

PLUS FORT
AVEC VOUS

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le pouvoir d'agir des communautés et la lutte aux inégalités sociales de santé au cœur des priorités de santé publique pour une métropole résiliente

Le positionnement de la Direction régionale de santé publique de Montréal en développement des communautés et en développement social

Cadre de référence – Le pouvoir d’agir des communautés et la lutte aux inégalités sociales de santé au cœur des priorités de santé publique pour une métropole résiliente – Le positionnement de la Direction régionale de santé publique de Montréal en développement des communautés et en développement social est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal.

1560, rue Sherbrooke Est, Hôpital Notre-Dame, pavillon J.-A.-DeSève
Montréal (Québec) H2L 4M1

514 528-2400

ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp>

Recherche et rédaction

Frédérique Bergeron
Audrey Chabaliér
Karine Forgues
Larissa Ouedraogo
Lucy Schneider
Sofia Scuralli

Coordination

Véronique Duclos
Catherine Robichaud
Catherine Verreault

Les autrices aimeraient remercier les coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS de Montréal, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CCPSC), la Ville de Montréal, le groupe de répondants et répondantes régional en développement des communautés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Centraide du Grand Montréal pour leurs commentaires.

Révision linguistique et graphisme

Atlas et Axis

Notes sur la rédaction inclusive : Dans une optique d’inclusion, la rédaction inclusive a été privilégiée dans ce document. Nous avons favorisé les termes épiciènes, lorsque c’est possible, et les doublets accompagnés d’une règle de proximité.

© Gouvernement du Québec, 2023

ISBN 978-2-550-96271-7 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Mot de la directrice

L'action de la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) s'appuie sur les approches développement des communautés (DC) et le développement social (DS) pour soutenir la mise en place de conditions permettant aux individus vivre en santé et de développer leur plein potentiel en participant activement aux décisions qui les concernent. En travaillant en synergie avec la population et les acteurs des milieux, ces approches permettent de mettre en œuvre des interventions adaptées pour les différentes communautés montréalaises, basées sur la connaissance de leurs forces et les défis.

L'efficacité de ces deux approches essentielles est reconnue et documentée. Les communautés qui participent aux décisions concernant les facteurs influençant leur bien-être et leurs conditions de vie sont en meilleure santé. De plus, favoriser le développement social et des communautés contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé entre les différentes communautés et personnes montréalaises, s'inscrivant ainsi au cœur de la mission de la DRSP.

Différents facteurs exacerbent les inégalités sociales entre les individus et les territoires, incluant en matière de santé, notamment la pandémie de la COVID-19, l'accélération de l'inflation, la crise du logement et les événements extrêmes liés aux changements climatiques. Ces crises multiples mettent en lumière la diversité des besoins des différents groupes de la population montréalaise, l'importance de la mobilisation des communautés ainsi que leur capacité à identifier les enjeux qu'elles vivent pour mettre en place des solutions qui les rejoignent.

C'est dans ce contexte que la DRSP se dote d'un cadre permettant une compréhension commune de ces approches afin de renforcer ses actions qui y contribuent. Ce cadre de référence est le fruit d'une collaboration intersectorielle ayant impliqué différents partenaires tant à l'interne qu'à l'externe du réseau de la santé. Le cadre s'inscrit dans les priorités du Programme national de santé publique, de notre Plan d'action régional intégré (PARI 2023- 2025) et de notre Plan stratégique.

Merci à tous les partenaires ayant participé à la rédaction de ce cadre, et merci à toutes les instances qui œuvrent au DC et au DS dans le but d'améliorer les conditions de vie et la santé de tous les Montréalais et Montréalaises.

La directrice régionale de santé publique de Montréal,



Mylène Drouin, M.D., FRCPC

Table des matières

Mot de la directrice.....	3
Table des matières	4
Sigles et acronymes.....	5
Sommaire exécutif.....	6
Mise en contexte.....	7
Introduction	7
Objectifs et démarche du cadre de référence.....	8
Le développement des communautés et le développement social : au cœur de la Direction régionale de santé publique de Montréal.....	11
Rôle de la DRSP en lien avec sa mission	11
Parties prenantes impliquées dans le développement des communautés et le développement social à Montréal.....	12
Interventions en développement des communautés et en développement social.....	16
Contributions actuelles de la Direction régionale de santé publique de Montréal.....	23
Conclusion.....	27
Pour aller plus loin.....	28
Lexique.....	29
Bibliographie	32

Sigles et acronymes

BAPE	Bureau d'audience publique pour l'environnement
CCPSC	Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
CMTQ	Coalition montréalaise des Tables de quartier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC	Développement des communautés
DRSP	Direction régionale de santé publique de Montréal
DS	Développement social
EUSP	Environnements urbains et santé des populations
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IMSDLS	Initiative montréalaise de soutien au développement social local
ISS	Inégalités sociales de santé
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MEI	Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCPM	Office de consultation publique de Montréal
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
PARI	Plan d'action régional intégré de santé publique
PNSP	Programme national de santé publique
PPFS	Politiques publiques favorables à la santé
RQ-ACA	Réseau québécois de l'action communautaire autonome
RQDS	Réseau québécois de développement social
RQIIAC	Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

Sommaire exécutif

Le développement des communautés (DC) et le développement social (DS) sont deux approches interreliées qui misent sur la mobilisation des communautés et la collaboration avec les différents secteurs clés pour travailler collectivement à la mise en œuvre de solutions promouvant le bien-être des communautés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) positionne le DC comme une stratégie du Programme national de santé publique (PNSP) (MSSS, 2015), donnant une reconnaissance au DC et au DS comme étant des stratégies essentielles à la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) et à la promotion de la santé des populations.

Ainsi, afin de lutter contre les ISS et de mieux joindre les différentes populations dans ses actions de promotion de la santé, la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) place le pouvoir d'agir¹ des communautés – un principe central au DC et au DS – au cœur de ses priorités d'intervention dans son Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI) (DRSP, 2023). De plus, plusieurs objectifs des quatre axes du PARI sont en lien direct ou indirect avec le DC et le DS.

Le cadre de référence actuel répond au besoin de la DRSP de définir une vision commune du DC et du DS pour son organisation, et de faire connaître sa vision à ses partenaires.

Cinq principes centraux et interreliés caractérisent les interventions en DC et DS



1. la collaboration et l'action intersectorielle



2. la participation citoyenne



3. le pouvoir d'agir des communautés



4. la réduction des inégalités



5. la cohérence et la promotion des politiques favorables à la santé

La DRSP soutient, mobilise, influence et collabore avec plusieurs parties prenantes pour contribuer au DC et au DS telles que : les communautés montréalaises, le milieu communautaire montréalais, le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), ou encore le milieu municipal de Montréal. Ces parties prenantes ont des rôles, des missions et des contributions variables et essentielles au DC et au DS. Plus spécifiquement, la DRSP contribue au DC et au DS par :

- ▷ la surveillance de l'état de santé de la population;
- ▷ la coordination de mesures de santé publique;
- ▷ le transfert de connaissances et l'expertise-conseil sur le DC et le DS;
- ▷ l'influence de politiques publiques favorables à la santé et à la mobilisation de partenaires ayant une influence sur ces politiques publiques;
- ▷ la participation à de nombreux comités et instances de concertation à l'échelle régionale, et à la coordination de comités régionaux permettant aux parties prenantes en DC et DS d'échanger sur des enjeux de santé publique.

1. Voir le lexique et la section « [Interventions en DC et DS](#) » pour une définition.

Mise en contexte

INTRODUCTION

Le DC et le DS sont deux approches interreliées qui misent sur la mobilisation des communautés et la collaboration avec les différents secteurs clés pour travailler collectivement à la mise en œuvre de solutions en faisant appel aux forces au sein des communautés. Ces pratiques étaient déjà présentes au Québec, mais elles se sont particulièrement développées dans les années 1980 à la suite de la crise économique mondiale et de la mondialisation. Ce contexte a eu pour conséquences de mettre en lumière les inégalités sociales² et de révéler la nécessité d'impliquer les communautés dans leur développement (Mercier, 2009; Bourque, 2012).

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé³ vient réaffirmer cette conception selon laquelle les collectivités occupent un rôle central dans la définition de leurs problèmes de santé⁴ et dans les solutions à apporter pour améliorer celle-ci (Rochon, 1975; OMS, 1986). Le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont appuyé ces approches par la rédaction de cadres de référence, la mise en place de politiques publiques et de plans d'action pour le DC et le DS (INSPQ, 2002; MTESS, 2019; OMS, 2021). Dès 2003, le MSSS positionne le développement des communautés comme une stratégie du PNSP (MSSS, 2015). Ceci a permis de lui donner une reconnaissance plus officielle en tant que stratégie essentielle permettant d'atténuer les ISS et de promouvoir la santé des populations.

La pandémie a détruit beaucoup des liens sociaux existants, qu'il faut maintenant rebâtir. Le contexte actuel postpandémique, l'accélération de l'inflation et la crise du logement ont exacerbé les inégalités sociales entre les individus, notamment en matière de santé. La pandémie a mis en lumière l'importance de la mobilisation des communautés ainsi que leur capacité à identifier les enjeux qu'elles vivent pour mettre en place des solutions répondant à leurs besoins. Montréal se caractérise sociodémographiquement par une population vieillissante, une diversité ethnoculturelle riche, un nombre élevé de familles monoparentales et une proportion considérable de la population vivant sous le seuil du faible revenu (DRSP, 2022b). Qui plus est, la population montréalaise se distingue par son nombre de locataires ainsi que de personnes vivant seules et ayant une plus faible scolarisation (DRSP, 2022b).

Afin de lutter contre les ISS et de mieux joindre les différentes populations privées d'équité, la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) place le pouvoir d'agir⁵ des communautés au cœur de ses priorités d'intervention dans son PARI 2023-2025 (DRSP, 2023). Le renouvellement et le rehaussement des équipes à la DRSP ont permis l'agrandissement du secteur Environnement urbain et santé des populations (EUSP) de même que la création d'un service destiné à la réduction des ISS et au développement des communautés. Ces changements ont engendré le besoin d'une compréhension commune du DC et du DS et du rôle de la DRSP par rapport à ces approches. Ce cadre de référence vient donc répondre au besoin de définir une vision commune à l'interne de la DRSP et de faire connaître la vision de la DRSP à ses partenaires.

