres de l'équipe SPP ont formulé plusieurs pistes de solution pour améliorer leurs pratiques sur le terrain. Ils recommandent une collaboration plus étroite entre le personnel. Ils insistent sur la nécessité que la prévention et la promotion de la santé soit reconnue comme une responsabilité partagée par tous. Un meilleur soutien financier et humain aux organismes communautaires est jugé important. Il en est de même pour les organisateurs communautaires afin de réduire les pressions liées aux urgences. Enfin, ils plaident pour le développement d'indicateurs qualitatifs et locaux, plus de reconnaissance de leur travail, ainsi que la préservation de leur autonomie professionnelle.

## 7 Discussion

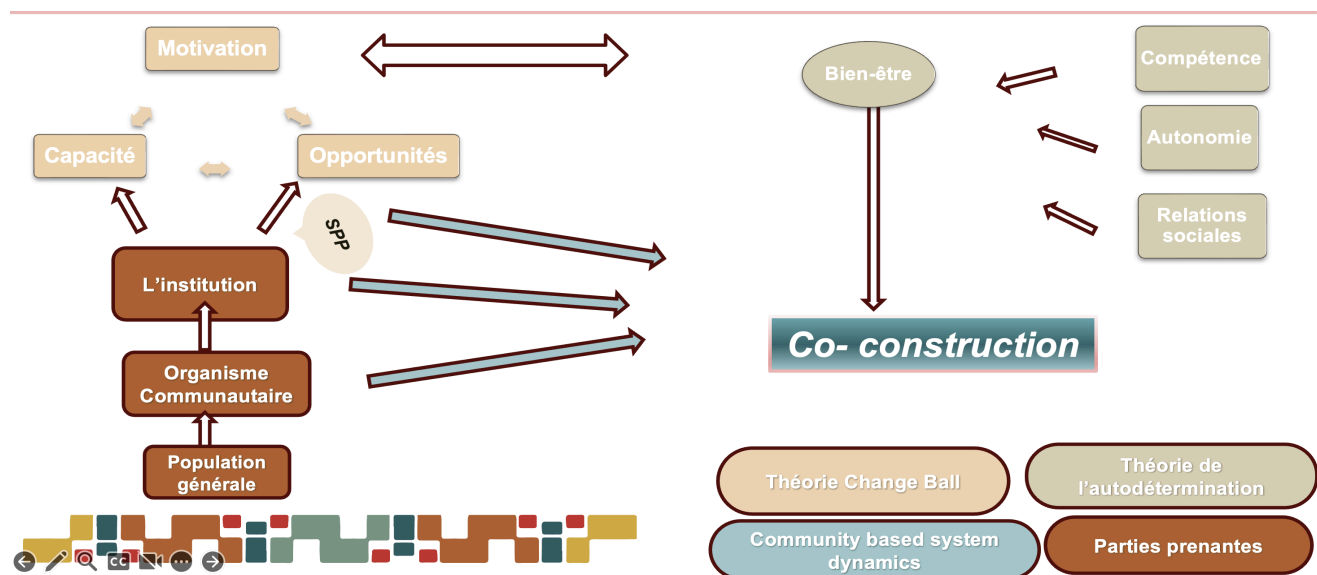


Figure 5 : De la population à la co-construction : Intégration de trois théories d'engagement communautaire

L'objectif de ce travail était d'analyser le processus des pratiques d'engagement communautaire mises en œuvre par les professionnels de la santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Les résultats mettent en lumière des stratégies d'engagement communautaire dans un contexte de fortes disparités socio-économiques et culturelles.

Dans cette discussion, nous analysons les résultats du travail en les mettant en perspective avec des modèles théoriques (théorie de l'autodétermination, théorie du *change ball*, théorie de la *community-based system dynamics*). Ils permettront de comprendre les dynamiques observées dans le contexte du CCOMTL. Enfin, ils participeront à dégager des apports ainsi que des pistes de réflexions.

Les membres de l'équipe de santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal se distinguent par leur diversité. En effet, ils ont des profils de formation très variés. Leurs expériences diffèrent également dans le domaine communautaire. De plus, les tâches se partagent entre les APPR et les OC. Cette dynamique est favorable aux bénéficiaires.

