



Organisation communautaire et santé publique : une revue rapide

Résumé

Contexte Faire avancer l'équité en santé est une priorité mondiale en santé publique, qui exige de mettre l'accent sur les déterminants structurels de la santé et les déséquilibres de pouvoir. L'organisation communautaire est une stratégie parmi d'autres pour cultiver le pouvoir au sein des communautés et faire avancer l'équité en matière de santé en défiant les systèmes oppressifs. Bien que l'on retrouve des exemples de partenariats en santé publique avec des groupes organisateurs des communautés et d'utilisation de méthodes d'organisation dans la littérature, ces stratégies demeurent un domaine de pratique sous-développé. Cette revue rapide vise à révéler les avantages, les défis et les résultats des partenariats gouvernementaux, à but non lucratif et universitaires en santé publique avec des organisateurs communautaires et/ou en appliquant des méthodes d'organisation communautaire.

Méthodes Une revue rapide a été réalisée à l'aide des bases de données PubMed et Cochrane. Les articles ont été inclus s'ils mettaient l'accent sur la santé publique en appliquant des méthodes d'organisation communautaire et/ou en partenariat avec des groupes d'organisation communautaire, et s'ils faisaient état d'avantages, de limites et/ou de résultats pour la santé communautaire et/ou publique. Les articles admissibles étaient des recherches primaires, des rapports sur les pratiques ou des revues systématiques publiés entre 2000 et le 10 août 2023. Les articles étaient exclus s'ils étaient publiés à l'extérieur du Canada, des États-Unis, de l'Europe, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande; s'ils n'étaient pas en anglais ou accessibles en ligne; et s'ils n'étaient pas liés à la santé publique et à l'organisation communautaire.

Résultats Vingt-quatre articles répondaient aux critères d'inclusion, dont 17 études de recherche primaire et sept rapports sur les pratiques. Les sujets étaient variés, la santé et la justice environnementales étant les sujets les plus courants. Trois articles quantitatifs ont étudié le capital social. Les résultats qualitatifs ont révélé 10 thèmes décrivant sept avantages et trois défis pour la santé publique. Les avantages sont les suivants : une efficacité accrue en santé publique, l'établissement ou la modification des priorités, le renforcement du pouvoir communautaire, l'amélioration de la collecte de données et de la recherche, des changements de politiques, le renforcement des capacités communautaires et l'augmentation du capital social. Parmi les défis se trouvent les obstacles administratifs, les différences d'approche et les défis associés à l'organisation communautaire.

Dans l'ensemble, la base de données probantes révèle un manque de travaux de recherche sur la santé publique en partenariat avec des organisateurs communautaires ou en utilisant des méthodes d'organisation communautaire.

Conclusion La revue souligne la capacité de l'organisation communautaire à faire avancer l'équité en santé, à améliorer l'efficacité de la santé publique et à apporter divers avantages aux collectivités. Il met l'accent sur la valeur des partenariats avec des organisateurs communautaires et des méthodes d'organisation communautaire en tant qu'approches prometteuses pour la pratique de la santé publique, révélant une harmonisation dans la prise en compte des déterminants sociaux et structurels de la santé.

Mots-clés Organisation communautaire, renforcement du pouvoir communautaire, déterminants sociaux de la santé, déterminants structurels de la santé, pouvoir, pratique en santé publique, équité en santé, revue rapide

Cet article a été publié en anglais par BMC Public Health. Citation: Jimenez, C., Heller, J.C. Community organizing and public health: a rapid review. BMC Public Health 25, 669 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21303-8>

Cet article a été traduit avec l'autorisation de BMC Public Health par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Introduction

Faire avancer l'équité en santé est une priorité pour le secteur de la santé publique à l'échelle mondiale, y compris au Canada [1]. L'équité en santé est obtenue lorsque « tout le monde (individus, groupes et collectivités) dispose d'un accès équitable aux possibilités d'atteindre un état de santé optimal. Cela sans être défavorisé par des conditions sociales, économiques et environnementales » [2]. Le concept des déterminants structurels de la santé décrit comment les règles écrites et non écrites, y compris les valeurs, les visions du monde, les politiques, et les pratiques, créent des tendances durables d'avantages et de désavantages parmi les groupes socialement construits et abritent l'oppression structurelle, y compris la suprématie blanche [3]. Ces tendances durables façonnent les conditions sociales qui ont une incidence sur la santé et qui sont des causes d'inégalités sociales de santé [3].