2. Voir le lexique pour une définition d'« [inégalité sociale](#) ».

3. Voir le lexique pour une définition de la « [promotion de la santé](#) ».

4. Voir le lexique pour une définition de la « [santé](#) ».

5. Voir le lexique et la section « [Interventions en DC et DS](#) » pour une définition du « [pouvoir d'agir](#) ».

OBJECTIFS ET DÉMARCHE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Objectifs du cadre de référence

Les objectifs de ce cadre de référence sont les suivants :

1. Réaffirmer l'importance du DC et du DS pour la santé des populations montréalaises;
2. Définir les concepts du DC et du DS afin de partager une vision commune au sein de la DRSP;
3. Identifier les rôles de la DRSP en DC et en DS en lien avec son mandat;
4. Avoir une vue d'ensemble des parties prenantes du DC et du DS à Montréal.

Démarche d'élaboration du cadre de référence

L'élaboration du cadre de référence a été faite en deux temps par différents secteurs de la DRSP et avec la contribution de ses partenaires.

Étape 1 : Recherche, rédaction et consultation à l'interne de la DRSP :

- ▷ Équipe noyau et première consultation : Secteur EUSP
- ▷ Deuxième consultation : Autres services et secteurs de la DRSP en lien avec le DC et le DS

Étape 2 : Consultations des partenaires externes pour commentaires et bonification :

Certaines sections ont été commentées par les coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS de Montréal, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CCPSC), la Ville de Montréal, le groupe de répondants et répondantes régional en développement des communautés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Centraide du Grand Montréal.

Concepts et définitions

Plusieurs définitions existent quant au DC et au DS. Les définitions qui suivent sont celles qui reflètent le mieux la vision de la DRSP. D'autres définitions permettant de s'approprier les concepts se trouvent également dans la section « Lexique ».

Développement des communautés (DC)⁶

Selon le MSSS, le DC est « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents [et résidentes] et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental » (Gauthier et Langlois, 2008, p. 61). Le DC implique donc un développement par et avec les communautés (Bourque et Favreau, 2003). Selon le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire des Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et des CIUSSS (RQIIAC, 2020), au-delà d'une stratégie de santé publique, c'est avant tout une démarche d'*empowerment* (pouvoir d'agir) des communautés⁷. L'amélioration des conditions de vie se fait par un travail au niveau des environnements favorables à la santé (ex. : environnements politique, social, culturel, bâti).

6. Au Québec, les appellations liées au développement des communautés sont nombreuses et il n'existe pas de dénomination universelle, même si le processus est sensiblement le même. Par exemple, « développement social local », « développement territorial », « revitalisation urbaine », etc. peuvent être utilisés.

7. Voir le lexique et la section « [Interventions en DC et DS](#) » pour une définition.

Le DC est ancré dans un territoire défini qui peut être un voisinage, un quartier, un arrondissement, un village ou une ville (Lavoie, 2016; Tremblay, 2014). Notons que le terme « communauté » tel qu'il est utilisé dans le document désigne l'ensemble des personnes et des groupes qui résident, travaillent ou étudient à Montréal, peu importe leur statut migratoire. D'autres communautés peuvent se former au sein des communautés territoriales. Il s'agit des communautés d'identité formées, par exemple, selon des groupes de population (ex. : Aînés) et des communautés d'intérêts rassemblées autour d'un thème (ex. : Insécurité alimentaire). Dans le présent document, nous abordons le développement des communautés sous l'angle des communautés territoriales.

Développement social (DS)

Pour l'INSPQ, « le développement social vise la **mise en place** dans les communautés⁸, dans les régions et à l'échelle d'une société, des **conditions requises** pour permettre [aux communautés] :

- ▷ d'avoir droit à des conditions de vie décentes qui préservent leur santé physique et mentale;
- ▷ de pouvoir développer pleinement leurs potentiels;
- ▷ de pouvoir participer activement à la vie sociale et exercer pleinement leur citoyenneté au sein d'une société démocratique;
- ▷ de pouvoir être traité[es] avec dignité (ex. : rémunération et conditions de travail) sur le marché du travail et de pouvoir tirer leur juste part de l'enrichissement collectif» (INSPQ, 2002, p. 14).

Le Réseau québécois de développement social (RQDS) souligne que le DS, tout comme le DC, est « à la fois finalité et à la fois un processus » (RQDS, 2022) dans le sens où on vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus (finalité) en effectuant des travaux de concertation⁹, d'innovation et de mobilisation qui réunissent plusieurs partenaires de différentes disciplines et différents niveaux (processus) (RQDS, 2022).

Liens entre développement des communautés et développement social

Au sein de la DRSP, le DC et le DS sont abordés de la même façon et leur distinction n'exerce pas une influence sur le rôle et les responsabilités de la DRSP puisque les deux concepts sont intimement reliés. La distinction faite plus haut se veut donc très sommaire et n'agit qu'à titre informatif. Les concepts de DC et DS seront traités conjointement dans l'ensemble du document.

En effet, le DC et le DS partagent plusieurs principes fondamentaux, soit :

- ▷ la réduction des inégalités sociales;
- ▷ la participation des membres des communautés et des parties prenantes¹⁰ à toutes les étapes des projets (Gauthier et Langlois, 2008);
- ▷ une approche démocratique entre les partenaires impliqués (Gauthier et Langlois, 2008);
- ▷ la solidarité et l'inclusion sociale¹¹ favorisant le développement du potentiel individuel et collectif (Gauthier et Langlois, 2008);

8. Voir le lexique pour une définition de « [communauté](#) ».

9. Voir le lexique pour une définition de « [concertation](#) ».

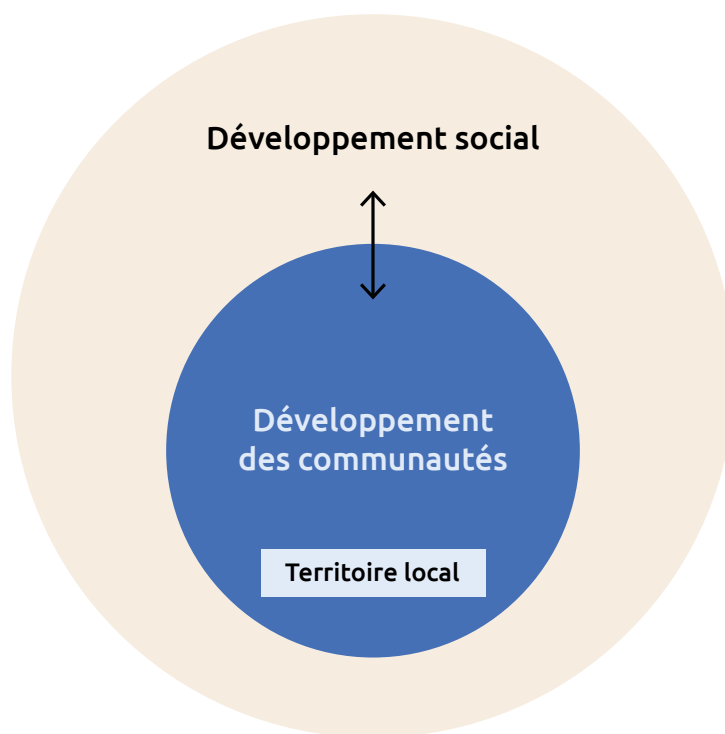
10. Voir le lexique pour une définition de « [parties prenantes](#) ».

11. Voir le lexique pour une définition d'« [inclusion sociale](#) ».

- ▷ le développement des milieux de vie et l'amélioration des conditions de vie des individus, des groupes et des communautés (INSPQ, 2002);
- ▷ une vision durable et équitable, c'est-à-dire, de répondre aux besoins des communautés d'aujourd'hui sans compromettre les capacités des générations futures à répondre à leurs besoins (Desrochers et coll., 2009; Ville de Montréal, 2017).

Notons que les deux concepts se distinguent, entre autres, par la notion de territoire. Le DC se déroule sur un territoire précis, tandis que le DS n'y fait pas nécessairement référence (schéma 1) (Delisle, 2012). Le DC concrétise le DS à l'échelle des milieux de vie (INSPQ, 2002), par exemple, en privilégiant des projets d'intervention répondant à des besoins spécifiques et portant sur des objets particuliers. Le réseau de partenaires impliqués en DC et DS peut donc être différent.

Schéma 1 | Lien entre le développement des communautés et le développement social



Note. Ce schéma montre les liens entre les notions de développement social, de développement des communautés et de développement du territoire local.

Le développement des communautés et le développement social : au cœur de la Direction régionale de santé publique de Montréal

RÔLE DE LA DRSP EN LIEN AVEC SA MISSION

La santé et le bien-être des populations relèvent de multiples déterminants sociaux de la santé¹² sur lesquels les interventions en DC et DS permettent d'agir (ex. : amélioration des milieux de vie via l'aménagement du territoire) (Émond, 2010).

De par son cadre légal¹³ et sa mission d'améliorer et de protéger la santé et le bien-être des populations montréalaises tout en réduisant les inégalités de santé entre les différents groupes, la DRSP positionne le DC et le DS comme essentiels pour accomplir sa mission.

La DRSP étant une organisation œuvrant à l'échelle régionale de l'île de Montréal, son rôle est plus souvent cadré dans des actions structurantes pour l'ensemble du territoire. La complexité du rôle de la DRSP repose sur le fait de conjuguer les orientations ministérielles et les besoins des communautés. À cet effet, une grande partie du travail des équipes de la DRSP consiste à collaborer avec les parties prenantes en DC et DS de tous les secteurs qui détiennent les leviers nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé, ainsi qu'à les mobiliser et à les soutenir. Par exemple, la DRSP soutient financièrement de nombreuses initiatives impliquant des membres des communautés.

C'est donc **dans une perspective de soutien, de facilitatrice au DC et au DS et en étant fermement attachée avec les coordinations territoriales de santé publique des cinq CIUSSS et CCPSC** que la DRSP se positionne. En effet, la DRSP et les coordinations territoriales de santé publique ont un rôle d'arrimage entre les partenaires intersectoriels à une échelle locale et régionale autour de différents enjeux de santé publique. Les échanges entre les divers secteurs alimentent des réflexions sur des aspects qui n'auraient pas été considérés au départ et amènent davantage de solutions (Bernier, 2021).

La contribution actuelle et les engagements futurs du réseau de la santé publique en DC et DS sont détaillés dans le PARI 2023-2025 (DRSP, 2023).