Elle permet premièrement d'aborder les problématiques avec une meilleure connaissance de la réalité du terrain. Elle mobilise une expertise complémentaire en matière de recherche, de planification et d'intervention. Finalement, elle contribue à apporter une réponse qui repose sur une perspective et une approche multidimensionnelle.

Cette dynamique peut être éclairée par la **théorie de l'autodétermination**. Elle démontre que le bien-être dépend de la satisfaction de trois besoins fondamentaux. Cet état conditionne l'engagement des acteurs. Il s'agit de l'autonomie, de la compétence et des relations (35). Par rapport au contexte étudié, l'état de bien-être agit comme un levier essentiel dans le processus d'engagement communautaire des professionnels (27). D'une part, la diversité des profils et les années d'expérience renforce la compétence des membres de l'équipe. D'autre part, la collaboration au sein de l'institution et avec les organismes communautaires favorise de bonnes relations au travail.

Cependant, la posture institutionnelle et le manque de reconnaissance du savoir expérientiel limite leur autonomie. Ce gap peut tendre vers la fragilisation de leur sentiment d'efficacité.

Toutefois, si la théorie de l'autodétermination permet de comprendre les moteurs individuels de l'engagement des professionnels, elle ne suffit pas à expliquer l'articulation des dynamiques au niveau organisationnel. La **théorie de Change Ball** y apporte un éclairage complémentaire. Elle met en avant trois dimensions : la capacité, l'opportunité et la motivation (27). Ces derniers conditionnent les comportements organisationnels collectifs et s'alignent avec les besoins fondamentaux identifiés par la théorie de l'autodétermination. La capacité rejoint la compétence, l'opportunité renvoie à l'autonomie et la motivation est étroitement liée aux relations.

Par rapport au contexte analysé, la capacité est fragilisée par le manque de ressources humaines et financières mais, renforcée par la diversité des profils et des expertises.

Les opportunités se traduisent par les partenariats, l'implication des leaders (pairs) et les tables de concertation. Bien que les limites institutionnelles diminuent parfois la portée des interventions. Enfin, les stratégies de co-construction avec les organismes communautaires nourrissent les relations de confiance qui stimulent la motivation collective. Cependant, elle peut être fragilisée par le manque de reconnaissance du savoir des organisateurs communautaires.

Parallèlement, certains piliers de la théorie du change ball permettent de déterminer des points clés dans la dimension organisationnelle. Il s'agit du leadership, du travail en réseau et de l'innovation.

Dans ce travail, l'ouverture des gestionnaires aux recommandations de leurs équipes fait penser à un leadership non centralisé. Le travail en réseau se traduit par des collaborations intersectorielles. Enfin, l'innovation se traduit par les différentes pistes de recommandation des professionnels tels que le développement des indicateurs locaux pour mesurer l'impact réel de leurs interventions.

Ainsi, la théorie de l'autodétermination et du change ball montre que l'engagement communautaire ne repose pas uniquement sur la motivation individuelle. Elle se construit à l'intersection des dynamiques individuelles et organisationnelles.

La mise en œuvre des pratiques de l'équipe SPP est confrontée à des contraintes structurelles et institutionnelles. Parmi les plus récurrentes, on compte la rigidité institutionnelle, l'affaiblissement progressif des organismes communautaires et les difficultés en matière de communication. En effet, la présence du cadre institutionnel limite l'adaptation des interventions au rythme et à la réalité des organismes communautaires. Casseti et al. ont soulevé des remarques similaires. Cette présence a été vue comme une entrave au pouvoir d'agir local, car la décision risque d'être verrouillée entre les mains des professionnels (19). En ce sens, les contraintes identifiées ne sont pas uniquement des obstacles mais, elles peuvent devenir des points d'appui pour améliorer les pratiques. Cependant, il serait mieux d'intégrer davantage les savoirs locaux dans la prise de décision.

De plus, cette situation fait ressortir que le succès des pratiques de développement communautaires repose autant sur des transformations structurelles et institutionnelles que sur l'utilisation de méthodes en place.