Alors que ces tendances durables qui produisent des inégalités sociales de santé sont persistantes, elles sont aussi injustes et évitables, ce qui signifie qu'elles peuvent être changées. La science ancienne comme moderne sur les déterminants sociaux et structurels de la santé met l'accent sur la répartition du pouvoir qui est essentielle pour transformer les systèmes, les forces et les règles pour faire avancer efficacement l'équité en santé [3–9]. Il existe différentes façons de conceptualiser le pouvoir, mais en termes simples, « le pouvoir réfère à la capacité de se réaliser » [10]. Réorienter l'équilibre des relations de pouvoir implique de favoriser le pouvoir au sein des communautés méritant l'équité et de bouleverser le pouvoir des intérêts qui s'opposent à l'équité en santé [8, 9].

Le domaine de la santé publique a intégré l'autonomisation communautaire comme stratégie depuis au moins la fin des années 1970 [4, 11, 12]. La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 décrit la « participation communautaire » d'une manière qui reflète l'idée de renforcer le pouvoir de la communauté : « La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge

leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent donc à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, et seront ainsi en mesure d'être des agents de leur propre développement... » [11]. Les efforts de renforcement des capacités communautaires, tels que le développement communautaire et les types d'initiatives similaires en matière de santé publique, ont souvent inclus des aspects du renforcement du pouvoir communautaire comme stratégie [13].

Un corpus croissant d'éléments probants souligne l'organisation communautaire comme étant l'une des nombreuses stratégies essentielles pour renforcer le pouvoir communautaire et faire avancer l'équité en santé et la justice [13–17]. En s'appuyant sur le travail d'autrui, nous définissons l'organisation communautaire comme les processus par lesquels les personnes qui ont une identité ou un but commun s'unissent pour établir des relations, cerner les problèmes qu'elles ont en commun, analyser collectivement ces problèmes pour comprendre les injustices structurelles, élaborer des objectifs collectifs basés sur cette analyse, et mettre en œuvre des stratégies et des tactiques pour atteindre ces objectifs qui sont les suivants : le développement des compétences en leadership, la mobilisation des membres pour une action directe et pour les campagnes, l'élargissement du groupe d'appartenance, et le renforcement du pouvoir au sein du groupe et de la communauté plus large pour influencer les décisions, établir des programmes, et réorienter les visions du monde [13, 14, 18, 19]. Les organisateurs communautaires sont des activistes qui mobilisent les communautés autour de questions précises pour parvenir à la justice grâce à des approches de renforcement du pouvoir à l'échelle locale [15]. Les groupes d'organisation communautaire existent au sein du secteur non gouvernemental et sont structurés autour du principe que le pouvoir est enraciné dans la communauté elle-même [15].

Bien que les efforts de renforcement du pouvoir communautaire dans les initiatives de renforcement des capacités communautaires chevauchent parfois l'organisation communautaire, nous distinguons l'organisation communautaire de ces efforts pour plusieurs raisons. Premièrement, l'organisation communautaire en Amérique du Nord a une histoire unique enracinée dans les mouvements de travail social et de justice sociale, comme les mouvements du travail, des droits civils et des droits des personnes handicapées [13]. Deuxièmement, l'organisation communautaire se caractérise distinctement par son lieu de pouvoir axé sur la communauté et par les mesures stratégiques prises à l'échelle locale issues de cette orientation [13]. Troisièmement, le domaine de la santé publique a beaucoup à apprendre des organisateurs communautaires en raison de leur approche unique axée sur la justice en santé [15].

Les travaux de recherche publiés soulignent les avantages pour les chercheurs et les praticiens de la santé publique d'établir des partenariats avec des organisateurs communautaires et de s'engager dans l'organisation communautaire comme stratégie pour aborder efficacement l'équité en santé et la justice, et appellent à des efforts accrus dans ce sens [15, 16, 20]. L'engagement communautaire, guidé par le principe « rien sur nous sans nous » [21], et la collaboration intersectorielle sont des fonctions essentielles de la santé publique nécessaires au changement transformateur voulu pour faire avancer l'équité en santé [22]. Ces fonctions de la santé publique sont renforcées par une participation active à l'organisation communautaire, étant donné sa proximité avec des mouvements sociaux plus larges pour l'équité et la justice.

