

# COLLOQUE INTERNATIONAL LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS TOUS SES ÉTATS



13 et 14 Octobre 2026



Campus de l'Université de Montréal à Brossard  
2000 R. de l'Éclipse, Brossard, QC J4Z 0S2



## LIVRET DES RÉSUMÉS

Colloque international

### « La santé communautaire dans tous ses états »

**13 et 14 octobre 2026**

Campus de l'Université de Montréal à Brossard  
2000, rue de l'Éclipse, Brossard (Québec) J4Z 0S2

---

Organisé par le Centre de recherche en santé publique (CReSP) et l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM),  
en collaboration avec l'Institut Santé et société (ISS) de l'UQAM.

# Atelier 1A — Participation citoyenne et gouvernance communautaire

Enjeu 1 — Usagers • Salle 302 • Mardi 13 octobre

## 1A-1 Faire compter la voix citoyenne : apprentissages du CSBE en participation publique et en santé communautaire

**René-Pierre Turmel<sup>1</sup>, Romane Pollet-Cometti<sup>1</sup>, Priyanka Saksena<sup>1</sup>, Anna Larice Meneses Galvao<sup>1</sup>, Susan Usher<sup>1</sup>, Emna Ben Jelili<sup>1</sup>, Sophie Roy<sup>1</sup>, Maude Laliberté<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Québec, Canada

La participation publique occupe une place centrale dans les approches contemporaines de santé communautaire. Pourtant, comme le souligne Arnstein (1969), un écart important subsiste entre des mécanismes de consultation symboliques et des formes de participation susceptibles d'exercer une influence réelle sur les décisions.

Comment les institutions publiques peuvent-elles créer des espaces permettant à la voix citoyenne de contribuer de manière significative à l'action publique, malgré les contraintes inhérentes à ces démarches? Cette communication aborde cette question à partir de l'expérience du Forum de consultation du CSBE. Elle examine les moyens déployés, les effets observés et les limites rencontrées afin de mieux comprendre les conditions qui favorisent, ou freinent, l'influence citoyenne au sein des institutions publiques.

Notre démarche repose sur une analyse réflexive d'une pratique institutionnelle de participation publique. Nous nous appuyons sur l'expérience du Forum, composé de 17 personnes provenant des différentes régions du Québec ainsi que de 9 personnes expertes.

L'analyse porte sur les conditions de mise en œuvre du Forum, son influence sur les travaux du CSBE concernant le soutien à domicile et une lecture critique des tensions persistantes à la lumière de la littérature sur la participation publique.

Le CSBE a mis en place un dispositif délibératif structuré reposant sur une composition diversifiée, un mandat formel de contribution aux recommandations et un temps consacré à la délibération collective. Les membres du Forum produisent leur propre compte rendu et peuvent également formuler des contributions de leur propre initiative.

Les travaux du Forum ont enrichi les analyses du CSBE de plusieurs façons. Le Forum a identifié des « laissés pour compte » souvent invisibles au système (personnes itinérantes, minorités culturelles, personnes isolées sans proches). Il a élargi la conception de l'écosystème du soutien à domicile à des acteurs non sanitaires. Il a également mis en lumière des déterminants sociaux du maintien à domicile, comme l'abordabilité du logement et la sécurité financière.

Plusieurs défis demeurent. Le Forum ne constitue pas un espace de coconstruction décisionnelle et le cadre légal du CSBE ne prévoit pas de partage du pouvoir décisionnel. Les membres ont également relevé certaines contraintes à la délibération, dont le manque de données sur la répartition des services entre les secteurs public, communautaire et privé. La question de la représentativité du public reste par ailleurs partiellement irrésolue.

Ces constats mettent en lumière les compromis, les tensions et les conditions concrètes qui façonnent les possibilités d'influence citoyenne au sein des institutions publiques.

## 1A-2 Contribution de la gouvernance communautaire à la performance du programme Tuberculose en RDC

**Placide Kayombo Mbuyi**

Université de Montréal

La participation communautaire est aujourd'hui reconnue comme un levier essentiel de l'efficacité, de l'équité et de la durabilité des interventions de santé publique. Dans la lutte contre la tuberculose, les organisations communautaires contribuent à la prévention, au dépistage, à l'accompagnement des personnes affectées et à la promotion des droits humains. Malgré cette reconnaissance, les mécanismes par lesquels la gouvernance communautaire influence concrètement la performance des programmes demeurent encore insuffisamment documentés dans plusieurs contextes africains. Cette communication vise à analyser la contribution de la gouvernance communautaire à la mise en œuvre et à la performance des programmes TB financés par le Fonds mondial en République démocratique du Congo (RDC).

La communication s'appuie sur une analyse réflexive de l'expérience acquise dans la gestion, la coordination et le suivi-évaluation de programmes TB mis en œuvre entre 2018 et 2023 dans la province de Lomami. Elle examine les mécanismes de participation des acteurs communautaires aux différentes étapes du cycle des projets, notamment la planification, la mise en œuvre, le suivi des activités, la remontée des données et les processus de redevabilité.

L'expérience montre que l'intégration des organisations communautaires dans les dispositifs de gouvernance a favorisé une meilleure identification des besoins locaux, une plus grande proximité avec les populations vulnérables et un renforcement du continuum entre les communautés et les services de santé. Le développement des capacités organisationnelles, la

valorisation du leadership local et l'instauration de mécanismes de concertation régulière ont contribué à améliorer l'appropriation des interventions ainsi que la qualité de leur mise en œuvre. Cette dynamique a progressivement permis aux communautés de dépasser leur rôle traditionnel de bénéficiaires pour devenir des partenaires actifs participant à l'orientation, à l'adaptation et à l'amélioration des programmes.

L'analyse met également en évidence plusieurs défis persistants, notamment la dépendance aux financements extérieurs, les disparités de capacités entre organisations communautaires, le renouvellement des compétences locales et la pérennisation des acquis institutionnels. Ces constats soulignent l'importance d'investir durablement dans les mécanismes de gouvernance participative afin de renforcer la résilience des systèmes de santé.

### 1A-3 Des citoyen·nes marginalisé·es au cœur de la formation des professionnels en santé pour des communications accessibles

**Esther Filion**

*La Jarnigoine et Communic'Action, Québec*

Un jour, un membre de La Jarnigoine, un organisme communautaire en alphabétisation, s'exclame : «Moi, j'aimerais ça comprendre mon médecin!». C'était le début d'une grande aventure qu'a poursuivie l'organisme autour d'actions en santé, avec, au cœur de ses actions, les membres de l'organisme. Vingt ans plus tard, La Jarnigoine coordonne Communic'Action, une coalition nationale qui s'intéresse à la littératie en santé et à l'approche du langage clair. Trois types de membres la constituent et l'enrichissent de façons différentes: chercheuses, professionnelles du réseau public et travailleuses communautaires. Fort de cette collaboration et surtout de son travail quotidien avec des personnes qui vivent des défis de littératie, l'organisme propose un continuum de formations sur la littératie en santé et le langage clair. Ces personnes y sont impliquées d'une façon ou d'une autre : en témoignant lors de conférences, en apparaissant dans des vidéos d'accompagnement, en validant les exemples et exercices présentés pendant les formations, et en évaluant des documents soumis par des professionnelles du réseau public. Nous présenterons le continuum ainsi que notre initiative de création de partenariat entre institutions et organismes d'alphabétisation.

Au Québec, 2 adultes sur 3 (66 %) ont de la difficulté à trouver, comprendre et utiliser l'information en santé (Bernèche, F., I. Traoré, et B. Perron, 2012). La littératie en santé interpelle la responsabilité et la capacité du service public à transmettre l'information et à adapter ses communications à la population qu'elle dessert (Ruel, J., Moreau, A. C., & Alaire, L., 2015). Le langage utilisé par les professionnels, la complexité des informations en santé, l'omniprésence du numérique, les difficultés de navigation dans le réseau de la santé sont des obstacles à l'équité en santé sur lesquels La Jarnigoine agit, en collaboration avec les professionnelles des institutions et avec le soutien de chercheuses et chercheurs. La solution que La Jarnigoine et Communic'Action mettent de l'avant est l'utilisation du langage clair, une approche qui implique une variété de stratégies concrètes afin que les informations soient accessibles au plus grand nombre.

Bref, La Jarnigoine travaille avec les institutions afin qu'elles puissent améliorer leur capacité à communiquer de façon à se faire comprendre du plus grand nombre; grâce à ces collaborations et à la valorisation de l'expertise des personnes premières concernées, elle est devenue une référence en formation sur la littératie en santé et le langage clair au Québec.

### 1A-4 Les obstacles à la participation dans le partenariat de soins : portrait et pistes de solution

**Nathalie Germain**

*Université du Québec à Montréal (UQAM)*

En matière de participation citoyenne, le partenariat de soins constitue actuellement, au Québec, une des orientations stratégiques du milieu de la santé. Cette approche vise un partenariat entre les équipes professionnelles et les personnes patientes dans une dynamique de coconstruction qui valorise la complémentarité des savoirs scientifiques et des savoirs d'expériences. Elle intègre les personnes patientes partenaires dans des domaines autrefois réservés aux professionnelles de la santé tels que la recherche, les soins, la formation, ou même la gouvernance. La légitimité de leur présence dans ces différentes sphères repose sur leurs savoirs expérientiels.

Dans l'approche de partenariat en santé les savoirs expérientiels sont définis comme un :

« Ensemble des savoirs tirés des situations vécues avec la maladie, qui ont eu un impact pour le patient, tant sur ses façons de prendre soin de lui, d'interagir avec les intervenants, que sur sa manière d'utiliser les services de santé et les services sociaux » (DPP et CIO-UdeM, 2016, p.17).

Or, l'épreuve de la maladie et le parcours dans le réseau de la santé sont d'autant plus difficiles et complexes pour les personnes en situation de vulnérabilité. L'accès aux savoirs expérientiels de ces personnes est donc important puisque leurs expériences ont le potentiel d'orienter des changements dans le réseau de la santé pour une plus grande équité (Gardien, 2017). Cependant, plusieurs obstacles limitent leur participation comme personne patiente partenaire.