Les résultats de ce travail montrent également que l'engagement communautaire ne peut être compris comme une série d'actions isolées. Il s'inscrit plutôt dans un système complexe dont les interactions sont interdépendantes. La **Community-Based System Dynamics (CBSD)** offre une grille d'analyse pouvant expliquer cette dynamique. Elle repose sur l'idée que les phénomènes sociaux et de santé sont le résultat d'interactions entre acteurs, de ressources et contextes.

Elle utilise les boucles de rétroaction pour comprendre le mécanisme des facteurs qui influence la dynamique collective. Elle intègre également la méthode du *Group Model Building*, qui mobilise les acteurs clés et facilite la co-construction des interventions (27).

Également, les résultats mettent en évidence des boucles de rétroaction positives. Les partenariats avec les organismes communautaires, l'utilisation des pairs, les stratégies de communication, l'approche ascendante (Bottom-up), les liens de confiance instaurés avec les organismes communautaires sont des leviers qui contribuent à mobiliser la participation citoyenne. Néanmoins, plusieurs contraintes structurelles et institutionnelles sont identifiées. Par exemple, il y a la rigidité de certains programmes, la lourdeur administrative, les enjeux de communication, l'affaiblissement de certains organismes communautaires et le manque de ressources humaines et financières.

Ces contraintes peuvent être interprétées comme des boucles de rétroaction négative qui limitent l'autonomie et la marge de manœuvre des professionnels. Dans ce cas, elles freinent l'adaptation des interventions au rythme des organismes communautaires et fragilisent la capacité de mobilisation.

Certains de ces facteurs négatifs ont un effet direct sur la temporalité des retombées. En effet, les professionnels soulignent la difficulté de mesurer les effets des interventions à court terme. Cela tient en partie à la nature des dynamiques sociales. Elles nécessitent du temps pour produire des effets tangibles comme l'autonomisation des bénéficiaires ou l'influence sur les politiques publiques. Toutefois, cette temporalité est conditionnée par des facteurs structurels notamment le manque de pérennisation des ressources humaines et financières. La CBSD permet de comprendre que la durabilité des retombées ne dépend pas uniquement du temps. Elle dépend également de la capacité du système à maintenir et stabiliser les ressources nécessaires au processus.

Enfin, le rôle des organismes communautaires apparaît central dans ce système. Ils sont des médiateurs essentiels entre l'institution et la population. Leur implication assure la représentativité des interventions. Elle permet également de co-construire des solutions face aux défis et enjeux de la population. Ce rôle de médiateur devient d'autant plus important dans les quartiers dépourvus de structures locales, de tables de concertation ou d'organismes communautaires.

Pour conclure, il est impossible de définir une bonne pratique universelle. Les interventions doivent s'adapter aux contextes locaux, aux ressources disponibles, aux dynamiques communautaires et aux objectifs spécifiques poursuivis.

L'ensemble de ces modèles théoriques montrent que l'engagement communautaire ne peut être réduit à des initiatives ponctuelles, mais doit être compris comme un processus multidimensionnel, soutenu à la fois par les individus, les organisations et les systèmes.

## 8 Conclusion

Ce travail a été mené dans le but de comprendre et d'analyser les pratiques d'engagement communautaire du point de vue des professionnels en santé publique et communautaire. Il a permis d'explorer la réalité des membres de l'équipe de santé publique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

En premier lieu, une synthèse de la littérature sur les pratiques d'engagement communautaire réalisées dans des contextes similaires à ceux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été conçue. Ensuite, un volet empirique qui consiste à réunir les perceptions des membres de l'équipe SPP a été mis sur pied. La collecte des données de ce travail a été effectuée à l'aide de discussions de groupes avec 11 OC, 5 APPR, une infirmière et de 2 gestionnaires. Enfin, en complément à ces entretiens, les résultats ont été analysés en perspectives avec des modèles théoriques en engagement communautaire.

Cette démarche a facilité l'explication des dimensions individuelles, organisationnelles, systémiques et interactives des pratiques des professionnels du territoire.