Alors que l'organisation communautaire peut être utilisée pour faire avancer des objectifs qui entravent le progrès vers l'équité (par exemple, l'organisation contre l'utilisation de la théorie critique de la race ou contre les droits 2SLGBTQIA+), la santé publique peut faire progresser son travail d'équité en s'alliant avec des mouvements qui sont fondés sur des preuves et explicitement antiracistes, anticoloniaux et anti-impériaux, tels que les mouvements Landback et Black Lives Matter, et les mouvements contre la violence et l'occupation sanctionnées par l'État [23]. Soutenir la capacité

de la santé publique à collaborer avec les organisateurs communautaires est essentiel pour perturber les racines sociopolitiques des crises aggravantes ou des problèmes pernicioseux auxquels nous sommes collectivement confrontés [20]. Ce partenariat répond également aux appels actuels des organisateurs communautaires visant à faire progresser les efforts de collaboration en faveur de l'équité en santé et de la justice [24].

Historiquement, la santé publique a collaboré avec des organisateurs communautaires et des activistes, et a agi en leur nom lors de divers mouvements de réforme sociale, comme le logement, l'environnementalisme et le travail [23]. Bien que des approches de renforcement du pouvoir aient été intégrées dans les initiatives de renforcement des capacités communautaires de la santé publique, au cours du siècle dernier, le domaine est devenu plus biomédical et axé sur le comportement, et moins sur la réforme sociale [23]. Les travaux de recherche citent des exemples de partenariats explicites en santé publique avec des groupes d'organisation communautaire au sein desquels des méthodes d'organisation communautaire sont utilisées. Toutefois, ces stratégies demeurent un domaine relativement sous-développé pour la pratique de la santé publique [15]. De plus, une recherche de revues axées sur l'utilisation de ces stratégies par la santé publique n'en a révélé aucune de ce type, soulignant une lacune dans la compréhension de ces approches par la santé publique. Cette revue rapide vise donc à aider le domaine de la santé publique à comprendre comment il se situe envers les partenariats et les méthodes d'organisation communautaires, et à découvrir les effets de ces stratégies.

Par conséquent, notre question de recherche est la suivante : Quels sont les avantages, les défis et les résultats du partenariat en santé publique avec des groupes d'organisation communautaire ou de l'application de méthodes d'organisation communautaire pour faire avancer la santé et l'équité en santé? Répondre à cette question de recherche comblera le manque de connaissances identifié et orientera la pratique de la santé publique dans l'avancement de l'équité en santé dans la collaboration avec les organisateurs communautaires en dehors d'un modèle biomédical et axé sur le comportement.

Méthodologie

Conception de l'étude

Notre protocole a été guidé par le Guide pour les revues rapides du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils [25] et du Cochrane Rapid Reviews Methods Group [26]. Comme l'indique le guide Cochrane, citant Hamel et al., « Une revue rapide est une forme de synthèse de connaissances qui accélère le processus de réalisation d'une revue systématique classique par la rationalisation ou l'exclusion de méthodes spécifiques permettant de produire des données probantes pour les parties prenantes, d'une manière efficiente » [26]. Nous avons suivi les lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) pour l'identification, le tri et l'inclusion des études dans cette revue rapide ainsi que l'extraction et la synthèse subséquentes des données [27]. La méthodologie PRISMA soutient un processus de revue plus uniforme, approfondi et ouvert avec moins de partis pris et une plus grande validité des résultats.

Cette étude a été menée dans le cadre d'un travail plus vaste au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) sur la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé [28]. Le CCNDS fournit à la communauté canadienne de la santé publique des connaissances et des ressources pour agir sur les déterminants structurels et sociaux de la santé, et faire avancer l'équité en santé. Les deux auteur(e)s constituaient l'équipe d'étude et ont dirigé l'étude. Les conseillers comprenaient l'équipe du CCNDS, qui a été retenue pour examiner le protocole de recherche et le manuscrit. Les auteur(e)s ont également consulté un spécialiste de l'information pour orienter le processus de revue. L'équipe d'étude s'est réunie régulièrement pour discuter de tous les aspects des travaux.

Stratégie de recherche

Nous avons collaboré avec un spécialiste de l'information pour aider à informer et à mener la stratégie de recherche des travaux de recherche universitaire. La population d'intérêt visée par cette étude était la santé publique, qui a été conceptualisée en trois groupes : un groupe

gouvernemental, un groupe à but non lucratif et un groupe universitaire. Deux interventions ont été envisagées : la santé publique en partenariat avec des groupes d'organisation communautaire et la santé publique appliquant des méthodes d'organisation communautaire. Les articles de recherche primaire, les revues systématiques ou autres, et les rapports sur les pratiques ont été considérés pour inclusion. Aucune littérature grise n'a fait l'objet de recherche. Deux bases de données, Cochrane Database of Systematic Reviews et PubMed de la Bibliothèque nationale de médecine, ont été consultées le 10 août 2023. Les termes de recherche comprenaient des concepts liés à la santé publique (par exemple : équité en santé, inégalités sociales de santé, services de santé préventifs, santé publique, santé) et des variations de termes liés à l'organisation communautaire (par exemple : organisation communautaire, organisateur communautaire, renforcement du pouvoir communautaire, organisation à l'échelle locale) trouvés dans les titres et les résumés (voir le fichier supplémentaire 1 : search strategy). La sélection a été effectuée à l'aide du logiciel Covidence [29].