Les modalités et les exigences de participation dans les espaces de partenariat tiennent peu ou pas compte de leurs réalités et capacités. Contribuer à un comité nécessite souvent l'accès et l'utilisation de l'informatique et de forte capacité communicationnelle. Alors que le statut socioéconomique, le niveau de scolarisation, les conditions de vie peuvent affecter

leur estime de soi, on s'attend à ce qu'elles prennent leur place dans des équipes où siègent des médecins et des universitaires. Malgré la richesse des savoirs expérientiels de ces personnes, l'approche de partenariat ne permet pas à tous les profils de personnes de faire valoir leurs savoirs et connaissances et est donc source d'injustice épistémique, « le fait que l'organisation sociale influence la possibilité de connaître et de faire valoir sa connaissance dans une société donnée » (Fillol et al., 2023, p.63).

# Atelier 1B — Communautés, équité et droits en santé

Enjeu 1 Usagers • Salle 306 • Mardi 13 octobre

## 1B-1 Contes communautaires : lutter contre le racisme envers les personnes Noires dans le système de santé canadien

**Nkwanzi Banage, Talata Sawadogo-Lewis**

*L'Initiative collaborative de formation à la santé des personnes Noires (ICFSPN)*

Souvent compris à tort comme un problème américain n'affectant ni le Canada, ni le Québec, le racisme envers les personnes noires joue un rôle important dans la perpétuation des inégalités en matière d'accès aux soins de santé, de traitements et de résultats de santé au Canada. En effet, le racisme envers les personnes noires se manifeste à travers 4 mécanismes dans les systèmes de santé : 1) l'invisibilité, 2) la discrimination raciale, 3) la stigmatisation et 4) l'accès limité aux soins de santé appropriés.

L'objectif de cette recherche est de documenter les expériences des personnes noires tel que décrit, compris, et expérimenté par les personnes noires elles-mêmes. Elle cherche aussi à identifier des pistes d'actions pour améliorer la santé des personnes noires au Canada, notamment en promouvant des soins de santé antiracistes et respectueux des cultures. Vu la nature systémique et structurelle du racisme envers les personnes Noires, cette recherche identifie les obstacles et éléments facilitateurs à plusieurs niveaux d'action pour que les professionnels et les systèmes de santé puissent intervenir en faveur de l'équité en matière de santé publique.

Cette recherche menée au sein de la communauté s'appuie sur des traditions africaines de narration orale pour aborder les questions de santé contemporaines. Pour utiliser des termes de recherche plus occidentaux, il s'agit d'une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens individuels approfondis semi-structurés, accompagné d'une composante vidéographie et présentée sous forme de capsules thématiques. Adoptant une approche de recherche collaborative, nous avons travaillé avec des partenaires communautaires pour définir l'approche recherche.

Pour la première phase du projet, vingt-cinq participants ont été interrogés à Winnipeg, Halifax, et Toronto. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits verbatim, suite à quoi une analyse thématique à l'aide de NVivo a été réalisée afin d'identifier les expériences récurrentes.

Nous entamons une seconde phase (collecte de données prévue pour juillet-août 2026) pour élargir la portée de notre recherche afin d'inclure les points de vue francophones à travers le Québec.

Les résultats mettent en évidence l'omniprésence du racisme envers les personnes Noires dans le système de santé. Les expériences positives décrites citent une communication efficace et de la confiance comme facteurs de succès. Les expériences négatives décrivent des expériences de déshumanisation et de négligence. Le racisme structurel et la suprématie blanche (c'est-à-dire l'institutionnalisation de la blancheur et des privilèges blancs, ainsi que les systèmes et structures historiques, sociaux, politiques et économiques qui contribuent à sa domination et à sa subordination continue) alimentent la discrimination, notamment à travers les stéréotypes concernant la douleur et le manque d'expertise des prestataires. Le contexte politique au niveau micro et macro est nommé en tant qu'essentiel pour l'amélioration des soins. Les participants font recours à l'autodéfense et au soutien communautaire comme stratégies d'adaptation.

## 1B-2 Clinique Mauve : repenser la santé communautaire par, pour et avec les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées

**Reem Alameddine<sup>1</sup>, Ahmed Hamila<sup>1</sup>, Edward Lee<sup>1</sup>, Claudia Namessi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Clinique Mauve, Université de Montréal

Les approches participatives occupent aujourd'hui une place importante en santé communautaire. Pourtant, la participation des usager·ère·s demeure souvent ponctuelle ou consultative. Cette communication propose une réflexion sur les conditions permettant d'intégrer durablement les savoirs expérientiels au sein des pratiques cliniques, de la recherche et du développement organisationnel. À partir de l'expérience de la Clinique Mauve, nous présenterons un modèle de santé communautaire qui s'appuie sur les principes de la recherche-action participative et de la science de l'implantation. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux mécanismes organisationnels qui soutiennent la co-construction des connaissances et favorisent l'implantation durable d'innovations en santé communautaire.

Depuis sa création, la Clinique Mauve développe ses activités en partenariat étroit avec AGIR, organisme communautaire par et pour les personnes LGBTQI+ migrantes et réfugiées. Cette collaboration ne constitue pas un simple mécanisme d'aiguillage entre deux organisations. Elle représente un espace de co-construction où les savoirs professionnels, communautaires et expérientiels orientent conjointement l'identification des besoins, le développement des interventions et l'évaluation des pratiques.

Le développement d'une communauté de pratique constitue l'un des principaux leviers de cette démarche. Elle réunit des usager·ère·s, des partenaires communautaires, des étudiant·e·s, des stagiaires, des clinicien·ne·s, des professionnel·le·s de

la santé et des chercheur·euse·s. Cet espace de dialogue, d'apprentissage mutuel et de co-développement favorise l'amélioration continue des pratiques tout en soutenant l'implantation des innovations dans les milieux de soins, de recherche et de formation. Il contribue également à renforcer les liens entre les milieux communautaires, cliniques et universitaires afin d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins exprimés par les communautés, les interventions développées et leur pérennisation.

### **1B-3 Quand la couverture universelle ne suffit pas : le rôle des ONG dans le continuum de soins du VIH pour les hommes gais et bisexuels en Colombie**

**Julien Brisson<sup>\*1</sup>, Mariangela Castro-Arteaga<sup>2</sup>, Yeferson Vélez Agudelo<sup>3</sup>, Aarón Zea<sup>3</sup>, Amaya Perez-Brumer<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Université de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>2</sup> University of Toronto, Toronto, ON, Canada ; <sup>3</sup> Mas Que Tres Letras, Colombie

Le continuum de soins du VIH constitue un cadre de santé publique décrivant les étapes menant du dépistage à la suppression virale, incluant le diagnostic, l'arrimage aux soins et l'initiation de la thérapie antirétrovirale (TAR). La Colombie accueille près de trois millions de migrants vénézuéliens et garantit théoriquement l'accès aux soins du VIH aux personnes en situation migratoire régulière. Toutefois, des obstacles administratifs, institutionnels et socioéconomiques continuent de compromettre la continuité des soins, pour les Colombiens mais particulièrement pour les migrants vivant avec le VIH. Dans ce contexte, les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle important en offrant des services complémentaires tels que le dépistage, l'accompagnement vers les soins et, dans certains cas, l'accès aux antirétroviraux. Cette étude visait à documenter les expériences d'hommes gais et bisexuels vivant avec le VIH – Colombiens et migrants vénézuéliens – à travers le continuum de soins du VIH, ainsi qu'à examiner le rôle des ONG dans le soutien à l'accès et à la continuité des soins.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'hommes gais et bisexuels vivant avec le VIH dans différentes régions de la Colombie. L'organisme communautaire Mas Que Tres Letras, composé d'hommes gais vivant avec le VIH, a aidé au développement du projet de recherche et au recrutement de participants. Les entretiens ont été transcrits, codés et analysés selon une approche thématique.

L'échantillon comprenait 40 Colombiens et 26 migrants vénézuéliens. Les participants avaient une médiane d'âge de 31 ans et une année médiane de diagnostic de 2021. Les personnes affiliées au régime contributif par l'entremise d'un emploi formel décrivaient généralement des trajectoires de soins continues sans obstacles, du diagnostic à la suppression virale. À l'inverse, plusieurs participants affiliés au régime subventionné ou ayant connu des transitions entre régimes rapportaient des délais, interruptions et difficultés d'accès à différentes étapes du continuum de soins. Dans ces situations, les ONG intervenaient fréquemment comme acteurs de santé communautaire en facilitant le dépistage, l'orientation vers les services, l'accompagnement psychosocial et l'accès temporaire aux antirétroviraux. Les ONG étaient particulièrement importants pour les migrants vénézuéliens dans le continuum de soins du VIH.

Ces résultats soulignent la contribution des ONG comme acteurs de santé communautaire auprès de populations marginalisées, notamment les migrants vénézuéliens vivant avec le VIH. En agissant comme intermédiaires entre les communautés et les institutions de santé, les ONG favorisent l'inclusion de groupes souvent confrontés à des barrières administratives et sociales, illustrant ainsi le potentiel de la santé communautaire pour réduire les inégalités et renforcer l'accès équitable aux soins.

### **1B-4 Le vieillissement actif, la bientraitance et la santé communautaire des personnes âgées**

**Sandra Smele<sup>1</sup>, Darla Fortune<sup>2</sup>, Meghan Joy<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, Québec, Canada ; <sup>2</sup> Université Concordia, Montréal, QC, Canada

Le cadre référentiel du vieillissement actif, élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) il y a plus de vingt ans, demeure une approche politique majeure face au vieillissement de la population. Ses composantes fondamentales sont la santé, la participation et la sécurité, et son développement visait à dépasser des conceptions du vieillissement axées sur les déficits, associées au déclin et à la dépendance. Le vieillissement actif met plutôt l'accent sur la participation continue des personnes âgées à la vie sociale, culturelle, civique et économique, ainsi que sur le maintien de la santé et du bien-être tout au long de la vie. Au Québec, ce cadre référentiel guide les politiques en matière de vieillissement depuis le lancement de la politique Vieillir et vivre ensemble en 2012.

Dans plusieurs de ses récents documents de politiques en matière de vieillissement, le Québec a également introduit une autre orientation politique, celle de la bientraitance des personnes âgées. Conçue comme un processus relationnel et adaptatif qui place le bien-être des personnes âgées au centre des interactions entre les individus, les organisations et les communautés, la bientraitance se fait promouvoir actuellement dans plusieurs contextes, incluant les municipalités, les organisations à but non lucratif et d'autres milieux locaux.