Le DC et le DS dans les fonctions de santé publique

En santé publique, les actions en DC et DS s'inscrivent principalement en promotion de la santé des populations, puisque celles-ci visent le développement des milieux de vie et l'amélioration des conditions de vie des individus, des groupes et des communautés (INSPQ, 2002). Si le DC et le DS sont historiquement associés à la promotion de la santé, leur application ne se limite pas exclusivement à ce champ d'intervention et concerne aussi la prévention, la protection et la surveillance¹⁴.

12. Voir le lexique pour une définition de « [déterminants sociaux de la santé](#) ».

13. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), LRQ, 1991 ; *Loi sur la santé et la sécurité de travail* (LSST) LRQ, 1979 ; *Loi sur la santé publique* (LSP), LRQ, 2001.

14. Voir le lexique pour la définition de « [surveillance](#) ».

PARTIES PRENANTES IMPLIQUÉES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL À MONTRÉAL

Plusieurs parties prenantes ont des rôles, des missions et des contributions variables aux DC et DS. Des rapports de pouvoir peuvent exister entre les parties prenantes, mais ils ne seront pas traités dans ce cadre. Voici une liste (non exhaustive) des parties prenantes à Montréal.

Les communautés montréalaises

Selon Blais et coll. (2016), « [l]a communauté renvoie à un système social structuré de personnes vivant¹⁵ à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Les personnes qui y viennent entretiennent des interactions sociales et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité comme communauté. La communauté territoriale est suffisamment petite pour être considérée comme un milieu de vie à échelle humaine et relativement homogène, et suffisamment grande pour avoir des institutions couvrant son territoire ».

Les communautés sont les parties prenantes centrales en DC et en DS puisque ces approches reposent sur la capacité des personnes à se rassembler et agir ensemble (Thériault, 2021). C'est par leur degré de participation qu'elles influencent les décisions qui les concernent.

Le milieu communautaire montréalais

Les actions communautaires réalisées par les organismes visent le DC et le DS à travers l'amélioration des conditions de vie et le pouvoir d'agir des communautés (Gouvernement du Québec, 2020). Selon le gouvernement du Québec, ce sont « des actions collectives fondées sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie » qui font preuve d'innovation et qui favorisent la participation citoyenne (Gouvernement du Québec, 2020).

Les organismes communautaires remplissent ainsi de nombreuses missions (ex. : lutter contre la pauvreté et les discriminations, améliorer les conditions de vie, contrer l'exclusion, etc.) qui contribuent à réduire les ISS et favorisent l'équité d'accès aux ressources (Santé Montréal, 2022; Déplanche et coll., 2020).

D'après le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), parmi les 61 000 organismes sans but lucratif (OSBL) au Québec, le gouvernement en finance 5 000 dont 4 000 sont reconnus comme de l'action communautaire autonome (RQ-ACA, s.d.). Ces derniers « sont libres de déterminer leur mission, leurs orientations, leurs approches d'intervention, leurs pratiques ainsi que leurs modes de gestion. Ils sont également autonomes sur le plan de leurs actions politiques. Bien qu'ils soient financés par le gouvernement ou par des partenaires, ils appartiennent à la communauté » (RQ-ACA, s.d.). À Montréal, il existe un réseau de plus de 350 organismes d'action communautaire autonomes.

Plusieurs regroupements d'organismes, régionaux et provinciaux, réunissent différents organismes autour d'enjeux, de valeurs et de visions. Leur rôle est de transmettre le

15. Pour la DRSP, les « personnes vivant à Montréal » incluent toutes personnes qui résident, travaillent ou étudient à Montréal, peu importe leur statut migratoire.

positionnement des organismes, d'escalader des enjeux, d'informer et de sensibiliser différentes instances, dont les CIUSSS (Déplanche et coll., 2020). Enfin, les tables de quartier de Montréal et les tables sectorielles permettent la concertation de différentes parties prenantes, notamment celles issues du milieu communautaire.

Les tables de quartier montréalaises, essentielles au DC et DS à Montréal

Depuis plus de 50 ans, les communautés des quartiers montréalais se sont investies dans des actions locales en raison des enjeux qui touchent directement leurs conditions de vie et leur environnement immédiat. Pour ce faire, elles ont mis sur pied, au fil des ans, des tables de concertation en développement social, les tables de quartier, dans l'objectif d'améliorer les conditions et le cadre de vie des populations locales (Initiative montréalaise de soutien au développement social, 2015).

Le réseau de la santé et des services sociaux montréalais (RSSS)

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* convient que les établissements de santé et de services sociaux doivent impliquer les communautés à différents niveaux pour répondre aux objectifs permettant d'améliorer la santé et le bien-être des populations (Légis Québec, 1991)¹⁶.

Les CIUSSS et leurs directions-programmes ont un mandat de responsabilité populationnelle qui implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être des populations d'un territoire donné en :

- ▷ rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés des populations;
- ▷ assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- ▷ agissant en amont, sur les déterminants de la santé (INSPQ, 2016).

Le DC et le DS sont des approches utilisées par plusieurs directions des CIUSSS afin d'accomplir le mandat de responsabilité populationnelle.

Chacun des CIUSSS de Montréal dispose d'une coordination territoriale de santé publique qui a pour mission de planifier, d'organiser et de lier des activités en prévention et promotion de la santé sur leur territoire.

La DRSP relève du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Elle est en lien avec les cinq coordinations territoriales de santé publique de Montréal et la CCPSC via, entre autres des projets, des comités et des communautés de pratiques.

La DRSP, les directions-programmes, les coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS, les communautés et les partenaires locaux s'informent mutuellement et se sensibilisent sur les enjeux, les préoccupations du territoire et les différents phénomènes émergents ou qui prennent de l'ampleur. Ainsi, les actions du RSSS peuvent être ajustées et adaptées, de manière à répondre plus adéquatement aux besoins exprimés par les communautés.

16. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), LRQ c S-4.2. 1991.

Il existe plusieurs professions qui travaillent activement au DC et au DS dans le RSSS, notamment en organisation communautaire, qui est un service professionnel accompagnant les collectivités dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de santé (RQIIAC, 2020).

Cadre de référence en organisation et en action communautaire

Certaines coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS ont adopté ou sont dans un processus d'adoption d'un cadre de référence en organisation communautaire et en action communautaire tel que :

- ▷ le [Cadre de référence et de pratique en organisation communautaire : l'organisation communautaire enracinée dans la communauté](#) du CIUSSS-du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM), permettant de détailler leur offre de service selon quatre axes :
 - le développement local et le développement des communautés
 - le soutien aux organismes du milieu
 - le soutien aux programmes de santé publique et actions transversales sur les déterminants de la santé
 - la contribution aux programmes-services du CIUSSS NIM (Gagnon, 2018, p. 33);
- ▷ le Cadre de référence en action communautaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (en cours de publication).

Le milieu municipal de Montréal

Plusieurs instances municipales participent au DC et au DS par le biais, par exemple, de financements d'initiatives, de plans, de projets novateurs ou de travaux de recherche en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. On compte parmi ces instances : la Ville de Montréal (avec ses 19 arrondissements) ainsi que les 16 villes liées. Les arrondissements peuvent aussi agir pour le DC et le DS en utilisant leurs pouvoirs de réglementations, notamment en aménagement du territoire montréalais. À ce sujet, la Ville de Montréal a publié, en 2017, la [Politique montréalaise pour le développement social](#) (Ville de Montréal, 2017). Elle dirige également une commission sur le DS et la diversité montréalaise. Son rôle est d'aiguiller le conseil municipal et le conseil d'agglomération sur le DC et le DS en effectuant, notamment, des consultations publiques (Ville de Montréal, 2022). En 2021, elle a adopté avec ses partenaires le [Plan d'action solidarité, équité et inclusion 2021-2025](#) (Ville de Montréal, 2021).

Enfin, un conseil d'agglomération regroupant différentes instances a pour mission de moduler les conditions de vie et les environnements dans lesquels évoluent les communautés montréalaises.

Les milieux de garde, scolaires, collégiaux et universitaires montréalais

Les milieux de garde, les milieux scolaires, collégiaux et universitaires contribuent aussi au DC et au DS en permettant, notamment, l'accroissement de compétences personnelles et sociales des jeunes (Dufour et coll., 2017), favorisant ainsi l'épanouissement de leur plein potentiel ainsi que leur participation active à la vie sociale et citoyenne. Les milieux de garde et scolaires sont également des lieux privilégiés pour la promotion et la prévention de la santé.

Ainsi, les différents milieux de garde et scolaires sont impliqués de différentes façons dans le DC et le DS. En voici quelques exemples :

- ▷ Certaines écoles primaires et secondaires fournissent des infrastructures (ex. : gymnase) à la communauté pour des activités sportives ou autres.
- ▷ Les centres de la petite enfance sont issus d'une mobilisation communautaire et ont des conseils d'administration constitués des membres de la communauté.
- ▷ Les services de garde éducatifs à l'enfance participent aux concertations locales en petite enfance en collaborant à la réalisation de projets portés par les organismes communautaires.

Le milieu universitaire contribue au DC et au DS, notamment, en faisant avancer les savoirs théoriques et les pratiques.

Les ministères provinciaux et fédéraux

Les ministères ont plusieurs pouvoirs et leviers influençant le DC et le DS, que ce soit au niveau politique, économique, public ou social pour n'en mentionner que quelques-uns. En effet, de multiples ministères, au niveau tant provincial que fédéral, contribuent directement ou indirectement au DC et au DS en déployant du financement et des orientations structurantes telles que le [Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027](#).

Au niveau provincial, plusieurs ministères sont impliqués, entre autres le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Famille, le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère de l'Immigration, etc. Par exemple, dans la [planification stratégique du ministère de la Famille](#), une des orientations est de : « soutenir le développement de milieux de vie et d'environnements favorables à l'épanouissement des familles » (Ministère de la Famille, 2019).

Il en va de même pour le palier fédéral, avec Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Agence du revenu du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, Environnement et Changement climatique Canada et plus encore.

Les institutions publiques gouvernementales régionales et locales doivent être au fait des orientations des différents ministères et en tenir compte dans leurs travaux, de manière à assurer la complémentarité des interventions.

Le secteur privé montréalais

Les milieux de travail

Différentes entreprises contribuent au DC et au DS. Par exemple, elles peuvent soutenir le DC et le DS en offrant des revenus décents, des conditions de travail favorables et des environnements de travail inclusifs, sains et sécuritaires à leur personnel. De plus, différentes entreprises peuvent contribuer au DC et au DS en investissant dans des projets locaux portés par les communautés, que ce soit dans une perspective sociale, environnementale, culturelle ou artistique.