Sélection

Les deux auteur(e)s ont examiné indépendamment tous les titres et résumés et se sont rencontré(e)s pour discuter de tout écart et pour parvenir à un consensus. Les articles ont été inclus s'ils portaient sur les praticiens et les organisations de la santé publique (population d'intérêt) appliquant des méthodes d'organisation communautaire ou établissant des partenariats avec des groupes d'organisation communautaire (intervention), s'ils comprenaient des conclusions sur les avantages, les limites ou les résultats pour la santé communautaire ou publique (contexte/résultat), s'ils étaient des articles de recherche primaire, des rapports sur les pratiques ou des revues systématiques (type d'étude), et s'ils avaient été publiés entre 2000 et la date de la recherche (le 10 août 2023). Les articles étaient exclus s'ils étaient publiés avant 2000, s'ils décrivaient des travaux réalisés en dehors du Canada, des États-Unis, de l'Europe, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande (de sorte que les résultats soient pertinents pour le contexte dans lequel les auteur(e)s travaillent),

s'ils n'étaient pas écrits en anglais, s'ils ne concernaient pas la pratique (c'est-à-dire, s'ils se concentraient uniquement sur le niveau théorique), s'ils couvraient la mobilisation communautaire plutôt que l'organisation (voir ci-dessus pour notre définition de l'organisation : bien que l'organisation comprenne les éléments clés de la mobilisation, de nombreuses initiatives de mobilisation ne comprennent pas certains éléments clés de l'organisation, comme le développement du leadership), ou si le résumé n'était pas disponible en ligne. La sélection des titres et des résumés a produit 85 articles dont le texte intégral devait être examiné, et 77 d'entre eux ont pu être récupérés.

Les deux auteur(e)s ont réalisé des essais pilotes sur l'examen du texte intégral pour 10 articles, aboutissant à un accord complet sur les résultats de la sélection. Les 67 articles restants ont été répartis entre les deux auteur(e)s et examinés par un(e) seul(e) auteur(e). Chaque auteur(e) a ensuite examiné les articles exclus par l'autre, et ils se sont rencontré(e)s pour discuter des décisions et les finaliser. Vingt-quatre articles ont été recensés pour inclusion à la suite de l'examen du texte intégral. Les 53 autres articles ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 24 en fonction de la population (la santé publique n'était pas concernée);
- 18 en fonction de l'intervention (les responsables de la santé publique n'ont ni établi des partenariats avec des organisateurs communautaires ni utilisé de méthodes d'organisation communautaire);
- 8 étaient le mauvais type d'article (ce n'étaient ni des articles de recherche primaire ni des études de cas);
- 3 manquaient d'informations sur les avantages, les limites ou les résultats du travail décrit.

Extraction et synthèse de données

Les deux auteur(e)s ont procédé à l'extraction de données et à la synthèse à l'aide d'un tableau d'extraction des données pour consigner les informations concernant les caractéristiques d'études de chaque article et les résultats liés à la question de recherche orientant cette revue. L'extraction de données a fait l'objet d'essais pilotes pour cinq articles, obtenant des résultats d'extraction de données cohérents entre les auteur(e)s. Les auteur(e)s se sont

ensuite partagé(e)s les articles restants et ont procédé à l'extraction des données, notamment les caractéristiques principales de l'étude et les résultats quantitatifs décrits dans les études. Les auteur(e)s ont également effectué une synthèse narrative des résultats qualitatifs en utilisant un processus itératif pour identifier les thèmes importants. Après avoir lu les articles, chaque auteur(e) a codifié les résultats et les a regroupés en thèmes. Les auteur(e)s se sont réuni(e)s pour revoir et affiner les thèmes identifiés, et ont regroupé les thèmes dans un ensemble final.

En raison de contraintes de temps, la qualité et la fiabilité des études incluses n'ont pas été évaluées; toutes les données des études examinées ont été considérées de façon égale et non pondérées, et les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément.

Résultats

Au total, 227 articles uniques ont été identifiés à des fins de tri dans les résultats de recherche PubMed; la recherche des revues Cochrane n'a produit aucun résultat (voir Fig. 1 pour le diagramme de flux PRISMA). Après le tri, 24 articles ont été sélectionnés et examinés en fonction des principales caractéristiques de l'étude, des caractéristiques de l'intervention et des résultats quantitatifs et qualitatifs.