Dans cette présentation, nous exposons les résultats d'une étude menée en collaboration avec des organismes communautaires offrant des programmes de bien-être pour les personnes âgées d'expression d'anglaise, dont l'objectif était de comprendre comment ces personnes âgées et les intervenants communautaires décrivent et vivent la bientraitance et le vieillissement actif. En mettant l'accent sur les points de vue de nos participants, l'analyse met en évidence les dimensions

sociales, relationnelles et émotionnelles du soutien que les participants jugeaient essentielles de la bienveillance, ainsi que la nécessité de remettre en question les interprétations du vieillissement actif qui privilégient l'activité physique, la productivité et l'autonomie. Notre analyse souligne également la nécessité de repenser la manière dont la participation est conceptualisée dans les cadres du vieillissement actif. Souvent implicitement définie en termes de contributions actives, nos participants ont souligné l'importance de la présence, des liens et de l'inclusion, incluant la possibilité de simplement se trouver dans un espace partagé sans pression pour participer à des activités structurées.

Les conclusions de cette étude ont des apports importants pour la conception et la mise en œuvre de mesures de soutien communautaire destinées aux personnes âgées. Elles soulignent l'importance de favoriser des environnements qui privilégient les relations humaines, l'inclusion et le sentiment d'appartenance, et qui offrent des possibilités de participation variées, flexibles et accessibles. Elles indiquent également que les structures organisationnelles, les effectifs et les conditions de travail devraient permettre de disposer du temps et de la flexibilité nécessaires à la mise en place de ces mesures de soutien. En fin de compte, elles soulignent la nécessité d'une conception plus large et plus inclusive de ce que signifie favoriser le bien-être des personnes âgées, conception qui doit être solidement ancrée dans le soutien à la santé communautaire.

# Atelier 1C — Savoirs communautaires, partenariat et coconstruction

Enjeu 1 — Usagers • Salle 302 • Mercredi 14 octobre

## 1C-1 Co-construire en santé communautaire : enjeux et leçons tirées de projets avec personnes âgées, Inuit en milieu urbain et nouveaux arrivants

**Maryline Vivion**

*Université Laval*

En santé, la co-construction est de plus en plus présentée comme une avenue prometteuse pour renforcer la participation citoyenne et améliorer la pertinence et l'acceptabilité des interventions. Pourtant, l'implication des citoyens et des organismes communautaires dans ces démarches soulève de nombreux défis sur le terrain : concilier les échéanciers de la recherche avec ceux des communautés, bâtir une relation de confiance dans la durée, définir qui peut légitimement parler au nom d'un groupe, et composer avec des rapports parfois inégaux entre chercheurs, organisation de santé publique et personnes concernées. Cette communication propose une réflexion transversale sur ces enjeux à partir de plusieurs projets de recherche menés en co-construction avec trois groupes aux réalités distinctes : les personnes âgées, les personnes inuit vivant en milieu urbain et les personnes nouvellement arrivées au Québec.

Ces projets s'appuient sur des approches qualitatives et participatives avec des volets exploratoires et des ateliers de co-construction. L'implication des citoyen·ne·s et/ou des organismes communautaires a eu lieu à différentes étapes du processus de recherche, de la définition des questions à l'interprétation des résultats. L'analyse proposée ici est de nature réflexive et comparative : elle met en parallèle les stratégies mises en œuvre, les obstacles rencontrés et les ajustements effectués dans chacun de ces contextes, afin d'en dégager des constats transversaux sur les conditions favorables à la co-construction.

Les constats dégagés mettent en lumière des défis communs : temporalité de la recherche peu compatible avec celle des communautés, enjeux de confiance et de légitimité, besoin de processus d'habilitation adaptés aux réalités culturelles et linguistiques de chaque groupe, ainsi qu'une nécessaire capacité d'adaptation du chercheur, voire un certain lâcher-prise quant à la maîtrise du processus de recherche.

Ces réflexions visent à outiller les chercheurs et les praticiens souhaitant s'engager dans des démarches de co-construction avec des groupes en situation de vulnérabilité ou de marginalisation.

## 1C-2 Analyse réflexive et évaluation d'un comité citoyen pour l'accès aux soins des personnes im/migrantes non admissibles à la RAMQ

**Danielle Kouhio Depri, Lara Gautier, Ahmed Hamila, Edward Ou Jin Lee**

*Direction de santé publique de Montréal, Université de Montréal, CReSP*

Au Québec, selon une estimation effectuée par l'Institut Universitaire SHERPA (2020), il y aurait près de 50 000 personnes migrantes sans aucune assurance médicale. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré les effets délétères sur la santé, d'une absence d'assurance médicale en raison du statut migratoire. La grande région de Montréal accueille près de 80% des personnes im/migrantes résidant au Québec. Depuis 2018-2019, la Direction de Santé publique de Montréal (DRSP) contribue à des interventions afin d'améliorer la santé des personnes im/migrantes à statut précaire. En 2021-2022, la DRSP et la Ville de Montréal en collaboration avec Médecins du Monde, ont mis en place un comité citoyen visant à éclairer les interventions de ces deux institutions concernant l'accès aux soins de santé et aux services municipaux pour les personnes im/migrantes à statut précaire. Ce projet a également fait l'objet d'une évaluation par une équipe de recherche affiliée au CReSP (2023-2025).

Dans le cadre de ce colloque international sur la santé communautaire, nous proposons 1) de faire dialoguer une analyse réflexive portée par les deux personnes coordonnatrices de ce comité citoyen avec les résultats de l'évaluation menée par une équipe de recherche affiliée au CReSP, 2) d'identifier les conditions, défis et enjeux éthiques associés à la participation citoyenne de personnes im/migrantes en situation de précarité et 3) de proposer des pistes d'actions et perspectives pour une participation citoyenne effective et éthique en contexte de marginalisation et en milieu institutionnel.

D'une part, ce comité citoyen de nature consultative vise à créer un espace de dialogue et d'écoute avec des personnes im/migrantes en situation de précarité ou ayant vécu cette expérience. D'autre part, il a pour objectif de mieux cerner leurs expériences quotidiennes d'accès et d'utilisation des soins de santé, des ressources communautaires et municipales afin de prendre en compte leurs besoins et les solutions qu'elle proposent dans le développement d'interventions les ciblant.

L'analyse réflexive est issue de discussions et d'observations informelles du quotidien de ce comité citoyen. Elle a fait l'objet d'un processus de rédaction visant à documenter les questionnements éthiques soulevés par un espace citoyen inédit à la DRSP et à la Ville de Montréal dans le cadre d'une publication scientifique.

La recherche évaluative a été réalisée selon une méthode qualitative à partir d'entrevues individuelles avec certaines personnes impliquées dans le comité (par ex : membres, personnel, etc.).

Ce dialogue croisant savoirs professionnel et académique entend proposer un éclairage sur les aspects processuels de la mise en place d'intervention de participation citoyenne en santé publique à partir de cette expérience. Premièrement, en mettant en lumière les défis et angles morts de cette approche tout en soulignant les facteurs critiques nécessaires à une telle mise en œuvre. Deuxièmement, en proposant des pistes d'action pour la pratique et la recherche afin de mieux ancrer ces démarches de participation citoyenne au-delà du symbolique. Et enfin troisièmement, en présentant les prochaines actions à court-moyen terme entrevues par la DRSP et la Ville de Montréal visant à intégrer ces données de la recherche dans une perspective d'équité et de justice sociale.

### 1C-3 Un plan d'action pour améliorer l'inclusion sociale des personnes vivant avec la maladie cœliaque : une approche de coconstruction avec Cœliaque Québec

**Maude Perreault<sup>1,2</sup>, Chloé Vaccarino<sup>1</sup>, Edith Lalanne<sup>3</sup>, Christine Desjardins<sup>3</sup>, Saja Farhat<sup>1</sup>, Prévost Jantchou<sup>1,4</sup>, Ahmed Maherzi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>2</sup> Centre de recherche du CIUSSS-NIM, Montréal, QC, Canada ; <sup>3</sup> Cœliaque Québec, Québec, Canada ; <sup>4</sup> Centre de recherche Azrieli du CHU Sainte-Justine, Montréal, QC, Canada

La maladie cœliaque est une maladie auto-immune chronique dont le seul traitement est une alimentation stricte sans gluten à vie. Une étude réalisée en 2022 par le Département de nutrition de l'Université de Montréal et le partenaire communautaire Cœliaque Québec a identifié des enjeux d'exclusion sociale vécus par les adultes québécois diagnostiqués avec la maladie cœliaque. Ces résultats probants ont jeté les bases pour une approche de coconstruction partenariale. Ainsi, l'équipe de recherche et Cœliaque Québec ont tenu un Forum Citoyen en novembre 2024, réunissant patients, professionnels, étudiants, chercheurs, et décideurs pour identifier des pistes de solutions concrètes en vue de mettre sur pied un plan d'action.

Objectifs: Coconstruire un plan d'action englobant les priorités nommées lors du Forum citoyen.

Méthodologie : Basé sur les enjeux majeurs identifiés lors du Forum Citoyen, le comité organisateur s'est rencontré une vingtaine de fois pour coconstruire un plan d'action ainsi que pour en organiser sa diffusion auprès des acteurs concernés.

Le plan d'action comprend quatre axes prioritaires, soit 1) Amélioration du diagnostic et du parcours de soins, 2) Accès financier et disponibilité des produits sans gluten, 3) Sensibilisation, inclusion sociale et soutien et 4) Recherche et innovation, englobant un total de 9 projets et 27 actions avec leurs indicateurs. La diffusion du plan d'action a été réalisée à l'aide d'un rapport écrit et de quatre capsules vidéo succinctes où interviennent des patients-partenaires, des professionnels de la santé et du milieu de l'alimentation ainsi que des chercheurs. Le plan d'action et ses capsules vidéo ont été officiellement lancé le 4 juin 2026 lors d'un événement en mode hybride tenu à l'Université de Montréal.

Le plan d'action et le processus de coconstruction ont mis en évidence l'importance d'une approche interdisciplinaire et participative pour améliorer l'inclusion sociale des personnes vivant avec la maladie cœliaque. Les prochaines étapes incluent la diffusion auprès d'autres équipes travaillant sur des maladies chroniques qui pourraient s'inspirer de cette méthode de collaboration partenariale, ainsi que le suivi annuel des actions du plan d'action qui attestera de l'engagement envers la communauté.