Les fondations philanthropiques

Les fondations philanthropiques privées ou publiques peuvent jouer un rôle dans le DC et le DS, par exemple :

- ▷ en publiant des rapports et des données faisant état de situation ou portant sur la pauvreté ou les inégalités sociales;
- ▷ en participant à des événements, en siégeant à différents comités, régionaux ou locaux, dans le but d'influencer ou d'offrir de l'expertise-conseil sur divers enjeux sociaux;
- ▷ en soutenant financièrement divers organismes communautaires, actions collectives, concertations et projets ponctuels;
- ▷ enfin, au-delà du financement, en mettant sur pied des communautés de pratiques, en partageant des outils, en offrant un soutien et un accompagnement individualisé auprès d'individus et d'organismes dans le but de renforcer les compétences et le leadership des communautés.

Les entreprises d'économie sociale

Les entreprises d'économie sociale (coopératives, organismes à but non lucratif et mutuelles) ont des activités économiques à des fins sociales visant l'intérêt des membres ou des communautés.

Elles reposent sur plusieurs principes, dont celui de répondre aux besoins de leurs membres ou de la collectivité et de prévoir des règles de gouvernance démocratique par les membres (MEI, 2021).

Ces entreprises sont généralement bien intégrées dans leur environnement et participent à la vitalité socioéconomique au niveau local. Elles visent, par exemple, « l'intégration sociale et professionnelle de personnes éloignées du marché du travail, la création d'emplois de qualité et durables, l'offre et le maintien de services de proximité, la préservation de l'environnement, etc. » (MEI, 2021).

Les firmes d'accompagnement

Il existe plusieurs firmes-conseils qui offrent de l'accompagnement et de la formation aux différentes parties prenantes au DC et au DS. Elles permettent aussi la collaboration entre elles.

INTERVENTIONS EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Les interventions en DC et en DS s'inscrivent dans un processus complexe, non linéaire et itératif. Il s'agit en général d'un processus à long terme. Cinq principes centraux et interreliés caractérisent les interventions en DC et en DS.



La collaboration et l'action intersectorielle

L'action intersectorielle est essentielle au DC et au DS par la nature complexe des problématiques que vivent les communautés (Bourque et Favreau, 2003). Plusieurs secteurs influencent les conditions de vie d'une communauté. Par exemple, les secteurs de la santé et de l'économie sont souvent traités séparément, alors qu'ils s'influencent mutuellement (Bourque et Favreau, 2003). Ainsi, les secteurs doivent collaborer dans une perspective de co-construction et dépasser les logiques sectorielles pour avoir une vision globale des problématiques vécues par les communautés afin d'influencer positivement et de manière significative le DC et le DS. À Montréal, les tables de quartier sont des instances qui permettent la concertation des communautés et de plusieurs parties prenantes dans chacun des 32 quartiers sociologiques.



La participation citoyenne

La clé des interventions en DC et en DS est la reconnaissance et la prise en compte des savoirs expérientiels des communautés dans la prise de décision (INSPQ, 2002). Les communautés ont la capacité d'apporter une contribution significative dans la recherche de solutions à leurs problèmes et besoins (Tremblay, 2014).

La participation citoyenne¹⁷

La participation citoyenne, dans le domaine de la santé publique, fait référence à l'implication des communautés dans des projets visant à améliorer la santé des populations (Lebel et Dufour, 2020). La participation des membres des communautés met à profit leurs savoirs expérientiels pour améliorer les conditions de vie des communautés (Lebel et Dufour, 2020). Les cinq principaux moyens de participation sont les suivants (Lebel et Dufour 2020) :

1. **L'information**, qui vise à éclairer les membres pour prendre des décisions et mettre en place des actions de façon autonome;
2. **Le leadership**, où les membres sont autonomes dans leurs projets et exercent leur pouvoir de décision par des groupes d'entraide citoyenne;
3. **La consultation**, qui consiste à recueillir l'opinion des membres sur un enjeu;
4. **La collaboration**, qui a lieu lorsque des membres d'une communauté prennent part, par leurs savoirs expérientiels, à la prise de décisions avec des partenaires communautaires ou du réseau de la santé et des services sociaux dans une optique de co-construction. Les membres prennent part aux décisions à certains moments clés seulement;
5. **Le partenariat**, qui implique aussi une co-construction avec les membres de la communauté qui contribueront aux prises de décision du début à la fin du projet.

17. Pour plus d'informations sur la participation citoyenne et sa mise en œuvre en santé publique, consulter l'ouvrage suivant : Lebel, P. et Dufour, R. (2020). *L'expérience citoyenne au service de la prévention. Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.



Le pouvoir d'agir des communautés

Le pouvoir d'agir concerne la répartition du pouvoir dans la société (OMS, 2009). Il fait référence à la capacité d'agir des communautés et au processus menant à cette capacité d'agir (INSPQ, 2002). L'idée est de donner les moyens, les outils et les ressources aux communautés pour qu'elles-mêmes puissent décider, choisir et agir de façon éclairée dans l'optique d'améliorer leurs conditions de vie (INSPQ, 2002; Tremblay, 2014). Dans l'optique de réduire les inégalités, il est primordial de mettre l'accent sur le pouvoir d'agir des communautés privées d'équité (Mercier, 2009; Tremblay, 2014).



La réduction des inégalités

Les interventions en DC et en DS visent donc aussi la réduction des inégalités sociales et économiques¹⁸ (INSPQ, 2002). Parmi celles-ci, les inégalités sociales de santé (ISS) « réfèrent aux différences dans l'état de santé liées à un désavantage structurel et social qui est modifiable, injuste, évitable et systémique (SJPHC et RRHP, 2017, p. 2) » (CCNDS, 2022a). Selon le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, « les inégalités sociales de santé sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales (SJPHC et RRHP, 2017) et dans les déséquilibres des pouvoirs (Whitehead et Dahlgren, 2006). Cela expose les groupes de la population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de connaître de moins bons résultats de santé (Braveman et Gruskin, 2003) » (CCNDS, 2022a). Le but de réduire les ISS est d'offrir à toutes les populations des conditions de vie adéquates et les mêmes opportunités d'épanouissement (Tremblay, 2014). Le DC et le DS nécessitent de mettre en place des moyens d'inclure les communautés plus marginalisées et moins interpellées par les interventions et les programmes conventionnels.



Cohérence et promotion des politiques favorables à la santé

Les politiques publiques au niveau municipal, régional ou national ont une grande influence sur la santé des populations, même si elles ne visent pas nécessairement la santé de façon directe (Tremblay, 2014). Par exemple, la politique visant la création des centres pour la petite enfance influence la santé des populations en agissant sur le plan du développement optimal des enfants (INSPQ, 2002). Les politiques publiques favorables à la santé peuvent réduire les inégalités sociales, stimuler le pouvoir d'agir des communautés et favoriser la création d'environnements favorables à la santé (Tremblay, 2014).

18. Voir le lexique pour les définitions d'« [inégalité sociale](#) » et d'« [inégalité économique](#) ».

Le PARI 2023-2025

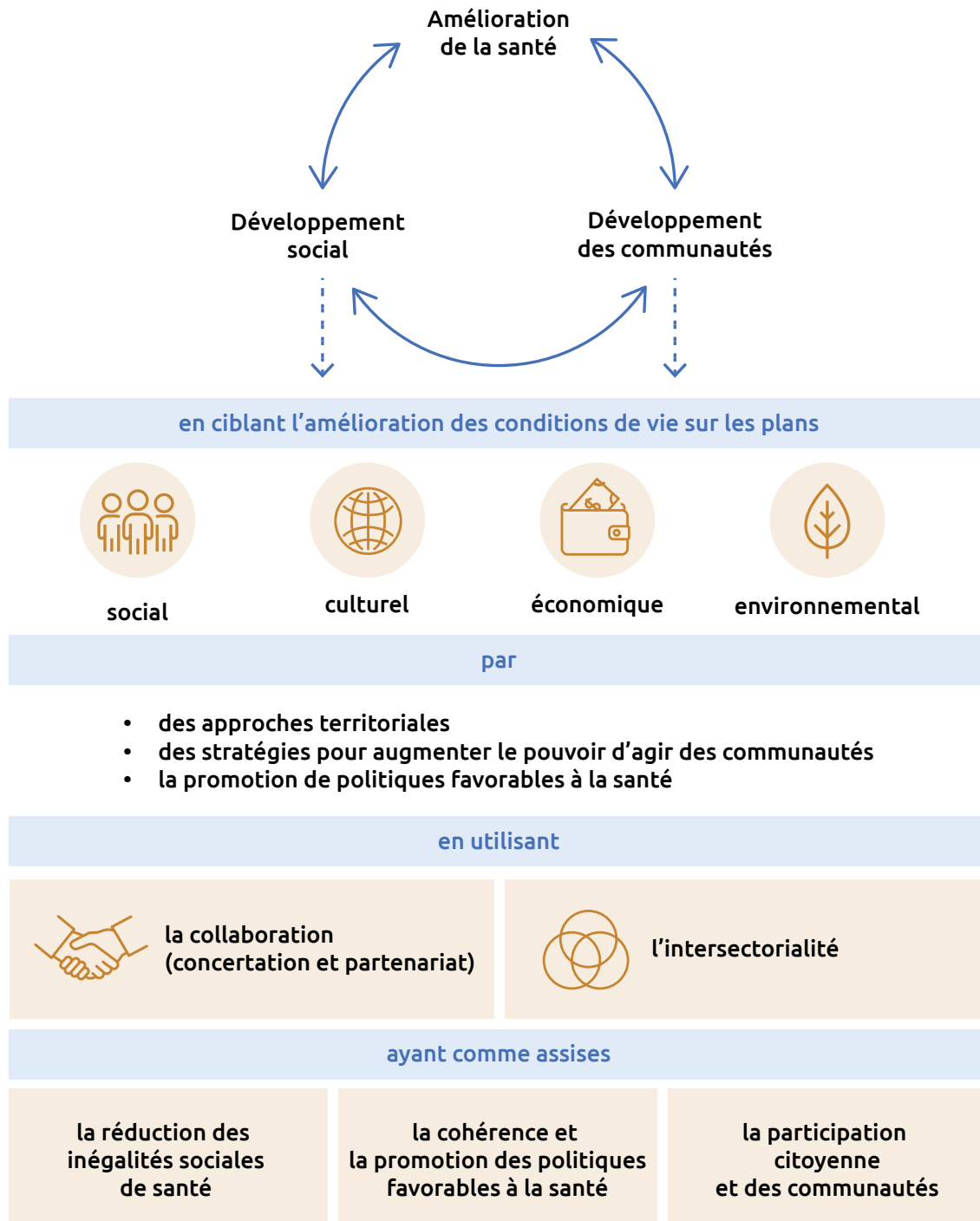
La DRSP et les CIUSSS décrivent leurs interventions actuelles et à venir en santé publique dans le [PARI 2023-2025](#). Plusieurs objectifs sont en lien direct ou indirect avec le DC et le DS et se retrouvent dans les quatre axes du PARI :

1. Le développement global des enfants et des jeunes;
2. L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires;
3. La prévention et le contrôle des maladies infectieuses;
4. La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences.