### 8.1 Synthèse des résultats

Les résultats montrent que les pratiques d'engagement communautaire reposent sur une dynamique organisationnelle multiple. La diversité des profils et l'expérience variée des professionnels favorisent la complémentarité des expertises et l'élaboration des interventions multidimensionnelles. Toutefois, cette dynamique est freinée par plusieurs obstacles structurels, organisationnels et institutionnels. On peut citer notamment la rigidité de certains programmes, la lourdeur administrative, les enjeux de communications, le manque de reconnaissance du savoir expérientiel des organisateurs communautaires. Le manque de ressources humaines et humaines accentue également ces difficultés.

Par ailleurs, plusieurs leviers semblent favoriser le succès des interventions. Il s'agit de l'adaptation des stratégies et des moyens de communication à la réalité locale, l'établissement de liens de confiance, l'ancrage local, l'historique de mobilisation et l'implication des pairs. Lorsque ces facteurs sont présents, ils favorisent la participation citoyenne. Néanmoins, certains éléments peuvent agir comme des leviers ou des freins notamment l'intérêt manifesté par les organismes communautaires et de la population.

L'analyse théorique a permis d'apporter un élément complémentaire. La théorie de l'autodétermination a montré que la motivation et l'engagement des professionnels dépendent de trois besoins fondamentaux.

Il s'agit de l'autonomie, de la compétence et des relations. La recherche-action-participative rappelle la nécessité de co-construire afin de transformer les contraintes en leviers pour le bien de la communauté. La community-based-system-dynamics met en lumière les interconnexions entre les freins et les leviers. Finalement, la théorie du change Ball a permis de démontrer que l'engagement des professionnels ne dépend pas uniquement de la motivation personnelle. Elle occupe également une dimension organisationnelle.

## 8.2 Limites du travail

Sur le plan méthodologique, ce travail présente certaines limites qu'il convient de souligner. L'approche qualitative permet d'avoir une compréhension des pratiques des professionnels, cependant, les résultats sont empreints de subjectivité. Elle limite la possibilité de généraliser l'étude à d'autres contextes. La prédominance de perceptions convergentes parmi les participants a limité la possibilité d'explorer des perspectives contradictoires. De plus, l'analyse repose sur le point de vue des professionnels de l'équipe SPP.

Les avis des autres parties prenantes tels que les organismes communautaires n'ont pas été pris en compte dans le cadre de cette partie du projet. Ceci restreint la diversité des perspectives mobilisées. Enfin, le temps attribué à la réalisation de ce travail a été relativement court. Ceci a peut-être laissé passer certains aspects de la thématique, et n'a pas permis d'observer les retombées qui sont visibles sur le long terme.

## 8.3 Les Contributions de l'étude

Cette étude contribue à enrichir la compréhension des pratiques d'engagement communautaire dans un contexte marqué par une forte disparité socio-économique et culturelle. Elle met en évidence les leviers et les obstacles auxquels font face les professionnels du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En mobilisant plusieurs modèles théoriques, elle propose une grille d'analyse intégrant les dimensions individuelles, organisationnelles et systémiques. Enfin, elle propose des pistes pratiques pour améliorer la pertinence et la qualité des interventions.

## 8.4 Les Perspectives de recherche

Pour la suite du projet, il serait pertinent d'inclure la perspective des organismes communautaires. Ceci permettra de croiser les points de vue et de mieux saisir les dynamiques d'engagement communautaire. Par ailleurs, il faudrait également développer des outils de suivi et d'évaluations ponctuels afin de suivre fidèlement les retombées des interventions mises en place sur le terrain.

## 9 Annexe 1

### 9.1 Grille des groupes de discussion

#### 1. Enjeux et Population cible

Q1- En tant que professionnels intervenant au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, pourriez-vous décrire les caractéristiques principales des populations de ce territoire ?

**Relance :**

*S'agit-il de groupes en situation de vulnérabilité particulière ? Quels sont leurs profils sociodémographiques, culturels ou linguistiques ?*

*Si vous pouviez nommer cette population comment le feriez-vous ?*

*Le portrait de la population a-t-il évolué dans le temps ?*

Q2- Quels sont les enjeux rencontrés dans l'accompagnement de cette population ?