### 1C-4 Valoriser des données collectées auprès des femmes en contexte d'accouchement pendant la COVID-19

**Morange Catherine Lemire, Sarah Landry**

*Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (MAE)*

La pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires mises en place entre mars 2020 et mars 2022 ont eu des effets significatifs sur les personnes ayant vécu une grossesse ou un accouchement au Québec. Le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (MAE), avec le soutien du Regroupement Naissances Respectées (RNR) ont d'abord souhaité comprendre le vécu des personnes et documenté afin de faire du plaidoyer. Cependant, il est apparu nécessaire de documenter ces expériences afin de mieux comprendre les impacts des mesures sanitaires et du contexte pandémique sur le vécu périnatal, afin d'en dégager des apprentissages utiles pour l'avenir.

Cette communication vise à présenter les résultats recueillis dans le cadre d'un rapport mené sur plusieurs années, intitulé : « RAPPORT SUR LES EFFETS DE LA COVID-19 SUR LE CONTEXTE D'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC ». Ce rapport, publié le 19 mai dernier, compile 848 réponses à des questionnaires disponibles en ligne lors des vagues 1 à 7 de la pandémie; une vingtaine de témoignages oraux et écrits; huit entrevues individuelles semi-dirigées, ainsi qu'un groupe de discussion de type focus groupe. De cette recherche émergent trois principaux constats : une augmentation du stress et de l'isolement vécus pendant la grossesse et l'accouchement, une augmentation du stress et de l'incertitude liés à la variabilité des mesures sanitaires, ainsi qu'une mise en lumière des inégalités en santé.

Le rapport a cherché à documenter les effets de la gestion pandémique sur les soins obstétricaux et sur les parcours en périnatalité au Québec, en portant une attention particulière aux expériences des personnes racisées et immigrantes. Le dernier volet de l'étude a été développé afin de pallier la sous-représentation de ces femmes dans les questionnaires publiés en ligne, ainsi que dans un rapport préliminaire publié en septembre 2020 par le collectif Accoucher en pandémie, composé alors du Regroupement Naissances Respectées (RNR), du Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (MAE, anciennement Groupe MAMAN) et de l'Association québécoise des doulas (AQD, anciennement AQAN). Cette

communication souhaite donc présenter les défis vécus dans la collecte de données et la valorisation de ces données dans le contexte d'un organisme communautaire en défense collective des droits. Nous voulons aussi valoriser les recommandations en faveur des soins plus équitables, respectueux et humains en santé périnatale.

## Atelier 2 — Santé communautaire et numérique

Enjeu 2 — Numérique • Salle 306 • Mercredi 14 octobre

### 2-1 Le recours à l'IA par les patients vivant avec des affections chroniques dans l'autogestion de la santé : implications éthiques et organisationnelles

**Kossi Eden Andrews Adandjesso**

*Université Laval*

La COVID longue caractérisées par des symptômes persistants (fatigue, trouble cognitif, douleurs musculaires, etc.). Sa prise en charge est complexe et les patients éprouvent des difficultés à accéder à des soins et services de santé adéquats. Dans ce contexte, l'IA est utilisée comme un substitut clinique. En effet, les patients utilisent désormais l'IA comme ressources interprétatives pour comprendre leur état de santé, en substitution partielle aux médecins, suscitant des enjeux éthiques et organisationnels en termes de responsabilité et de décision médicale. Alors, dans quelle mesure l'usage de l'intelligence artificielle comme substitut clinique par les patients redéfinit-il la responsabilité et de la décision médicale ?

Cette recherche s'inscrit dans une méthodologie qualitative. L'objectif est d'explorer l'expérience des personnes atteintes de COVID longue concernant la complexité de leur prise en charge, ainsi que leur recours à IA comme ressources supplémentaires ou un substitut clinique. Elle mobilise trois méthodes : une analyse documentaire permettant de documenter la trajectoire de soins ; des entrevues semi dirigées ayant permis d'interroger 16 répondant.es concernant leur prise en charge ; et un questionnaire auto-administré visant à recueillir des témoignages écrits et auto-rapportés concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle. Les données collectées ont été transcrites, analysées et interprétées à l'aide de logiciel Taguette.

Les données révèlent que plus de 80% des patients sont en attente d'une consultation spécialisée. Les délais d'attente moyens varient entre 6 et 18 mois. Par ailleurs, plus de 85% rapportent un manque de reconnaissance de leur expérience, ce qui limite une prise en charge appropriée. Face à ces contraintes structurelles, plus de 93% des répondants (15 sur 16) déclarent recourir à l'intelligence artificielle (ChatGPT, Claude, Gemini,) à la place des médecins afin de mieux comprendre leurs symptômes et d'obtenir des conseils pratiques pouvant faciliter leur gestion. Aussi, la majorité des répondants soulignent leur responsabilité et leur autonomie décisionnelle dans le recours à l'IA pour comprendre leur santé.

L'usage de l'IA comme substitut clinique intervient dans un contexte de contraintes d'accès aux soins et de délégitimation de l'expérience des patients. Ce déplacement vers l'IA appelle à la reconfiguration à la fois des processus de prise de décision médicale et des responsabilités liées à la gouvernance des systèmes de santé.

### 2-2 Innover sans exclure : la télésanté en soins infirmiers communautaires en contexte de vulnérabilité

**Anne Guichard, Lise Poisblaud, Anthony Lachance, Edilberto Cristancho Quintero, Marie-Pierre Gagnon**

*Université Laval, Québec*

Les personnes qui utilisent des substances psychoactives (PUS) font face à d'importantes inégalités sociales de santé (ISS) liées à la stigmatisation, à la précarité, aux difficultés d'accès aux soins et à la complexification des besoins dans un contexte de polycrise. L'augmentation des surdoses, la fragilisation de la santé mentale, la crise du logement, l'itinérance ainsi que les tensions vécues par les réseaux de santé et les milieux communautaires accentuent les ruptures de services pour les populations les plus marginalisées.

Cette communication présente une réflexion issue du développement d'un service infirmier de téléconsultation à bas seuil à Québec destiné aux PUS, fondé sur les principes de réduction des méfaits et de santé communautaire. Les objectifs étaient de comprendre les besoins et les attentes des personnes concernées et des professionnel·les, d'identifier les leviers et les défis à la mise en œuvre d'un tel service, ainsi que d'en explorer le potentiel pour améliorer l'accès aux soins et réduire les ISS.

Une étude qualitative a été menée auprès de 35 participant·es : PUS, infirmier·ères, intervenant·es, pair·es aidant·es et informateurs clés provenant des milieux publics, communautaires et de différents territoires (urbains, ruraux et nordiques). Réalisé en étroite collaboration avec la clinique SABSA, organisme communautaire offrant des soins infirmiers de proximité auprès de personnes en situation de vulnérabilité, le projet repose sur des entretiens semi-dirigés analysés selon une approche thématique centrée sur les réalités vécues et les dimensions socio-structurelles de la santé.

Les résultats montrent que l'enjeu central ne réside pas tant dans la technologie que dans le modèle de soin sous-jacent. Ce qui fait la différence est la manière dont le soin et la relation sont pensés, construits et maintenus dans le temps. Le modèle qui se dégage s'inscrit dans une logique de soins intégrés et collaboratifs, articulée avec le réseau de santé, les services sociaux et le milieu communautaire. Il reflète les principes des approches communautaires et des services à bas seuil.

La téléconsultation peut contribuer à franchir certaines frontières géographiques, organisationnelles et symboliques, sans toutefois les faire complètement disparaître. Son potentiel repose sur sa capacité à rejoindre des personnes éloignées des services traditionnels ou en rupture en s'adaptant davantage à leurs réalités. Au cœur de ce modèle, l'infirmière apparaît comme une figure pivot, assumant des fonctions cliniques, relationnelles et organisationnelles. Les participant·es soulignent

l'importance de la simplicité des outils, de la flexibilité des modalités de soins, de la continuité relationnelle et du lien de confiance.

Les technologies numériques ont certes le potentiel de reproduire ou d'accentuer certaines inégalités liées à la fracture/littératie numériques. Toutefois, si on les pense en arrimage avec les milieux communautaires, elles peuvent agir comme des leviers pour réduire certaines barrières d'accès et soutenir le pouvoir d'agir des personnes.

## 2-3 Perspectives des médecins de famille québécois quant à l'utilisation de la téléconsultation (par vidéo ou par téléphone) en première ligne

**Alphonse Sowanou<sup>1,2</sup>, Mélanie Le Berre<sup>1,2</sup>, Thomas G. Poder<sup>1,2,3,4</sup>, Aude Motulsky<sup>5</sup>, Catherine Hudon<sup>6</sup>, France Légaré<sup>1,2</sup>, Marie-Thérèse Lussier<sup>5</sup>, Mylaine Breton<sup>6</sup>, Maude Laberge<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Université Laval, Québec, QC, Canada ; <sup>2</sup> Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval / Vitam, Centre de recherche en santé durable-Université Laval, Québec, QC, Canada ; <sup>3</sup> Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Montréal, QC, Canada ; <sup>4</sup> Centre de recherche de l'USMM, CIUSSS de l'Est de l'Île de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>5</sup> Université de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>6</sup> Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

Plusieurs études mettent en évidence la supériorité de la téléconsultation par vidéoconférence par rapport au téléphone, notamment en ce qui concerne la qualité des interactions cliniques et la satisfaction des médecins de famille (MF). Toutefois, les MF québécois privilégient largement le téléphone. En effet, selon le rapport de 2022 du Vérificateur général du Québec, 99 % des téléconsultations ont été réalisées par téléphone, contre seulement 1 % par vidéoconférence.

L'objectif de cette étude est de recueillir les expériences et les perceptions des MF à l'égard de la téléconsultation, ainsi que de comprendre comment ils prennent leurs décisions d'utiliser l'une ou l'autre des modalités de consultation.