Pour connaître les actions en collaboration intersectorielle, en participation citoyenne, en pouvoir d'agir des communautés, en réduction des inégalités et en promotion des politiques favorables à la santé, veuillez-vous référer au : [Plan d'action régional intégré de santé publique 2023-2025](#) disponible sur le site de Santé Montréal.

La relation entre ces cinq principes d'interventions en DC et en DS est présentée dans le schéma ci-dessous.

Schéma 2 | Principes centraux du développement des communautés



Adaptation du schéma Ninacs (2001) adapté par l'INSPQ (2002).

Note. Schéma 2 : Principes centraux du développement des communautés. Adapté de *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, de Ninacs, 2008, Presses de l'Université Laval, 225 p.

Si le DC et le DS sont tous deux pertinents pour améliorer les conditions de vie des membres des communautés, ils peuvent être complexes à rendre fonctionnels pour de multiples raisons, notamment politiques. Certaines conditions sont à mettre en place pour assurer la réussite des interventions en DC et en DS et plusieurs défis et limites sont à anticiper. Le tableau 1 présente plusieurs exemples non exhaustifs de conditions de réussite et des défis et limites des interventions.

Tableau 1 | Exemples non exhaustifs de conditions de réussites, de défis et de limites en DC et en DS

CONDITIONS DE RÉUSSITE DES INTERVENTIONS
<ul style="list-style-type: none"> ▷ Soutenir (notamment financièrement) de façon durable des efforts de collaboration, de concertation et de partenariat afin d'assurer une véritable participation des communautés à l'amélioration de leurs conditions de vie (INSPQ, 2002; Lavoie, 2016); ▷ Assurer les conditions nécessaires pour une véritable participation des partenaires locaux, entre autres, les membres des communautés et les organismes communautaires (Lavoie, 2016). Par exemple, pour assurer une réelle co-construction des actions entre les protagonistes, le processus participatif doit limiter les inégalités de pouvoirs entre les parties (Bilodeau et coll., 2002); ▷ Accéder à l'information et à la circulation de celle-ci vers les communautés pour augmenter leur capacité d'agir et vers les paliers supérieurs pour les informer des réalités vécues par les communautés (INSPQ, 2002); ▷ Fonder l'action collective sur la délibération, la planification, l'innovation et l'apprentissage collectif (INSPQ, 2020); ▷ Favoriser la flexibilité et l'ouverture entre les personnes impliquées (INSPQ, 2002); ▷ Miser sur le développement d'un capital social fort au sein des communautés pour faciliter la coordination et la coopération dans l'intérêt collectif (INSPQ, 2002; INSPQ, 2020); ▷ Développer une planification stratégique et une vision commune d'objectifs réalistes pour mettre en place un plan d'action concret. Un diagnostic commun des situations doit être établi au préalable (INSPQ, 2002); ▷ Mesurer l'efficacité et les répercussions des actions (développer des indicateurs de gestion, de résultats et d'effets ainsi qu'une évaluation des impacts et du processus).
DÉFIS ET LIMITES POUR RENDRE FONCTIONNELS LE DC ET LE DS
<p>Les défis dus au contexte de rétablissement pandémique/postpandémique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ La fracture numérique; ▷ L'épuisement et le départ des ressources humaines dans les organisations (roulement des ressources).

Ressources

- ▷ Le roulement de personnel et le manque de ressources humaines pour soutenir les initiatives ou y participer;
- ▷ Le manque de soutien financier quant à la concertation et à la mission de base des organismes communautaires;
- ▷ Le soutien financier non pérenne et/ou inadéquat pour les initiatives locales en DC;
- ▷ L'iniquité de ressources financières et humaines entre les parties prenantes de différents secteurs;
- ▷ Le manque de formation des personnes travaillant en DC et en DS, notamment l'expertise en co-construction et en planification stratégique.

Partenariat

- ▷ Les enjeux politiques et les oppressions systémiques représentent un grand défi dans le DC et le DS;
- ▷ La présence de visions divergentes sur les enjeux touchant les communautés entre les parties prenantes causées par différents besoins, interprétations et intérêts;
- ▷ La multitude de partenaires impliqués pouvant rendre l'arrimage complexe et exigeant du temps;
- ▷ L'hyperconcertation – multitude des lieux de concertations sectorielles, intersectorielles et multiréseaux;
- ▷ Les cadres légaux ou les structures internes complexes (différents paliers, besoin de liens entre les paliers, confiance en l'approche DC et DS, enjeux de communication, connaissances des milieux, etc.) pouvant avoir pour impact de limiter la mobilisation de certaines parties prenantes;
- ▷ L'absence de retombées économiques des parties prenantes mobilisées pouvant constituer une entrave à leur engagement.

Processus

- ▷ L'absence des leviers nécessaires pour mettre en place les actions souhaitées par les parties prenantes et les communautés;
- ▷ Les résultats du DC et du DS pouvant s'observer sur le long terme, ce qui représente un défi dans le maintien de la mobilisation des parties prenantes et des communautés;
- ▷ La difficulté à joindre et impliquer les populations privées d'équité ou le fait de choisir souvent les mêmes membres des communautés lors de processus de participation citoyenne;
- ▷ La production de données probantes sur les retombées d'initiatives en DC et en DS étant limitée par la nature des interventions et par le fait que les retombées sont souvent observables sur le long terme.

CONTRIBUTIONS ACTUELLES DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL

La DRSP agit pour le DC et le DS par ses différentes actions de soutien, de mobilisation, d'influence et de collaboration. Cela se concrétise par les interventions suivantes :

- ▷ Surveillance de l'état de santé de la population et évaluation
- ▷ Analyse des effets du DC et du DS
- ▷ Attribution de financement
- ▷ Transfert de connaissances
- ▷ Expertise-conseil
- ▷ Mobilisation et influence des politiques publiques
- ▷ Participation aux comités et instances de concertation

Soutenir

Surveillance de l'état de santé de la population et évaluation

La DRSP produit régulièrement des rapports incluant des données sur une variété d'indicateurs et de déterminants de la santé. Ces **activités de surveillance de la DRSP** contribuent à démontrer les besoins en matière de DS, à pointer les disparités territoriales et populationnelles, ou encore à répondre aux besoins issus des communautés¹⁹. Par exemple, la DRSP peut réaliser un portrait de surveillance sur l'état du parc de logements à Montréal et des besoins des populations montréalaises en matière de logement à l'intention des populations, des organismes communautaires et des personnes décideuses pour influencer les interventions prioritaires à déployer. Durant la première vague de COVID-19, les données produites par l'équipe de surveillance, évaluation et développement en santé au travail de la DRSP ont permis, entre autres, d'établir des liens potentiels entre le lieu de résidence des personnes travaillant en services essentiels (personnes ayant un emploi à conditions précaires) et les éclosions de COVID-19 en milieu de travail.

Analyse des effets du DC et du DS

Bien que l'analyse des effets du DC et du DS présente des défis sur le plan méthodologique, celle-ci s'avère nécessaire : elle permet d'ajuster les interventions et d'éclairer la prise de décision; de justifier l'importance de ces approches auprès d'instances; et d'exercer de l'influence. La DRSP souhaite **suivre des indicateurs** pertinents permettant d'observer les effets du DC et du DS à une échelle locale adéquate pour soutenir ses actions et celles de ses partenaires.

Mesures de santé publique

La DRSP participe à renforcer le pouvoir d'agir des organismes et à favoriser le DC et le DS grâce à ses **financements** provenant de ministères provinciaux et décernés à des organismes locaux. Il existe plusieurs mesures de santé publique en soutien au pouvoir d'agir des communautés pour financer des espaces de concertation ainsi que des initiatives locales et régionales (ex. : en sécurité alimentaire, en aménagements, etc.). Voici quelques exemples :

- ▷ Mesure 1.1 – Développement social (l'initiative montréalaise de soutien au développement social local)

19. Voir le lexique pour plus de détails sur les activités de surveillance et d'évaluation.

- ▷ Mesure 1.2 – Programme de soutien à l'amélioration de l'accès aux fruits et légumes à Montréal 2018-2021
- ▷ Mesure 3.1 – Milieux de vie favorable – petite enfance
- ▷ Mesure 4.2 – Milieux de vie favorable – jeunesse
- ▷ Mesure 13.1 – Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023
- ▷ Mesure 17 – Environnement favorable à la santé

L'exemple de l'initiative montréalaise

(Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015)

L'initiative montréalaise de soutien au DS local (IMSDSL) est un partenariat entre quatre parties prenantes, la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, la DRSP et la Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ), qui a pour but de soutenir la concertation des Tables de quartier. L'objectif est de contribuer au développement social dans les quartiers de Montréal en luttant contre la pauvreté et les inégalités sociales. L'IMSDSL réunit différents partenaires de multiples secteurs autour d'enjeux rencontrés par les quartiers de Montréal. Les domaines touchés par ces enjeux sont multisectoriels : aménagement urbain, santé, éducation, sécurité alimentaire, logement, etc. Annuellement, c'est plus de 600 000 \$ que la DRSP verse pour l'ensemble des tables de quartier de Montréal.

Transfert de connaissances

La DRSP organise **des formations et des événements de partage des connaissances**. En 2021, la DRSP a participé, en collaboration avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, au comité Milieu de la concertation Assomption-Sud-Longue-Pointe afin de communiquer des connaissances concernant les impacts sur la santé de diverses nuisances et d'enjeux liés à la cohabitation résidentielle-industrielle-portuaire (pollution de l'air, bruit, chaleur, enclavement, etc.). Cette présentation visait à informer les membres des communautés et les organisations participantes à la concertation, ainsi qu'à les soutenir dans leurs revendications en proposant des pistes d'actions pour mitiger les nuisances et enjeux dans le secteur.