**Relance :**

*Selon vous, quels sont les principaux problèmes sociaux ou de santé qui affectent ces populations sur votre territoire ?*

*Ces problématiques évoluent-elles avec le temps ?*

#### 2. Stratégies d'engagement communautaire

Q3- Quelles stratégies ou approches utilisez-vous dans votre travail ?

**Relance :**

*Comment rejoignez-vous cette population ?*

*Quels outils ou ressources utilisez-vous ? Avez-vous recours à des partenaires communautaires, à des pairs aidants, ou à des leaders de communautés ?*

*Comment adaptez-vous vos pratiques selon les besoins ou contextes culturels et linguistiques de cette population ?*

#### 3. Facteurs facilitants et limitants

Q4- A votre avis, quels sont les facteurs qui influencent le processus d'engagement communautaire mis en place par l'équipe ?

**Relance :**

*Aurait-il d'autres facteurs ? (Système ? Bénéficiaires ? Personnels)*

*Qu'est-ce qui favorise le succès des interventions auprès des populations du territoire ? (Comportement, ressources, système, personnels, méthodes utilisées ?)*

*Quels sont les obstacles rencontrés qui diminuent l'efficacité des interventions mises en place pour répondre aux besoins de cette population ?*

**4. Retombées observées et recommandations**

Q5- Observez-vous certaines retombées dans votre travail ? Si oui lesquelles ?

**Relance**

*Avez-vous remarqué une amélioration de la situation de cette population ? sur le plan social, de la santé, etc.... ?*

Q6- Que recommanderiez-vous pour renforcer la portée, la pertinence ou la durabilité des stratégies d'engagement auprès de cette population ?

**5. Clôture**

Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaitez partager qui n'ont pas été abordés ?

## 10 Références Bibliographiques

1. Filler T, Benipal PK, Torabi N, Minhas RS. A chair at the table: a scoping review of the participation of refugees in community-based participatory research in healthcare. *Globalization and Health*. 6 sept 2021;17(1):103.
2. Hendricks S, Conrad N, Douglas TS, Mutsvangwa T. A modified stakeholder participation assessment framework for design thinking in health innovation. *Healthcare*. 1 sept 2018;6(3):191-6.
3. Jeunesse Unie [Internet]. [cité 25 août 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://www.jeunesseunie.com/>
4. Philo-Boxe [Internet]. [cité 25 août 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://philoboxe.ca/>
5. ACCUEIL - Organisation des Jeunes de Parc-Extension [Internet]. 2020 [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.peyo.org/>
6. Gouvernement du Québec [Internet]. [cité 25 août 2025]. Aire ouverte : services pour les jeunes de 12 à 25 ans. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte>
7. BAnQ numérique [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <http://numerique.banq.qc.ca/>
8. Selvan K, Leekha A, Abdelmeguid H, Malvankar-Mehta MS. Barriers adult refugees face to community health and patient engagement: a systematic review. *Glob Public Health*. déc 2022;17(12):3412-25.
9. Gobat N, Slack C, Hannah S, Salzwedel J, Bladon G, Burgos JG, et al. Better engagement, better evidence: working in partnership with patients, the public, and communities in clinical trials with involvement and good participatory practice. *The Lancet Global Health*. 1 avr 2025;13(4):e716-31.
10. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal [Internet]. 2025 [cité 6 août 2025]. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal | Notre CIUSSS. Disponible sur: <https://www.ciussscentreouest.ca/a-propos-du-ciusss/notre-ciusss>
11. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal [Internet]. 2025 [cité 27 mai 2025]. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal | Portrait de la population et du territoire. Disponible

sur: <https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-publique/portrait-de-la-population-et-du-territoire/>

12. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal [Internet]. 2025 [cité 27 mai 2025]. CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal | Santé publique. Disponible sur: <https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-publique/>

13. Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 juin 2015;2015(6):CD009905.

14. Wanless M. *Community Engagement Guide*.

15. Allotey P, Tan ,David T., Kirby ,Thomas, and Tan LH. Community Engagement in Support of Moving Toward Universal Health Coverage. *Health Systems & Reform*. 2 janv 2019;5(1):66-77.