Il s'agit d'une étude qualitative en cours, pour laquelle nous avons développé un cadre conceptuel inspiré de trois modèles théoriques, dont la Unified Theory of Acceptance and Use of Technology ainsi que le cadre de valence contextualisée pour l'adoption de la télémédecine. Nous avons recruté quatorze participants par échantillonnage de convenance. Nous avons ensuite mené des entretiens individuels semi-dirigés avec ces participants, à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à partir du cadre conceptuel. Les entretiens ont ensuite été retranscrits, puis codés selon une analyse thématique déductive-inductive à l'aide du logiciel NVivo 15®, par deux chercheurs (analyse en cours). Les résultats seront rapportés conformément aux lignes directrices du Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

Les données préliminaires indiquent que, sur le plan des perceptions, les principaux thèmes sont les suivants : l'égalité des soins, la qualité des soins, la commodité, la flexibilité, la productivité et la déshumanisation des soins. Les principaux facteurs influençant le choix de la modalité de consultation sont le motif de consultation, ainsi que des facteurs liés aux médecins (une habitude de pratique), aux patients (localisation, surdité, l'âge, littératie, préférence), aux technologies (fiabilité des outils, risque de perte de contrôle sur les données et risque médical) et à la clinique de soins.

Les résultats définitifs permettront de mieux comprendre l'utilisation de la téléconsultation par les MF québécois, notamment leur recours privilégié au téléphone. Sur le plan clinique, les résultats définitifs soutiendront l'élaboration d'interventions (ex : des guides de pratique) favorisant un usage approprié des différentes modalités de consultation.

## 2-4 Artificial Intelligence for Bipolar Disorder Psychoeducation: A Blinded Physician Evaluation of ChatGPT Versus Physician Responses

**Aroldo Dargél<sup>1,2,3</sup>, Tanya Tanya<sup>1</sup>, Aditya Saluja<sup>1</sup>, Curtis Gough<sup>1</sup>, Lylah Khan<sup>1</sup>, Dorothy Hong<sup>1</sup>, Hana Khan<sup>1</sup>, Sara Mahdiabadi<sup>1</sup>, Vinicius A. Dargél<sup>1,4</sup>, Marion Imabault<sup>1,5</sup>**

<sup>1</sup> University of Ottawa / The Ottawa Hospital, ON, Canada ; <sup>2</sup> Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Neuroscience Program, ON, Canada ; <sup>3</sup> Children's Hospital Eastern Ontario-CHEO Research Institute, ON, Canada ; <sup>4</sup> Centro de Testagem e Aconselhamento Comerciais, Fiocruz/ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro ; Associação Hospitalar Vila Nova, Porto Alegre, Brésil ; <sup>5</sup> Faculté de Médecine Paris-Saclay, Université Paris-Saclay, AP-HP, Kremlin-Bicêtre, France

Le trouble bipolaire (TB) est un problème majeur de santé publique associé à des épisodes récurrents et à une mortalité accrue. Les personnes atteintes de TB et leurs proches présentent fréquemment des besoins non comblés en matière de psychoéducation et d'accompagnement accessible. Les grands modèles de langage (LLM), tels que ChatGPT, sont de plus en plus utilisés pour obtenir de l'information et du soutien en santé mentale. Toutefois, la qualité de leurs réponses aux questions portant sur le TB demeure peu documentée. Cette étude visait à comparer les réponses générées par ChatGPT à celles rédigées par des médecins en évaluant la compassion, l'empathie, le ton de soutien, l'exactitude scientifique, la lisibilité et la préférence des évaluateurs.

Dans cette étude transversale, 100 questions liées au TB, accompagnées de réponses médicales validées, ont été sélectionnées aléatoirement à partir d'une plateforme publique de médias sociaux. Pour chaque question, une réponse a été générée par ChatGPT. Les réponses de ChatGPT et des médecins ont été anonymisées, présentées aléatoirement et évaluées en aveugle par cinq médecins (deux psychiatres et trois médecins de famille). Chaque réponse a été cotée à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points pour la compassion, l'empathie, le ton de soutien et l'exactitude scientifique. La lisibilité a été évaluée au moyen des indices de Flesch-Kincaid.

Parmi 9 000 évaluations, les réponses de ChatGPT ont été préférées à celles des médecins dans 93,33 % des cas. Comparativement aux réponses médicales, elles ont obtenu des scores significativement plus élevés pour la compassion ( $4,87 \pm 0,38$ ), l'empathie ( $4,88 \pm 0,38$ ), le ton de soutien ( $4,87 \pm 0,43$ ) et l'exactitude scientifique ( $4,92 \pm 0,28$ ) (tous  $p < 0,0001$ ). Les évaluateurs ont ainsi jugé les réponses de ChatGPT plus empathiques, soutenantes et cliniquement cohérentes.

Les réponses médicales étaient plus courtes que celles de ChatGPT (110,2 contre 146,0 mots en moyenne ;  $p < 0,0001$ ). Toutefois, 75 % des réponses de ChatGPT correspondaient à un niveau de lecture universitaire, comparativement à 9 % des réponses médicales. De plus, leur score moyen de facilité de lecture de Flesch était inférieur (23,09 contre 50,11), indiquant une lisibilité moindre.

Dans cette étude en aveugle fondée sur des questions réelles relatives au TB, les réponses générées par ChatGPT ont été nettement préférées aux réponses médicales validées et jugées plus compatissantes, empathiques, soutenantes et scientifiquement exactes. Ces résultats suggèrent que les LLM pourraient contribuer à renforcer la psychoéducation en trouble bipolaire. Toutefois, leur lisibilité demeure perfectible et les évaluations statiques ne reflètent pas pleinement la complexité de la relation thérapeutique. Des études supplémentaires devront examiner la sécurité, les perspectives des patients et des proches, ainsi que les retombées cliniques réelles avant toute utilisation autonome de ces outils.

# Atelier 1D — Innovations, pratiques critiques et perspectives comparées

Enjeu 1 — Usagers • Salle 302 • Mercredi 14 octobre

## 1D-1 Santé communautaire sans communauté ? Les matrones haïtiennes face à la dépossession institutionnelle

**Tania Pierre Charles**

*Université du Québec à Montréal (UQAM)*

La Déclaration d'Alma-Ata (1978) constitue un moment fondateur de la santé communautaire mondiale. En affirmant que les soins de santé primaires doivent reposer sur la participation pleine et entière des communautés, elle posait une vision radicalement inclusive, une vision qui, en Haïti, décrivait sans le savoir une réalité déjà existante.

Les matrones haïtiennes (sages-femmes traditionnelles ancrées dans les communautés rurales) incarnaient en effet, bien avant 1978, les principes mêmes qu'Alma-Ata allait théoriser : ancrage territorial, accessibilité économique et culturelle, savoirs transmis collectivement, participation active des femmes à leur propre prise en charge reproductive. Leur pratique n'attendait pas de cadre international pour exister : elle constituait l'ossature d'une santé communautaire endogène, vivante et adaptée.

L'opérationnalisation d'Alma-Ata en Haïti n'a pas été uniforme. Dans un premier temps, ses principes ont été réellement intégrés dans la politique sanitaire : les matrones ont été reconnues comme actrices des soins de santé primaires, formées et intégrées dans les programmes du Ministère de la Santé. Mais les réformes néolibérales des années 2000 structurées par les conditionnalités des bailleurs internationaux (USAID, Banque mondiale) et le Plan stratégique de réforme du secteur santé de 2005 ont opéré une substitution silencieuse. Le vocabulaire d'Alma-Ata est maintenu : participation communautaire, équité, soins primaires. Mais ces principes sont désormais dépourvus de leur essence émancipatrice, réinterprétés selon une logique biomédicale et eurocentrique dans laquelle les matrones ne sont plus des partenaires à reconnaître, mais un problème à gérer, à former, à contrôler, voire à remplacer.

La dépossession opère aussi par la définition des rôles : ce sont désormais les documents institutionnels (politiques du MSPP, protocoles des bailleurs) qui déterminent qui fait quoi dans le champ de la santé communautaire. Dans cette nouvelle architecture, les matrones restent membres de la communauté, mais se voient dépossédées de leur autorité reproductive : leur savoir est ignoré, leur rôle redéfini, leur champ d'action délimité par des critères bureaucratiques et biomédicaux qui ne leur appartiennent pas. C'est ce processus que nous qualifions de dépossession : non un échec de mise en œuvre, mais une stratégie structurelle d'exclusion des savoirs et des pratiques communautaires non biomédicaux.

S'appuyant sur une recherche qualitative doctorale conduite dans le département du Sud d'Haïti, 23 entretiens semi-dirigés avec des matrones, 2 groupes de discussion avec des parturientes, analyse de 14 documents institutionnels, cette communication documente cette dépossession à travers trois dimensions : la redéfinition réglementaire du rôle des matrones, l'effacement progressif des matrones des espaces décisionnels de la santé communautaire locale, et leur mobilisation comme simples relais du système biomédical, dépossédées de toute autorité sur leur propre pratique.

Mais la dépossession n'est pas le dernier mot. Malgré des décennies de marginalisation institutionnelle, les matrones sont toujours là. Elles continuent d'accompagner les accouchements dans les zones rurales inaccessibles, de tisser des liens de confiance avec les femmes et les familles, de négocier leur place dans un système qui les exclut formellement. Leur persistance est elle-même une forme de résistance et un rappel que la santé communautaire en Haïti ne peut se penser sans elles.

Cette communication invite ainsi à poser une question fondamentale : peut-on parler de santé communautaire en Haïti (ou ailleurs) lorsque ses acteurs les plus enracinés en sont systématiquement exclus ?

## 1D-2 La fin de vie comme enjeu de santé communautaire : analyse des politiques québécoises de soins palliatifs et de fin de vie à la lumière de la promotion de la santé

**Ariane Plaisance**

*Université Laval*

Depuis les années 1970, le développement des soins palliatifs s'est largement appuyé sur une approche clinique centrée sur le soulagement de la souffrance et l'accompagnement des personnes en fin de vie. Aujourd'hui, plusieurs auteurs soutiennent que la fin de vie constitue également un enjeu de santé communautaire mobilisant les familles, les proches, les organismes communautaires, les municipalités et l'ensemble de la société. Inspirée de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, cette perspective propose de considérer le mourir, le deuil et l'accompagnement comme des réalités collectives nécessitant le développement des capacités des citoyens, des communautés et des politiques favorables. Cette communication orale vise à analyser dans quelle mesure les politiques québécoises portant sur les soins palliatifs et de fin de vie adoptées entre 2000 et 2025 intègrent les principes de la promotion de la santé appliquée à la fin de vie.

L'étude repose sur une analyse documentaire des principaux rapports gouvernementaux, politiques ministérielles, plans d'action, avis consultatifs et documents législatifs ayant structuré l'évolution des soins palliatifs et de fin de vie au Québec. Une grille d'analyse inspirée des cinq axes de la Charte d'Ottawa a été utilisée afin d'évaluer la manière dont les politiques québécoises abordent les dimensions sociales, communautaires et citoyennes de la fin de vie.