La DRSP produit plusieurs **outils de référence** dans le but de soutenir ses partenaires locaux et régionaux. Par exemple, les équipes de la DRSP souhaitent élaborer des outils de référence destinés aux locataires dans le but de les informer sur leurs droits pour des situations d'insalubrité.

Un exemple d'outil de référence

Le [*Guide pour l'élaboration d'une politique en développement des communautés*](#) (Mauro, 2019) paru en 2019 et destiné aux CIUSSS. Ce dernier couvrait les principales composantes d'une politique en DC et abordait son processus d'élaboration selon la littérature scientifique.

L'équipe de la DRSP est composée de multiples individus aux profils et formations variés qui offrent une **expertise pluridisciplinaire** en complémentarité des savoirs expérientiels des communautés. Les équipes de la DRSP offrent une expertise-conseil sur les mesures et les interventions de prévention, de promotion et de protection les plus efficaces et adaptées au contexte d'implantation. Par exemple, en appui aux expertises de terrain, les nutritionnistes peuvent se prononcer sur des questions touchant l'environnement alimentaire comme la saine alimentation ou l'insécurité alimentaire, les médecins peuvent apporter un regard médical sur les différents enjeux, les toxicologues peuvent se prononcer sur les risques d'exposition à des contaminants, les risques environnementaux ou les meilleures pratiques en termes de salubrité et d'extermination.

La DRSP contribue également au DC et au DS grâce à la mise en place de l'équipe de gouvernance du réseau régional de santé publique qui fait le lien entre la DRSP et les coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS. Cette équipe, composée d'agents et d'agentes de liaison, vise à maintenir une vision régionale tout en apportant du **soutien aux coordinations territoriales de santé publique des CIUSSS**.

L'expertise-conseil en santé au travail

À titre d'exemple, depuis 2021, les équipes de santé au travail de la DRSP tentent de réduire l'inégalité historique entre les milieux de travail à prédominance féminine et masculine en offrant leurs services d'expertise-conseil dans les établissements de l'ensemble des secteurs d'activité économique, incluant les secteurs de l'éducation, de la santé, des services et du commerce de détail.

Mobiliser et influencer

La pluralité et l'hétérogénéité de politiques publiques ont des répercussions significatives sur les déterminants de la santé (revenu, logement, éducation, travail, transport, aménagement urbain, etc.) et la santé. La DRSP se positionne comme actrice pertinente dans le processus d'**influence des politiques publiques** et, pour ce faire, implique les partenaires et les communautés.

L'amélioration de la santé de la population requiert donc une **capacité organisationnelle de mobilisation et d'influence** de la DRSP sur les politiques publiques.

Plus spécifiquement, la DRSP :

- ▷ suit l'évolution des environnements politiques, économiques et sociaux ayant une influence sur la santé et ses déterminants;
- ▷ analyse et influence des politiques publiques favorables à la santé (PPFS);
- ▷ consolide les différents partenariats stratégiques ayant une influence sur les PPFS.

La DRSP joue également un **rôle aviseur** en matière de santé publique à Montréal et se positionne sur des enjeux de DC et de DS sur le territoire, en participant à des consultations publiques, via le Bureau d'audience publique pour l'environnement (BAPE) ou l'Office de consultation publique de Montréal (OCPM), ou en rédigeant des mémoires pour prendre officiellement position après une analyse approfondie du contexte.

Par exemple, les recommandations du rapport *Les travailleurs invisibles : Les risques pour la santé des travailleurs des agences de location de personnel* (Ducharme-Varin et coll., 2016) ont contribué à la révision de la *Loi sur les normes du travail* en 2018. Le législateur a notamment explicité les responsabilités des agences de placement envers les travailleurs et travailleuses quant aux mesures de prévention et de protection. Le législateur a aussi resserré les conditions d'obtention de permis pour exploiter une agence de location de personnel.

Exemples de mémoires récemment publiés

- ▷ [Loi sur les normes du travail - PL no 176 : des avancées essentielles : mémoire de la Directrice de santé publique de Montréal présenté à la Commission de l'économie et du travail](#) (Masse Jolicoeur et Raynault, 2018).
- ▷ [Le milieu communautaire : un partenaire essentiel pour la réduction des inégalités sociales de santé](#), publié en 2020 dans le cadre de la consultation Vers une plus grande reconnaissance et un meilleur soutien de l'action communautaire (Déplanche et coll., 2020).
- ▷ [Mémoire déposé à l'OCPM en 2019 dans le cadre de la consultation sur le projet de règlement pour une métropole mixte](#) (Tessier et Tessier, 2019).
- ▷ [Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance](#) (Ministère de la Famille, 2021).
- ▷ [La santé publique au service de la prévention et de la protection de la santé des travailleuses et des travailleurs : Projet de loi 59, Loi modernisant le régime de santé et de sécurité au travail](#) (Mémoire des directrices et directeurs de santé publique du Québec, Réseau de santé publique en santé au travail, 2021).
- ▷ [Mémoire sur le Projet de la politique métropolitaine d'habitation](#) (Mémoire des Directions de santé publique de Lanaudière, Laurentides, Laval, Montérégie et Montréal, 2022).

Collaborer

La DRSP participe à de nombreux **comités et instances de concertation** à l'échelle régionale sur des thématiques qui sont directement en lien avec le DC ou le DS.

La DRSP coordonne et anime également des **comités régionaux** permettant aux parties prenantes en DC d'échanger sur des enjeux de santé publique, par exemple, l'instance stratégique, le comité paritaire santé publique et milieux communautaires ou encore la communauté de pratique pour les équipes du programme d'interventions éducatives précoces.

D'autres comités peuvent être mis en place dans des contextes exceptionnels comme durant la COVID-19. Par exemple, un comité intersectoriel concernant la vaccination contre la COVID-19 chez les communautés noires de Montréal et Laval, où siégeait la DRSP, a été mis en place à la suite de préoccupations des communautés noires et des organismes travaillant avec celles-ci, afin de mobiliser les différentes parties prenantes et d'agir ensemble sur cet enjeu.

Conclusion

La rédaction de ce cadre de référence en DC et en DS a pour principal objectif de répondre à un besoin interne de la DRSP. La multitude d'interventions, les nombreuses parties prenantes et leurs synergies témoignent de la complexité du DC et du DS et du potentiel que ceux-ci représentent pour l'amélioration du bien-être des communautés.

La compréhension commune du DC et du DS et du rôle de la DRSP par rapport à ces approches permet aux équipes de travail de la DRSP non seulement de mieux assimiler le lien entre le DC et le DS et la réduction des ISS, mais aussi d'être initiées au portrait actuel des parties prenantes œuvrant au DC et au DS à Montréal. La publication de ce document réaffirme également l'importance du travail en DC et en DS pour l'accomplissement de la mission de la DRSP dans l'amélioration des conditions de vie des communautés montréalaises.

Les enjeux sociétaux et environnementaux actuels et futurs vont nécessiter des communautés fortes et solidaires. Pour y faire face, le réseau de santé publique, avec ses partenaires, continuera à soutenir le DC et le DS. Dans les prochaines années, ses principales interventions dans ce domaine vont viser à renforcer le pouvoir d'agir des communautés (PARI 2023-2025).

Pour aller plus loin

- ▷ Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (2007). [*L'organisation communautaire – Fondements, approches et champs de pratique.*](#)
- ▷ Centraide, Ville de Montréal, Direction régionale de santé publique de Montréal et Coalition montréalaise des tables de quartier. (2015). [*Cadre de référence: initiative montréalaise en soutien au développement social local.*](#)
- ▷ Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ). (2013). [*L'approche territoriale intégrée par et pour les communautés.*](#)
- ▷ Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP). (2022). [*Plan stratégique 2021-2024 Un réseau de santé publique fort pour des solutions innovantes face aux enjeux urbains.*](#) Gouvernement du Québec.
- ▷ Gagnon, F. (2018). [*Cadre de référence et de pratique en organisation communautaire, L'organisation communautaire enracinée dans la communauté.*](#) CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec.
- ▷ Gouvernement du Québec. (2017). [*Action intersectorielle – Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé - Stratégie ministérielle.*](#)
- ▷ Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC). (2020). [*Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec.*](#)
- ▷ Winnipeg Regional Health Authority. (2017). [*Community Development Framework.*](#) Winnipeg Regional Health Authority.

Lexique

Capital social : « Le capital social est "l'ensemble des ressources offertes aux individus par l'entremise de leurs relations sociales" [...]. Il s'agit des "caractéristiques de l'organisation sociale telles que les réseaux, les normes et la confiance, qui facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt collectif" [...]. Le capital social se retrouve donc à la fois au niveau individuel et collectif. » (Arnaud et coll., 2021 p. 7)

Cohésion sociale : « État d'une société où les disparités sociales et économiques sont réduites, et dont les membres sont solidaires, partagent des valeurs communes et éprouvent un fort sentiment d'appartenance à leur communauté. La cohésion sociale résulte d'un ensemble de processus étatiques ou citoyens qui font que les membres d'une même société s'y sentent acceptés et reconnus, peu importe leur origine, leur religion, leur allégeance politique, leur condition sociale ou physique, etc. La cohésion sociale contribue au maintien de l'ordre social. » (OQLF, 2015, consulté le 24 octobre 2022)

Communauté : « La communauté renvoie à un système social structuré de personnes vivant, à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Les personnes qui y viennent entretiennent des interactions sociales et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité comme communauté. La communauté territoriale est suffisamment petite pour être considérée comme un milieu de vie à échelle humaine et relativement homogène, et suffisamment grande pour avoir des institutions couvrant son territoire » (Blais et coll., 2016, p. 32). À la DRSP, les personnes vivant à Montréal incluent toutes personnes qui résident, travaillent ou étudient à Montréal, peu importe leur statut migratoire. Les personnes demandeuses d'asile, réfugiées et migrantes à statut précaire sont considérées comme des membres des communautés montréalaises et comme faisant partie de la population montréalaise.