16. Xie YJ, Liao X, Lin M, Yang L, Cheung K, Zhang Q, et al. Community Engagement in Vaccination Promotion: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Public Health Surveill*. 10 mai 2024;10:e49695.

17. Henry Akintobi T, Sheikhattari P, Shaffer E, Evans CL, Braun KL, Sy AU, et al. Community Engagement Practices at Research Centers in U.S. Minority Institutions: Priority Populations and Innovative Approaches to Advancing Health Disparities Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2021;18(12):6675.

18. Casseti V, León García M, López-Villar S, López Ruiz MV, Paredes-Carbonell JJ. Community engagement to promote health and reduce inequalities in Spain: a narrative systematic review. *Int J Public Health*. avr 2020;65(3):313-22.

19. Nickel PM, Hunt C. Community Engagement, Equity, and Cross-Sector Public Health Practice. *Public Health Rep*. nov 2024;139(6):669-74.

20. *Community Engagement: A Health Promotion Guide for Universal Health Coverage in the Hands of the People*. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 p.

21. Ohmer ML, Mendenhall ,Amy N., Mohr Carney ,Michele, and Adams D. Community engagement: evolution, challenges and opportunities for change. *Journal of Community Practice*. 2 oct 2022;30(4):351-8.

22. Riccardi M, Pettinicchio V, Di Pumpo M, Altamura G, Nurchis MC, Markovic R, et al. Community-based participatory research to engage disadvantaged communities: Levels of engagement reached and how to increase it. A systematic review. *Health Policy*. nov 2023;137:104905.

23. Coup d’œil sur l’offre de services en santé publique | Direction régionale de santé publique de Montréal [Internet]. [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: <https://santepublicquemontreal.ca/qui-sommes-nous/plan-daction-regional-integre-de-sante-publique-pari/coup-doeil-sur-loffre-de-services-en-sante-publique>
24. Bloemraad I, Terriquez V. Cultures of engagement: The organizational foundations of advancing health in immigrant and low-income communities of color. *Social Science & Medicine*. sept 2016;165:214-22.
25. Rong T, Ristevski E, Carroll M. Exploring community engagement in place-based approaches in areas of poor health and disadvantage: A scoping review. *Health Place*. mai 2023;81:103026.
26. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015;8:29842.
27. Glossaire Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux.
28. Charles-Rodriguez U, Aborawi A, Khatiwada K, Shahi A, Koso S, Prociw S, et al. Hands-on-ground in a new country: a community-based participatory evaluation with immigrant communities in Southern Alberta. *Glob Health Promot*. déc 2023;30(4):25-34.
29. Vaughn LM, Jacquez F, Lindquist-Grantz R, Parsons A, Melink K. Immigrants as Research Partners: A Review of Immigrants in Community-Based Participatory Research (CBPR). *J Immigrant Minority Health*. 1 déc 2017;19(6):1457-68.
30. Kelly C, Pericleous M, Ahmed A, Vandrevale T, Hendy J, Shafi S, et al. Improving uptake of hepatitis B and hepatitis C testing in South Asian migrants in community and faith settings using educational interventions—A prospective descriptive study. *International Journal of Infectious Diseases*. nov 2020;100:264-72.
31. Gilmore B, Dsane-Aidoo PH, Rosato M, Yaqub NO, Doe R, Baral S. Institutionalising community engagement for quality of care: moving beyond the rhetoric. *BMJ*. 15 mai 2023;381:e072638.
32. Hovmand PS. Introduction to Community-Based System Dynamics. In: *Community Based System Dynamics* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2014 [cité 18 août 2025]. p. 1-16. Disponible sur: [https://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-8763-0\\_1](https://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-8763-0_1)
33. Pari-Sp L. Le Plan d’action régional intégré de santé publique (PARI-SP) 2023-2025.