Les résultats montrent que les politiques québécoises accordent une attention importante à l'organisation des services, à l'amélioration de l'accès aux soins, à l'équité territoriale et à l'encadrement juridique des pratiques de fin de vie. Elles témoignent également d'une volonté de réorienter les services de santé afin de mieux répondre aux besoins des personnes en fin de vie. Toutefois, les dimensions liées à l'action communautaire, à la participation citoyenne, au développement des compétences collectives face au mourir et au soutien des communautés demeurent peu développées. Bien que la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (2010-2012) ait constitué un moment exceptionnel de délibération publique, peu de mécanismes permanents favorisent la participation des citoyens aux orientations des politiques de fin de vie.

Cette analyse met en lumière un paradoxe : malgré l'importance accordée à la dignité, à l'autonomie et à l'équité, les politiques québécoises ont principalement investi dans l'organisation des services et l'encadrement des pratiques, principalement l'aide médicale à mourir, sans développer de stratégie explicite visant à renforcer les capacités des citoyens et des communautés à faire face collectivement aux enjeux du mourir, du deuil et de l'accompagnement. Cette communication propose de réfléchir au potentiel de la promotion de la santé appliquée à la fin de vie comme cadre de développement des futures politiques québécoises de fin de vie.

### 1D-3 MAHO — Make America Horrible Again : le point sur le sort des Community Health Centers à l'ère du trumpisme 2.0

**Jean-Pierre Girard**

*Université du Québec à Montréal (UQAM)*

Grande innovation apportée au milieu des années soixante sous la présidence de Lyndon B. Johnson dans le cadre de l'initiative War on Poverty, les Community health centers ont combiné dès le départ des caractéristiques avant-gardistes; institution de première ligne associant la santé et le social avec des équipes multidisciplinaires, enracinées dans des communautés défavorisées, notamment des afro-africains et évoluant avec une gouvernance locale. Nonobstant un remarquable développement à l'échelle de ce pays et rejoignant plus de 30 millions d'états-unien soit près de 10% de la population, depuis le début de la présidence Trump 2, elles sont victimes de sévères coupes ayant comme conséquence une réduction de l'offre de service qui, entre autres, comme révélé par des études, génère des décès auprès de populations marginalisées. État des lieux se découpant en trois parties : rappel historique et fondement de ces organisations; situation en 2026 basée sur des études empiriques et perspective.

### 1D-4 Personnes âgées engagées dans des organismes de défense collective des droits : facteurs influençant leurs démarches contre les injustices

**Alexandra Ethier<sup>1,2</sup>, Carine Bétrisey<sup>\*3</sup>, Denis Bédard<sup>3</sup>, Danielle Paquette<sup>4</sup>, Annie Carrier<sup>3,5</sup>**

<sup>1</sup> Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada ; <sup>2</sup> CRÉGÈS et CRISES ; <sup>3</sup> Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada ; <sup>4</sup> AQDR Granby, Granby, QC, Canada ; <sup>5</sup> Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke, QC, Canada

Les personnes âgées engagées dans des organismes de défense collective des droits (ODCD) cherchent à réduire, voire prévenir, les situations d'injustices auxquelles elles ou leurs pairs sont confrontés. Bien qu'essentiel à l'amélioration des conditions de vie et de la justice sociale dans leur communauté, leur apport peut toutefois être affecté par différents facteurs d'influence (barrières, facilitateurs). Or, ces facteurs sont méconnus dans le contexte des ODCD des personnes âgées.

Cette communication vise donc à décrire les facteurs influençant les démarches de personnes âgées membres d'ODCD dans leurs actions contre des injustices.

La présentation s'attarde sur un volet d'une recherche partenariale utilisant un processus participatif d'ingénierie pédagogique multiméthode. Le but de cette recherche était de cocréer, avec les personnes âgées d'un ODCD partenaire, une formation et un accompagnement lors de leurs démarches pour réduire les injustices. Les personnes âgées de l'organisme partenaire ont pu signifier leur intérêt à participer à la suite de l'envoi d'un courriel par l'ODCD à ses membres. Soutenus par un guide d'animation, deux groupes de discussion focalisée avec respectivement huit et sept personnes participantes, ont permis de documenter les facteurs qui ont pu influencer les démarches contre les injustices. Une analyse de contenu a été appliquée sur les données audio-enregistrées et transcrites de ces deux groupes.

17 facteurs d'influence (8 barrières, 9 facilitateurs) ont été identifiés. Les barrières incluent : 1) un faible sentiment de compétence, 2) la crainte de représailles, 3) la timidité, 4) une conception erronée de ce qu'est une mobilisation, 5) une perception sociale que les personnes âgées ne devraient pas entreprendre ce type de démarches, 6) une incohérence entre les démarches et la mission de l'ODCD, 7) une démarche précipitée et 8) le manque de ressources financières. Quant aux facilitateurs, ils incluent : 1) la perception de la retraite comme une période d'activités, 2) des moyens de mobilisation adaptés,

3) une cohérence entre les démarches et la mission de l'ODCD, 4) des démarches structurées en étapes, avec un rythme adapté, 5) la présence d'un climat d'équipe à la fois sérieux et ludique, 6) la participation de membres avec des intérêts partagés, 7) la présence d'un bon leader, 8) le travail d'équipe et 9) les partenariats.

## Atelier 3 — Santé communautaire et territoire

Enjeu 3 — Territoire • Salle 306 • Mercredi 14 octobre

### 3-1 Dialogue intersectoriel et participation citoyenne à la gouvernance locale en santé : leçons de la collaboration communautaire-publique à Montréal-Nord

**Isabelle Ruelland, Nancy Harvey**

*Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, Canada ; Programme de santé publique et organisation communautaire, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire*

Cette communication examine comment les organismes communautaires et les institutions de santé publique peuvent renouveler la gouvernance collaborative locale et la participation citoyenne afin de lutter contre les inégalités persistantes. Il porte sur le comité ConsultActions, une initiative de dialogue intersectoriel et de consultation citoyenne mise en place lors de la planification du nouveau Centre local de santé communautaire (CLSC) Montréal-Nord-Est. La recherche explore comment les organismes communautaires et les acteurs publics coconstruisent des mécanismes participatifs pour renforcer le droit à des services de santé équitables et de proximité. Sur le plan théorique, elle contribue à la compréhension de la manière dont le tiers secteur participe à la redéfinition de l'action publique à travers les cadres de l'innovation sociale (Fontan et Klein, 2020), de l'autonomisation collective (Ruelland, 2020) et de la collaboration intersectorielle (Divay et Slimani, 2018). Les collaborations entre les réseaux communautaires et les institutions publiques se heurtent souvent à des contraintes de gestion et à des pressions de reddition de comptes qui limitent leur portée transformatrice (Parent et al., 2012). Cette recherche vise à combler cette lacune en documentant comment les acteurs communautaires et institutionnels négocient concrètement des dispositifs de gouvernance hybrides. L'étude utilise une méthodologie de recherche-action participative (RAP) codéveloppée avec la Table de quartier de Montréal-Nord (TQMN) et des professionnels de Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire depuis 2023. La collecte de données combine l'observation participante, des entrevues semi-structurées et l'analyse des processus délibératifs de ConsultActions. Ancrée dans les traditions de recherche collaborative et de coconstruction réflexive des connaissances (Fontan et al., 2013; Carrel et al., 2017), l'approche positionne les partenaires communautaires et institutionnels comme chercheurs engagés dans la documentation et l'interprétation de leurs propres pratiques.

Les résultats montrent que l'initiative ConsultActions fonctionne comme une innovation sociale dans la gouvernance locale en santé, créant un espace intersectoriel durable où les représentants communautaires, les organisateurs et les administrateurs publics négocient les priorités locales et influencent la conception des services. Trois mécanismes sous-tendent cette innovation : (1) la réflexivité collective, favorisant une compréhension partagée et un apprentissage mutuel ; (2) le décloisonnement, grâce au rôle de médiateurs joué par les organisateurs communautaires entre les sphères civique et institutionnelle ; et (3) l'émergence d'une confiance favorisant de nouvelles formes de responsabilisation et de leadership partagé.

Ces processus transforment la logique de la consultation, passant d'un partage d'informations vertical à une gouvernance coconstruite, fondée sur la réciprocité et l'action locale. L'expérience de Montréal-Nord-Est démontre le potentiel du tiers secteur à tisser des liens entre les citoyens et les institutions publiques, et à stimuler le renouveau démocratique dans les contextes urbains marginalisés. Elle offre des perspectives pertinentes à l'échelle internationale sur la façon dont les infrastructures participatives en santé peuvent consolider les fondements de la gouvernance collaborative et favoriser l'innovation sociale.

### 3-2 Produire la santé autrement : les liens de confiance comme fondement territorial de la santé collective

**Farah Wikarski**

*Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires (CTROC)*

À l'heure où les systèmes de santé font face à des défis croissants liés aux inégalités sociales, à l'isolement, à l'érosion de la confiance envers les institutions et à la centralisation des décisions, il apparaît pertinent de s'interroger sur les différentes manières de produire la santé collective au sein des communautés.

Cette communication propose une réflexion issue de l'expérience des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux (OCASSS) du Québec et de leur profond ancrage territorial. Bien qu'ils soient souvent associés au champ de la santé et des services sociaux, les OCASSS ne constituent pas une extension du réseau public. Leur action ne se limite pas à répondre à des besoins individuels ou à pallier les insuffisances des services publics. À travers leurs pratiques de participation citoyenne, d'entraide, d'éducation populaire, de défense collective des droits et de mobilisation, ils contribuent à créer des conditions sociales relationnelles et démocratiques favorables à la santé collective.

Par leur présence de proximité, leur enracinement dans les réalités locales et leur autonomie d'action, les OCASSS participent au renforcement du tissu social, à la prévention des problèmes sociaux et de santé ainsi qu'au développement du pouvoir d'agir individuel et collectif. Ils constituent également des espaces privilégiés où se tissent des liens de confiance durables entre les personnes, les communautés et les acteurs du milieu. Souvent invisibles dans les approches traditionnelles de la

santé et difficiles à mesurer à l'aide des indicateurs habituels de performance, ces liens représentent pourtant un levier fondamental de solidarité, de résilience collective et de vitalité démocratique des territoires.