Concertation : « La concertation est un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel, de mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus. Elle permet le rassemblement des [parties prenantes] qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, par exemple, des stratégies et des politiques économiques et sociales. Sur le plan de la concertation, les mandats peuvent être très larges ou précis, les engagements plus ou moins souples. » (INSPQ, 2002, p. 26)

Déterminants de la santé : « Il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. Les déterminants ne sont pas toujours des causes directes. » Il peut s'agir :

- ▷ du contexte global dans lequel on vit (contexte politique, social, économique, etc.);
- ▷ des systèmes (système d'éducation ou de santé, soutien à l'emploi, etc.);
- ▷ des milieux de vie (milieu familial ou de travail, communauté et voisinage, etc.);
- ▷ des caractéristiques individuelles (biologiques et génétiques, compétences personnelles et sociales, habitudes de vie, etc.). (Anctil, 2012, p. 6)

Déterminants sociaux de la santé : « Les déterminants sociaux de la santé englobent des facteurs sociaux et économiques particuliers des déterminants généraux de la santé. Ces facteurs sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires. » (Gouvernement du Canada, 2020, consulté le 7 octobre)

Évaluation: « En santé publique, l'évaluation est l'appréciation systématique de la conception, de la mise en œuvre ou des résultats d'une intervention, telle qu'une politique, un programme, un projet ou une action de santé publique, pour des fins d'apprentissage ou de prise de décision. L'évaluation peut se concentrer sur un large éventail de sujets, y compris la pertinence, l'accessibilité, l'intégralité, l'intégration, la réalisation des objectifs, l'efficacité, l'impact, le coût, l'efficience et la durabilité. [Elle peut servir à] :

- ▷ aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention;
- ▷ contribuer à des décisions concernant la poursuite, l'extension, la réduction ou l'agrément de l'intervention;
- ▷ fournir de l'information pour la modification de l'intervention;
- ▷ alimenter les décisions portant sur le développement organisationnel;
- ▷ contribuer à l'avancement des connaissances » (DRSP, 2022a, p. 3).

Inclusion sociale : « L'inclusion sociale réfère au processus favorisant la participation sociale des personnes en situation de marginalisation et de vulnérabilité (ONU, 2016) grâce à l'accès équitable aux ressources matérielles (économiques) et immatérielles nécessaires pour vivre dans des conditions de vie décentes (Mamatis et coll., 2019), y compris le pouvoir et les droits. » (CCNDS, 2022b)

Inégalités économiques : « Écarts injustifiés entre des personnes ou des groupes dans la distribution de ressources qui ont une valeur pour les membres d'une société. Plus précisément, on parle des inégalités de revenu, de richesse – ou de patrimoine – et de consommation. » (Observatoire québécois des inégalités, 2021)

Inégalités sociales : « Une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société, et faisant naître un sentiment, légitime ou non, d'injustice au sein de ses membres. » (Bihl et Pfefferkorn, 2008, consulté le 11 avril)

Inégalités sociales de santé (ISS) : « Une inégalité sociale de santé (ISS) se définit comme une différence de santé entre les individus liée à [des déterminants sociaux de la santé] [...] (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu, niveaux d'études, etc.) [...]. Une ISS est évitable car elle résulte d'une distribution inégale des ressources sur laquelle il est possible d'agir ou dont on peut atténuer les effets. Elle est également injuste car tous devraient avoir une chance égale d'atteindre son plein potentiel (de santé et d'accomplissement social) et ce, peu importe son statut social. » (INSPQ, 2019)

Intervention communautaire: « L'intervention communautaire s'adresse à des collectivités. Elle s'appuie sur une connaissance globale de paramètres sociaux, culturels, économiques et démographiques d'une communauté. Elle permet, d'une part, de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être qui y sont présentes pour orienter les services offerts par le CISSS et, d'autre part, d'organiser, en collaboration avec les [actrices et les] acteurs présents, les actions collectives de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé. » (MSSS, 2004, p. 83)

Oppression systémique : « On entend par *oppression* "un système de subordination et de discrimination". Un "groupe dominant", socialement construit, détient le pouvoir, la richesse et les ressources, ce qui crée un manque d'accès, d'opportunités, de sécurité et de ressources pour les groupes sociaux "non dominants" (CSSP, 2019). Par exemple, les «groupes dominants» renvoient généralement aux individus de race blanche, hétérosexuels, anglophones, masculins et ayant un statut social et un revenu élevés. Le racisme, la colonisation, la discrimination fondée sur la diversité sexuelle et de genre, le clanisme et le refus de fournir des services de santé en raison du statut social sont des formes d'oppression. » (CCNDS, 2022c)

Organisation communautaire : « L'organisation communautaire est un service professionnel qui accompagne les collectivités dans l'amélioration de leurs conditions de vie et de santé. Présente dans tous les CLSC de la province, l'organisation communautaire contribue depuis plus de quarante ans au développement des communautés du Québec. Elle est basée sur des valeurs de solidarité, de respect, d'autonomie, de démocratie et de justice sociale. » (RQIIAC, s. d.)

Parties prenantes : Désigne les individus et organisations travaillant (avec ou sans rémunération) pour le DC et le DS à Montréal.

Pouvoir d'agir : Dans la littérature, le concept du pouvoir d'agir (*empowerment*) est à la fois une approche, un processus et un résultat (RQIIAC, 2020).

- ▷ « Une approche : fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement, ont ou peuvent acquérir les capacités pour effectuer des transformations nécessaires pour assurer leur accès aux ressources, voire les contrôler (Ninacs, 2008, p. 30).
- ▷ Un processus : les personnes ou les communautés s'approprient leur pouvoir d'agir et capacité de l'exercer de façon autonome (Ninacs, 2008, p. 31).
- ▷ Un résultat : capacité concrète des personnes d'exercer individuellement ou collectivement un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches, ou la collectivité à laquelle elles s'identifient (Le Bossé, 2003). » (RQIIAC, 2020, p. 30-31)

Promotion de la santé : « Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Elle est une des composantes importantes de la santé publique. » (OMS, 1986, p. 2)

Santé : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 1946) « La capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (Légis Québec, 1991)

Solidarité sociale : « Lien moral qui unit les individus d'un même groupe, et qui forme le ciment de la cohésion sociale : pour qu'une société existe, il faut que ses membres éprouvent de la solidarité les uns envers les autres. » (CNLE, 2014)

Surveillance : « La surveillance est un processus continu et systématique d'appréciation de l'état de santé et de ses déterminants. Elle implique un ensemble d'activités qui visent la production de connaissances sur l'ampleur et l'évolution des problèmes de santé et de ses déterminants sur des cycles temporels relativement longs (années). [La surveillance peut servir à] :

- ▷ Éclairer la prise de décision dans le domaine sociosanitaire
 - Planification et déploiement des soins et des services
- ▷ Informer la population
- ▷ Soutenir la mobilisation des acteurs dans différentes sphères d'activités
- ▷ Influencer les politiques publiques. » (DRSP, 2022a, p. 3)

Bibliographie

1. Anctil, H. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
2. Arnaud, J., St-Amand, R.-M., Therrien, M.-C. et Normandin, J.-M. (2021). *Liens sociaux et COVID-19 : Étude dans six arrondissements de Montréal*. Cité-ID living lab, Gouvernance de la résilience urbaine. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4408989?docref=rloi_Es_o5QgPkdYYjKmuQ
3. Bergeron, F. (2021, mise à jour du 10 décembre 2021). *Liste des situations de vulnérabilité aux inégalités sociales de santé à Montréal* [Document inédit]. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
4. Bernier, N. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf>
5. Bihl, A. et Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Observatoire des inégalités. La Découverte, coll. « Repères ».
6. Bilodeau, A., Chamberland, C. et White, D. (2002). «L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique.» *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, 17(2), 59-88.
7. Blais, É., Dufour, C., Robichaud, C. et Tremblay, J. (2016). *Portrait de l'environnement social à Laval – Politique régionale de développement social*. CISSS de Laval et Ville de Laval. <https://www.laval.ca/Documents/Pages/Fr/A-propos/politiques-municipales/prds-portrait-environnement-social-laval.pdf>
8. Bourque, D. et Favreau, L. (2003). «Le développement des communautés et la santé publique au Québec». *Service social*, 50(1), 295-308.
9. Bourque, D. (2012). «Intervention communautaire et développement des communautés». *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(1), 40-60. <https://www.erudit.org/fr/revues/ref/2012-v18-n1-ref0278/1012331ar.pdf>
10. Braveman, P. et Gruskin, S. (2003). «Defining equity in health». *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258. <https://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf>
11. Center for the Study of Social Policy (CSSP). (2019). *Key equity terms & concepts: A glossary for shared understanding*. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2019/09/Key-Equity-Terms-and-Concepts-vol1.pdf>
12. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2022a). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé : Inégalités sociales de santé*. (Consulté le 26 octobre 2022) <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/inegalites-sociales-de-sante/print>
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2022b). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé : l'inclusion sociale et l'exclusion sociale*. (Consulté le 26 octobre 2022) <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/social-inclusion-social-exclusion-1/print>
14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2022c). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé : Oppression*. (Consulté le 26 octobre 2022) <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry>
15. Collectif des partenaires en développement des communautés. (2022). *Démarche des états généraux en développement des communautés : tour d'horizon – guide d'accompagnement des participant.e.s*. <https://collectifpdc.org/wp-content/uploads/2021/11/CPDC-V4.pdf>
16. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). (2014, 19 septembre). *La solidarité*. Gouvernement de la France. <https://www.cnle.gouv.fr/solidarite-et-solidarite-nationale.html#:~:text=La%20solidarite%C3%A9%20%5B1%5D&text=Il%20s'agit%20du%20lien,les%20uns%20envers%20les%20autres.>
17. Delisle, N. (2012). *Définition des concepts et des principes d'intervention en développement des communautés*. Direction de santé publique de la Montérégie. Gouvernement du Québec. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3316/DefinitionsConceptsDC.pdf>