34. Civitella MR et AC. L'actualité. 2015 [cité 24 août 2025]. Les 8 clés pour comprendre la réforme de la santé du gouvernement Couillard. Disponible sur: <https://lactualite.com/politique/les-8-cles-pour-comprendre-la-reforme-de-la-sante-du-gouvernement-couillard/>
35. Baines R, Bradwell H, Edwards K, Stevens S, Prime S, Tredinnick-Rowe J, et al. Meaningful patient and public involvement in digital health innovation, implementation and evaluation: A systematic review. *Health Expect.* août 2022;25(4):1232-45.
36. <https://heberjeune.ca> [Internet]. [cité 25 août 2025]. Organisme Héberjeune | Parc-Extension - Montréal. Disponible sur: <https://heberjeune.ca>
37. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health.* oct 2006;60(10):854-7.
38. Vaughn LM, Jacquez F. Participatory Research Methods – Choice Points in the Research Process. *JPRM* [Internet]. 21 juill 2020 [cité 22 août 2025];1(1). Disponible sur: <https://jprm.scholasticahq.com/article/13244-participatory-research-methods-choice-points-in-the-research-process>
39. (PDF) Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In: ResearchGate [Internet]. [cité 21 août 2025]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/256089059\\_Nourrir\\_une\\_motivation\\_autonome\\_et\\_des\\_consequences\\_positives\\_dans\\_differeents\\_milieus\\_de\\_vie\\_les\\_apports\\_de\\_la\\_theorie\\_de\\_l'autodetermination](https://www.researchgate.net/publication/256089059_Nourrir_une_motivation_autonome_et_des_consequences_positives_dans_differeents_milieus_de_vie_les_apports_de_la_theorie_de_l'autodetermination)
40. Admin PE. Publication du Rapport du CIUSSS Centre Ouest: Consultation sur les principaux enjeux à Parc-Extension. [Internet]. Table de Quartier de Parc-Extension. 2023 [cité 19 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.parcex.org/publication-du-rapport-du-ciusss-centre-ouest-consultation-sur-les-principaux-enjeux-a-parc-extension/>
41. Regard sur la santé de la population montréalaise | Direction régionale de santé publique de Montréal [Internet]. [cité 27 mai 2025]. Disponible sur: <https://santepubliquemontreal.ca/qui-sommes-nous/plan-daction-regional-integre-de-sante-publique-pari/regard-sur-la-sante-de-la-population-montrealaise>
42. Machado S, Karsiem S, Lavergne MR, Goldenberg S, Wiedmeyer M ling. Respectful community engagement in health research with diverse im/migrant communities. *BMJ Open.* déc 2023;13(12):e077391.

43. CLAM - Montréal, Qc. [Internet]. [cité 25 août 2025]. Services. Disponible sur: <https://www.leclam.ca/services>
44. Bekele F, Yu K, Archbold S, Mann E, Dawson-Hahn E, Aziz O. The Community Health Response Team: a culturally and linguistically tailored community response to COVID-19 addressing barriers to testing and vaccinations for refugee, immigrant and migrant communities in Atlanta, Georgia. *Front Public Health*. 2024;12:1362705.
45. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 12 févr 2015;15:129.
46. Bestman A, Lloyd J, Hawkshaw B, Kabir J, Harris E. The Rohingya Little Local: exploring innovative models of refugee engagement in Sydney, Australia. *Aust J Prim Health*. 2020;26(5):367.
47. Chouinard JA, Milley P. Uncovering the mysteries of inclusion: Empirical and methodological possibilities in participatory evaluation in an international context. *Evaluation and Program Planning*. avr 2018;67:70-8.
48. Barenfeld E, Gustafsson S, Wallin L, Dahlin-Ivanoff S. Understanding the “black box” of a health-promotion program: Keys to enable health among older persons aging in the context of migration. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 8 déc 2015;10:10.3402/qhw.v10.29013.
49. Atashband M, Blackwood S, Boisvenue JM, Cheung D, Fontaine C, McKellar J, et al. We thank the communities, organizations and individuals who participated in Connecting the Dots (CTD) to date, as well as the key informants who helped to evaluate CTD. Their input was essential in creating this handbook.
50. Wali S, Superina S, Mashford-Pringle A, Ross H, Cafazzo JA. What do you mean by engagement? – evaluating the use of community engagement in the design and implementation of chronic disease-based interventions for Indigenous populations – scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 6 janv 2021;20(1):8.