À partir d'exemples et de constats issus de l'expérience des OCASSS, des Tables et Regroupements régionaux d'organismes communautaires (TROC-ROC) et de la Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires (CTROC), cette présentation explorera comment l'approche territoriale permet aux communautés de développer leur capacité d'agir collectivement et de contribuer activement à leur propre bien-être. Elle mettra également en lumière certaines tensions entre cette logique d'ancrage communautaire et les tendances à la centralisation qui caractérisent actuellement la gouvernance des services publics, notamment lorsque les organismes communautaires sont envisagés principalement sous l'angle de leur capacité à répondre aux besoins non comblés par le réseau.

En filigrane, cette réflexion invite à élargir notre compréhension de la santé communautaire en reconnaissant que la santé collective ne se construit pas uniquement à travers l'organisation des soins et des services, mais également dans les espaces de participation citoyenne, d'action collective et de création de liens que constituent les OCASSS et les pratiques d'action communautaire autonome (ACA). Dans un contexte marqué par la centralisation et l'uniformisation des pratiques, elle propose de réaffirmer l'importance de préserver l'autonomie des communautés et leur capacité à participer aux décisions qui influencent leur santé et leur développement.

### 3-3 Prévenir ensemble : coconstruire la prévention du suicide avec les jeunes en contexte de ruralité

**Nathalie Maltais**

*Université du Québec à Rimouski (UQAR)*

La santé communautaire repose sur la participation active des usagers et des parties prenantes dans la définition des priorités et des interventions qui les concernent. Toutefois, cette participation soulève des enjeux importants liés à l'asymétrie des savoirs entre les citoyens et les professionnels, pouvant limiter la portée réelle de leur contribution. Ces enjeux sont particulièrement marqués en contexte de ruralité, où les ressources en santé mentale sont plus limitées, les réseaux de services plus restreints et les réalités territoriales spécifiques. Dans ce contexte, la participation est trop souvent confinée à des formes consultatives, sans véritable pouvoir d'influence sur les décisions. En prévention du suicide chez les jeunes en milieu rural, cette dynamique est particulièrement préoccupante, alors que les interventions sont fréquemment conçues sans une implication significative des personnes directement concernées.

Le projet PREVENTS (« prévenir ensemble ») vise à répondre à ces enjeux en proposant une recherche-action participative qui place les jeunes au cœur du processus de coconstruction des connaissances et des actions. L'objectif est de développer, avec des adolescentes âgées de 14 à 19 ans ainsi qu'avec des partenaires communautaires et institutionnels, des stratégies de prévention du suicide ancrées dans leurs réalités et leurs expériences de vie en milieu rural.

La méthodologie repose sur une démarche participative structurée en plusieurs phases, dont une première phase de coconstruction réunissant des jeunes et des acteurs du milieu afin de définir les enjeux prioritaires, d'élaborer le protocole et de concevoir les actions à mettre en œuvre. Dans ces milieux caractérisés par une proximité sociale et une offre de services parfois limitée, cette démarche vise un niveau d'engagement élevé, où les jeunes sont reconnus comme cochercheur.es et prennent part aux décisions concernant les orientations du projet. Des activités réflexives, créatives et dialogiques sont utilisées pour soutenir l'expression des savoirs expérientiels et favoriser un équilibre entre expertises scientifiques, professionnelles et citoyennes. La démarche inclut également le codéveloppement d'outils adaptés, tels que des guides d'entretien élaborés avec les participantes, afin de documenter les réalités vécues et les besoins perçus en matière de prévention.

Les retombées attendues concernent tant les pratiques que les savoirs. Le projet vise à produire des interventions plus pertinentes, acceptables et ancrées dans la réalité du milieu, tout en renforçant le pouvoir d'agir des jeunes et leur capacité à influencer les décisions qui les concernent. Il contribue également à documenter des modalités concrètes de participation citoyenne permettant de dépasser une participation symbolique et de tendre vers un réel partage du pouvoir décisionnel.

### 3-4 La planification territoriale intégrée en santé et prévention Post-COVID-19 : dynamiques municipales en Outaouais

**Arthur Mackosot**

*Université du Québec en Outaouais (UQO)*

Les municipalités québécoises apparaissent comme des acteurs stratégiques de prévention en santé, notamment par leurs interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé comme le logement, le transport, l'environnement bâti, les espaces verts et l'accessibilité territoriale (Solar et Irwin, 2010; Organisation mondiale de la Santé et ONU-Habitat, 2021; INSPQ, 2025). Malgré la contribution que pourraient jouer les municipalités en matière de santé globale des populations, cette contribution reste pour l'instant peu documentée par la recherche. Cela est particulièrement vrai pour les municipalités situées à l'extérieur des grandes métropoles où aucune étude n'a permis de voir comment les considérations de santé s'intègrent (ou pas) dans la planification territoriale.

Cette communication présente un devis de recherche qualitative portant sur le rôle des municipalités en matière de santé dans la région de l'Outaouais, qui compte d'importants territoires ruraux cohabitant avec un pôle urbain central. Il s'agira de voir plus précisément si et comment les cinq territoires de Municipalités régionales de comtés (MRC) de la région considèrent les déterminants sociaux de la santé dans leurs exercices de planification territoriale, tout spécialement depuis la pandémie de COVID 19.

L'étude s'inscrit dans une posture constructiviste interprétative, mobilise une articulation théorique entre la gouvernance collaborative (Ansell et Gash, 2008), les déterminants sociaux de la santé (Marmot et al., 2020), les approches « Health in All Policies » (Kickbush et Gleicher, 2012) et la théorie de la mise en œuvre des politiques publiques (Lipsky, 2010).

L'objectif général consiste à analyser comment les municipalités intègrent la prévention des problèmes de santé dans leurs stratégies territoriales, à identifier les différences entre les dynamiques urbaines et rurales dans l'Outaouais. Plus spécifiquement, la recherche vise à : (1) documenter les stratégies municipales favorisant des environnements propices à la santé; (2) comprendre les perceptions et expériences des acteurs municipaux, communautaires et institutionnels; et (3) analyser les leviers, contraintes et innovations influençant la gouvernance territoriale en santé.

L'étude adopte un devis d'étude de cas multiples exploratoire (Yin, 2017), combinant entretiens semi-dirigés, analyse documentaire et observation non participante. Une analyse thématique inductivo-déductive multiniveau (Braun et Clarke, 2021) permettra d'examiner les dynamiques structurelles, organisationnelles et opérationnelles influençant la prévention en santé dans les territoires. Nos données seront collectées qu'en début 2027. Ainsi pour notre communication, nous présenterons notre devis, incluant les questions de recherche, les hypothèses et la méthodologie prévue.

Cette recherche envisage de contribuer aux débats internationaux sur la territorialisation des politiques de santé publique, du rôle croissant des collectivités locales dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle propose également un cadre analytique transférable à d'autres contextes régionaux confrontés à des défis de gouvernance sanitaire post-COVID-19. Enfin, les résultats attendus pourraient soutenir les décideurs publics dans le développement des politiques intersectorielles favorisant des milieux de vie plus résilients, équitables et favorables à la santé communautaire.

# SESSION AFFICHES

Mardi 13 octobre 2026 • Présentations orales courtes (5 min par affiche) • Concours étudiant ASPQ

## P-1 Agir ensemble contre le VIH : la santé communautaire comme condition de transformation institutionnelle

**Romane Pollet-Cometti<sup>1</sup>, Rachel Sarfati<sup>1</sup>, Myriam Ben Dahmen<sup>1</sup>, Emna Ben Jelili<sup>1</sup>, Anna Larice Meneses Galvao<sup>1</sup>, René-Pierre Turmel<sup>1</sup>, Maude Laliberté<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Québec, Canada

Depuis les années 1980, la réponse au VIH au Québec s'est transformée grâce aux avancées biomédicales, à la mobilisation communautaire et à l'amélioration des traitements. Pourtant, l'augmentation récente des diagnostics et la persistance des inégalités d'accès à la prévention, au dépistage et au traitement montrent que les outils disponibles ne suffisent pas à garantir une réponse équitable et efficace. Les travaux du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur le VIH partent de cette tension : comment expliquer qu'un système disposant de connaissances, d'outils de prévention et de traitements efficaces peine encore à rejoindre certaines personnes et à soutenir leur continuité de soins?

Cette communication présente la démarche « Comprendre pour transformer : agir ensemble contre l'épidémie de VIH », développée par le CSBE afin d'analyser les mécanismes institutionnels, éthiques, juridiques et communautaires qui influencent la réponse québécoise au VIH. La démarche repose sur une approche qualitative, incrémentale, itérative, abductive et interdisciplinaire, combinant une analyse documentaire, une revue de littérature, des entretiens semi-dirigés auprès d'informateurs clés issus des milieux communautaires, institutionnels et académiques, ainsi qu'une analyse de gouvernance, d'éthique et de santé populationnelle. L'analyse mobilise six dimensions de santé populationnelle : santé et bien-être, territorialisation, intersectorialité, déterminants de la santé, réduction des inégalités, et besoins exprimés et non exprimés.

Les résultats mettent en évidence des angles morts systémiques : stigmatisation persistante, accès inégal à la prévention, ruptures entre dépistage et suivi clinique, fragilité des mécanismes de liaison, dépendance à des initiatives locales, et faible institutionnalisation de certaines pratiques communautaires. L'analyse de gouvernance souligne notamment l'absence de mécanismes formels et systématisés assurant, à l'échelle provinciale, la continuité entre le dépistage et le suivi clinique.

## P-2 La fracture numérique genrée dans l'implantation d'outils de santé numérique : étude du projet SanDi au Mali

**Jacob Fontaine<sup>1</sup>, Marie-Jeanne Eid<sup>2</sup>, Natalia Torres Orozco<sup>1</sup>, Gabriel Blouin Genest<sup>1</sup>, Jennyfer Boudreau<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Centre interdisciplinaire de développement international en santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada ; <sup>2</sup> Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Les outils de santé numérique constituent un levier important pour atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable des Nations Unies liée à la couverture universelle en santé. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont d'ailleurs intégré la numérisation du secteur de la santé à leurs priorités nationales, avec des effets positifs sur la santé reproductive, la santé des nouveau-nés et le dépistage du VIH/SIDA. Toutefois, lorsque ces interventions sont examinées à travers une perspective sensible au genre, plusieurs obstacles apparaissent. Des normes patriarcales peuvent limiter l'accès des femmes aux technologies, en raison notamment de leur dépendance financière ou des rapports de pouvoir au sein des ménages, ce qui restreint la propriété et l'usage d'outils essentiels à la santé numérique, comme les téléphones cellulaires.