18. Déplanche, F., Masse-Jolicoeur, M. et Tessier, S. (2020). *Le milieu communautaire : un partenaire essentiel pour la réduction des inégalités sociales de santé*. Mémoire de la Direction régionale de santé publique de Montréal déposé dans le cadre de la consultation *Vers une plus grande reconnaissance et un meilleur soutien de l'action communautaire*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/PAGAC_MR_01_CIUSSS_CCSMTL_DSP.pdf
19. Desrochers, M., Beausoleil, M., Durocher, P. et Fortier, M.-M. (2009, version de travail du 18 document 2009). *Pour l'élaboration d'une stratégie concertée CSSS/DSP de soutien au développement des communautés* [document inédit]. Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM), Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal et Table régionale de santé publique. <https://www.gillesenrac.ca/carnet/wp-content/uploads/2010/02/Strategie-de-soutien-DC.pdf>
20. Directions de santé publique de Lanaudière, Laurentides, Laval, Montérégie et Montréal. (2022). *Mémoire sur le projet de Politique métropolitaine d'habitation* [Document inédit]. Gouvernement du Québec.
21. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP). (2022a). *Outil 6 – Données, informations et connaissances : besoins et activités pour la Mise à jour – PARI 2023-2025* [Document inédit]. Gouvernement du Québec.
22. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP). (2022b). *Un bref portrait comparatif de Montréal à d'autres villes canadiennes*. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/Sante-et-urbanite/Portrait_comparatif_Mtl_Surveillance_DRSP.pdf
23. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP) (2023). *Plan d'action régional intégré de santé publique 2023-2025*. Santé Montréal. (Consulté le 21 juin 2023) <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/qui-sommes-nous/plan-daction-regional-integre-de-sante-publique>
24. Doucet et Favreau. (1991). *Théorie et pratiques en organisation communautaire*. Presses de l'Université du Québec, 468 p.
25. Ducharme-Varin, J.-F., Vergara, D. et Raynault, M.-F. (2016). *Les travailleurs invisibles – les risques pour la santé des travailleurs des agences de location du personnel*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rap_Travailleurs_Invisibles_2016_FR.pdf
26. Dufour, R., Leblanc, E. et Litvak, E. (2017). *Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal 2016-2021. Prévenir aujourd'hui mieux vivre demain*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/PARI-2016-2021/PARI-SP_2016-2021.pdf
27. Émond, A. (2010). *Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
28. Gagnon, F. (2018). *Cadre de référence et de pratique en organisation communautaire, L'organisation communautaire enracinée dans la communauté*. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://cdn.ciusss-nordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Cadres_de_reference_et_de_pratique/180604_Cadre_de_reference_FINAL_5_juin_2018.pdf?1570042507
29. Gauthier, J. et Langlois, A.M. (Mise à jour 2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-216-01.pdf>
30. Gouvernement du Canada. (2020, 7 octobre). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. (Consulté le 2 novembre 2022) <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
31. Gouvernement du Québec. (2020). *Action communautaire*. (Consulté le 27 janvier 2022) <https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/infosite?lang=fr&m=dossiers&x=205431877&sm=205431877>
32. Gouvernement du Québec. (2022). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027*. https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/PL_pagac_2022-2027_MTESS.pdf

33. Initiative montréalaise de soutien au développement social. (2015). *Cadre de référence Initiative montréalaise de soutien au développement social local. Des quartiers où il fait bon vivre!*. http://www.tablesdequartiermontreal.org/wp-content/uploads/2017/01/11-CADRE_REFERENCIE_INITIATIVE_MONTREALAISE_15_JUIN_2015.pdf
34. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Gouvernement du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf
35. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *Surveillance des inégalités sociales de santé*. Gouvernement du Québec. (Consulté le 24 octobre 2022) <https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante>
36. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020, 29 mai). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-COVID-19>
37. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022, 29 août). *Responsabilité populationnelle*. Gouvernement du Québec. (Consulté le 24 octobre) <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
38. Lavoie, C. (2016). *Mise au point sur le développement local et le développement des communautés* (2^e éd.). Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS. <https://rqaiac.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/Mise-au-point-sur-le-d%C3%A9veloppement-local-et-d%C3%A9veloppement-des-communaut%C3%A9s-1.pdf>
39. Lebel, P. et Dufour, R. (2020). *L'expérience citoyenne au service de la prévention. Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/lexperience-citoyenne-au-service-de-la-prevention-cadre-de-referencet-outils-de-mise-en-oeuvre-p/>
40. Le Bossé, Y. (2003). «De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment». *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
41. Légis Québec. (1991, mise à jour 1^{er} juin 2022). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*. L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1. Gouvernement du Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
42. Mamatis, D., Sanford, S., Ansara, D. et Roche, B. (2019). *Promoting health and well-being through social inclusion in Toronto: synthesis of international and local evidence and implications for future action*. Santé publique Toronto. <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2019/04/9775-Social-Inclusion-April-2019.pdf>
43. Masse Jolicoeur, M. et Raynault, M. (2018). *Loi sur les normes du travail PL n°176 : des avancées essentielles Mémoire de la Directrice de santé publique de Montréal présenté à la Commission de l'économie et du travail*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/9782550814436.pdf
44. Mauro, S. (2019). *Guide pour l'élaboration d'une politique de développement des communautés*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Guide_pour_l_elaboration_d_une_politique_de_developpement_des_communautes.pdf
45. Mercier, C. (2009). «Participation citoyenne et développement des communautés au Québec : enjeux, défis et conditions d'actualisation». Documentation et diffusion, Université du Québec en Outaouais, 8. https://www.consortium-mauricie.org/file/aruc_se--minaire-participation-citoyenne.pdf
46. Ministère de la Famille (2019, mise à jour janvier 2021). *Plan stratégique 2019-2023*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/plan-strategique/plan-strategique_2019-2023.pdf?1575480461
47. Ministère de la Famille. (2021). *Consultation sur les services de garde éducatifs à l'enfance*. Gouvernement du Québec. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cahier-consultation-SGEE.pdf>

48. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-834-01.pdf>
49. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015, mise à jour 2019). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
50. Ministère de l'Économie et de l'Innovation (MEI). (2021, 8 septembre). *Qu'est-ce qu'une entreprise d'économie sociale?*. Gouvernement du Québec. [https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/bref/quest-ce-quune-entreprise-deconomie-sociale/#:~:text=\(RLRQ%2C%20chapitre%20E%2D1.1,la%20communaut%C3%A9%20qui%20l'accueille.](https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/bref/quest-ce-quune-entreprise-deconomie-sociale/#:~:text=(RLRQ%2C%20chapitre%20E%2D1.1,la%20communaut%C3%A9%20qui%20l'accueille.)
51. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2019, 12 décembre). *Projet de loi 112, Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Gouvernement du Québec. <https://www.mtess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/loi.asp>
52. Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec. Les presses de l'Université Laval. 225 p.
53. Observatoire québécois des inégalités. (2021). *Évolution des inégalités économiques au Canada et au Québec : tendances et causes*. (Consulté le 2 novembre 2022) <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/publication-evolution-inegalites-economiques#:~:text=%C3%89cartes%20injustifi%C3%A9s%20entre%20des%20personnes,de%20patrimoine%20%E2%80%93%20et%20de%20consommation.>
54. Office québécois de la langue française (OQLF). (2015). *Cohésion sociale*. Gouvernement du Québec. (Consulté le 24 octobre 2022) https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26532506#:~:text=%C3%89tat%20d'une%20soci%C3%A9t%C3%A9%20o%C3%B9,d'appartenance%20%C3%A0%20leur%20communaut%C3%A9.
55. Organisation mondiale de la santé (OMS). (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
56. Organisation mondiale de la santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
57. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009). *Commission des déterminants sociaux de la santé : Rapport du secrétariat*. 62^e Assemblée mondiale de la santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-fr.pdf
58. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Déterminants sociaux de la santé : Rapport du Directeur général*. Conseil exécutif. Cent quarante-huitième session. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-fr.pdf
59. Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC). (2020). *Pratique d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec* (Édition actualisée). Presses de l'Université du Québec. 200 p.
60. Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC). (s. d.). *Qu'est-ce que l'organisation communautaire?* (Consulté le 9 septembre 2022) <https://rqiac.qc.ca/profession/>.
61. Réseau de santé publique en santé au travail. (2021). *La santé publique au service de la prévention et de la protection de la santé des travailleuses et des travailleurs : Projet de loi 59, Loi modernisant le régime de santé et de sécurité au travail*. Mémoire des directrices et directeurs de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/20210118-MemoireDRSP-PL59_VF.pdf
62. Réseau québécois de développement social (RQDS). (2022). *Une vision du développement social*. (Consulté le 26 octobre 2022) <https://rqds.org/qui-sommes-nous/une-vision-du-developpement-social/>
63. Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA). (s.d.). *L'action communautaire autonome*. <https://rq-aca.org/aca/>
64. Rochon, J. (1975). «La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux». *Annuaire du Québec 1975-1976*. 470-478.

65. Santé Montréal. (2022). *Organismes communautaires*. Gouvernement du Québec. (Consulté le 27 janvier 2022) <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/organismes-communautaires>.
66. Southern Jamaica Plain Health Center et Racial Reconciliation and Healing Project (SJPHC & RRHP). (2017, mise à jour septembre 2020). *Living glossary for racial justice, equity & inclusion*. (Consulté le 2 novembre 2022) <https://docs.google.com/document/d/1acNluGSKAJLWYwzCa0TtKciftWE8iKb4vJZdcGW4zqw/edit#>
67. Tessier, S. et Tessier, F. (2019). *Mémoire de la Direction régionale de santé publique de Montréal déposé à l'Office de consultation publique de Montréal dans le cadre de la consultation sur le projet de Règlement pour une métropole mixte*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Gouvernement du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4052543>
68. Thériault, M. (2021). *Développement des communautés, action collective et COVID-19 – Deuxième analyse des effets de la crise sociosanitaire sur les territoires et les organisations*. Opération veille et soutien stratégiques. https://operationvss.ca/media/1151/ovss_developpement-communautes-COVID-19-2eme-rapport_210226-vf.pdf
69. Tremblay, J. (2014). *Maîtriser les concepts, fondements et principes d'action associés à la stratégie de soutien au développement des communautés*. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. http://www.clic-bc.ca/Documents/E_CtreDoc/Concertation%20et%20partenariat/Documents%20strat%E9giques%20d'orientation/Strategie_de_soutien_au_developpement_des_communautes_Janv2014.pdf
70. Ville de Montréal. (2017). *Politique de développement social : Montréal de tous les possibles!*. Service de la diversité sociale et des sports. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2931333>
71. Ville de Montréal. (2021). *Plan solidarité, équité et inclusion : pour ne laisser personne derrière*. (Consulté le 24 octobre 2022) <https://montreal.ca/articles/plan-solidarite-equite-et-inclusion-pour-ne-laisser-personne-derriere-20662>
72. Ville de Montréal. (2022). *Commission sur le développement social et la diversité montréalaise*. (Consulté le 24 octobre 2022) <https://montreal.ca/commissions-permanentes/commission-sur-le-developpement-social-et-la-diversite-montrealaise>
73. Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal**

Québec 