Si la littérature scientifique documente exhaustivement l'effet des dynamiques genrées sur l'usage des outils de santé numérique par les patientes en Afrique subsaharienne, le point de vue des professionnelles des établissements de santé demeure peu étudié. Cette proposition répond à cette lacune en examinant comment le genre influence l'appropriation des technologies de santé numérique déployées par le Projet SanDi dans des centres de santé du Mali.

Le Projet SanDi a été réalisé entre 2021 et 2022 en partenariat entre le Centre de développement international en Santé de l'Université de Sherbrooke et trois partenaires maliens. Durant cette période, vingt-sept établissements de santé communautaires, répartis dans cinq régions, ont été équipés avec le logiciel Open Clinic, des ordinateurs et des lunettes intelligentes de télémedecine. Cent trente-cinq entrevues individuelles ont ensuite été réalisées, puis codées à l'aide d'un protocole issu de la méthode CAUTIC de Toussaint et Mallein (1994). L'analyse du codage thématique fait ressortir des résultats différenciés selon le genre. Les femmes semblent s'être moins bien approprié les outils numériques. Nous attribuons ceci à la persistance d'une fracture numérique genrée dans la société malienne qui se transpose dans l'usage des technologies de santé numérique par le personnel médical. Les rôles professionnels contribuent également à expliquer ces écarts. Les hommes occupent majoritairement des postes impliquant une utilisation quotidienne des outils numériques, alors que les femmes sont plus souvent présentes dans des professions de care où l'usage du numérique est secondaire.

Ce projet souligne l'importance de prendre en compte le genre dans les démarches de santé numérique afin d'en assurer le succès. Nous soutenons qu'un processus d'implantation sensible à la culture et au genre peut avoir un potentiel transformateur, notamment en favorisant la formation des femmes à l'usage des outils numériques et en contribuant ainsi à réduire la fracture numérique genrée.

### P-3 Participation citoyenne et approche de santé populationnelle : contributions, conditions et défis institutionnels

**Emna Ben Jelili<sup>1</sup>, Pierre-Henri Roux-Levy<sup>1</sup>, Rachel Sarfati<sup>1</sup>, Susan Usher<sup>1</sup>, René-Pierre Turmel<sup>1</sup>, Priyanka Saksena<sup>1</sup>, Anna Larice Meneses Galvao<sup>1</sup>, Yun Jen<sup>1</sup>, Maude Laliberté<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Québec, Canada

La Stratégie nationale de prévention en santé 2025–2035 place la participation citoyenne au cœur de l'action publique, affirmant que les actions de prévention doivent être conçues avec les citoyens et les collectivités. Pourtant, ses effets varient considérablement selon les conditions dans lesquelles elle est organisée et son degré d'intégration aux processus décisionnels. Le risque de participation symbolique - formellement existante, mais sans influence réelle sur les arbitrages - est bien documenté. Dans ce contexte, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a reçu le mandat de contribuer à la réflexion sur les conditions de renforcement de la participation citoyenne dans les actions de prévention, en précisant ses contributions, les conditions qui en déterminent la portée et les tensions qui en limitent l'effectivité.

L'analyse repose sur une recension systématique de la littérature en santé publique, gouvernance participative et éthique des politiques de santé, incluant six études canadiennes et québécoises (1984–2025). Les cadres théoriques mobilisés sont la typologie d'Arnstein (1969), le modèle tridimensionnel du pouvoir de Gaventa (2006), la notion d'espaces participatifs de Cornwall et Coelho (2007) et le principe d'imputabilité procédurale de Daniels (2000), articulés à une analyse du contexte institutionnel québécois (Loi 10, Santé Québec).

La participation citoyenne contribue à l'approche de santé populationnelle selon quatre axes : révéler les besoins non exprimés invisibles dans les données clinico-administratives; intégrer les valeurs sociétales dans les arbitrages de priorisation; renforcer l'équité en donnant une voix aux groupes marginalisés; favoriser l'apprentissage organisationnel. Cinq conditions déterminent son effectivité : l'intégration aux cycles décisionnels réels; l'accès à une information transparente; la reconnaissance des savoirs expérientiels comme complémentaires aux savoirs scientifiques; l'inclusion proactive des populations vulnérables; et des mécanismes de traçabilité et de rétroaction. Quatre défis structurels en limitent la portée : la centralisation de la gouvernance; les asymétries de pouvoir symbolique; la tension entre cohérence stratégique et adaptation territoriale;; et la polarisation et la désinformation, qui fragilisent l'espace délibératif.

### P-4 Repenser le domicile comme infrastructure de santé communautaire : du soutien à domicile au maintien de l'autonomie relationnelle

**Sophie Roy<sup>1</sup>, Myriam Ben Dahmen<sup>1</sup>, René-Pierre Turmel<sup>1</sup>, Susan Usher<sup>1</sup>, Maude Laliberté<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Québec, Canada

Le soutien à domicile est généralement conçu comme un ensemble de services visant à compenser les incapacités des personnes en perte d'autonomie. Les travaux du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) invitent toutefois à déplacer cette perspective. Cette communication propose de considérer le domicile non seulement comme un lieu de prestation de services, mais comme une infrastructure de santé communautaire où se croisent soins et services, personnes proches aidantes, organismes communautaires, ressources de proximité, conditions de logement et participation citoyenne. L'objectif est de montrer que le maintien à domicile repose moins sur la seule offre de services que sur la capacité des milieux à soutenir l'autonomie relationnelle des personnes.

La communication s'appuie sur la série de rapports Bien vieillir chez soi du CSBE, qui visait à évaluer la performance des soins et services de soutien à domicile au Québec dans un contexte de vieillissement démographique, de contraintes de ressources et d'évolution des besoins. L'approche mobilisée combine des analyses de performance, des comparaisons interprovinciales et internationales, des projections démographiques et financières, une analyse des programmes et des mécanismes de financement, ainsi qu'une délibération éthique issue du Forum de consultation du CSBE.

Les analyses montrent que les difficultés observées révèlent moins d'un manque d'engagement des acteurs que de défis structurels touchant la gouvernance, la coordination, l'organisation du travail et le financement. Ces enjeux se traduisent notamment par une fragmentation des parcours, des inégalités d'accès aux services, des ruptures de services et une surcharge des personnes proches aidantes. Les travaux mettent également en lumière les limites d'une approche centrée sur la seule compensation des incapacités. Elles invitent plutôt à une transition vers un modèle axé sur le maintien de l'autonomie relationnelle, où l'autonomie dépend à la fois des capacités individuelles, de la qualité des liens sociaux et de la capacité des milieux de vie à soutenir la participation des personnes à la vie collective.

Les retombées attendues incluent des pistes concrètes pour transformer l'écosystème de soutien : simplifier l'accès et la navigation dans le système, soutenir les personnes proches aidantes, mieux arrimer les acteurs publics, communautaires et privés, réduire les barrières financières et renforcer la planification territoriale. L'affiche présentera un modèle synthétique de cet écosystème ainsi que des leviers d'action territoriaux ancrés dans une approche de santé populationnelle.

## P-5 La concertation comme espace d'accès aux ressources : dynamiques de financement en sécurité alimentaire dans deux quartiers montréalais

Anne-Sophie Lê<sup>1</sup>, Geneviève Mercille<sup>2</sup>, Catherine Verreault<sup>3</sup>, Rosanne Blanchet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Département de nutrition, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>2</sup> Direction régionale de santé publique de Montréal, Montréal, QC, Canada ; <sup>3</sup> École de santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

L'insécurité alimentaire constitue une crise majeure, marquée par des iniquités sociales et territoriales. L'action intersectorielle est souvent proposée comme stratégie pour réduire l'insécurité alimentaire et soutenir l'action communautaire. À l'échelle des quartiers, l'action intersectorielle prend notamment forme dans des espaces de concertation en sécurité alimentaire, mobilisés pour coordonner l'action locale et soutenir la captation de ressources. Toutefois, les mécanismes par lesquels ces concertations influencent la captation et la distribution des ressources financières entre organismes demeurent peu documentés. Cette recherche vise à comprendre comment la concertation en sécurité alimentaire influence l'accès au financement, en examinant les interactions entre concertations locales, organismes communautaires et bailleurs de fonds régionaux.

**MÉTHODOLOGIE :** Cette étude de cas multiples compare deux quartiers montréalais, Côte-des-Neiges et Parc-Extension, et intègre une unité d'analyse régionale composée de bailleurs de fonds en sécurité alimentaire. Les données reposent sur 21 entretiens semi-dirigés auprès d'organismes communautaires et de bailleurs de fonds, ainsi que sur une analyse documentaire. Une analyse thématique abductive, guidée par la théorie de l'acteur-réseau, a été réalisée.

Trois mécanismes émergent. D'abord, la capacité de la concertation à soutenir une captation collective dépend des ressources qui structurent son fonctionnement. Lorsque la coordination est fragile ou insuffisamment financée, la définition de priorités communes et la formulation de projets collectifs susceptibles d'être financés demeurent limitées. Ensuite, la concertation influence la captation en permettant aux organismes de se positionner collectivement auprès des bailleurs de fonds. Toutefois, cette capacité demeure contrainte par les modalités et les logiques du financement, dont le financement par projet, le faible arrimage entre bailleurs et les exigences administratives, qui limitent le soutien à des démarches concertées structurantes à long terme. Enfin, des enjeux de représentativité et d'inclusion, tant dans les concertations que dans les mécanismes de financement, influencent quels acteurs et quels besoins deviennent visibles, priorités et financés.

Cette étude nuance l'idée selon laquelle la concertation suffirait à assurer une distribution plus équitable des ressources en santé communautaire. Elle montre que l'accès au financement dépend des relations entre concertations locales et bailleurs de fonds régionaux, mais aussi des ressources dédiées à la coordination de la concertation, des règles de financement et des rapports de pouvoir entre organismes. Ces résultats soulignent l'importance de financer le travail de concertation lui-même, d'adapter les appels à projets aux capacités variées des organismes communautaires et de soutenir proactivement les groupes sous-représentés.