Résumé descriptif des principales caractéristiques des études

Les caractéristiques des études incluses sont résumées dans le tableau 1.

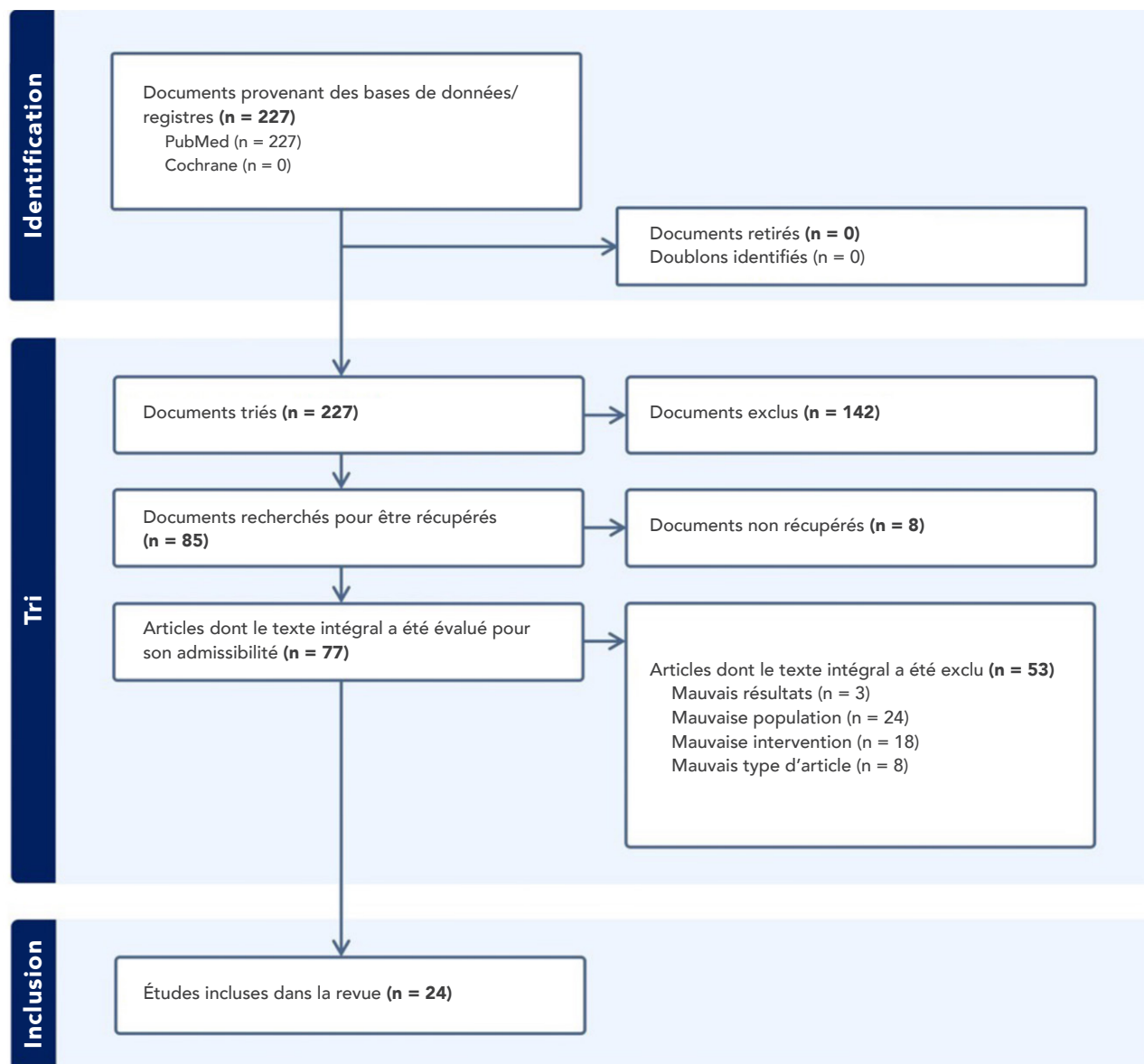
Les 24 articles ont été publiés entre 2003 et 2023 sans aucune tendance quant au nombre d'articles publiés par an. Géographiquement, 22 articles ont été réalisés aux États-Unis, un en Nouvelle-Zélande et un au Royaume-Uni. La plupart des articles étaient des études de recherche primaire (n = 17), et les autres étaient des rapports sur les pratiques (n = 7). Tous les articles inclus, sauf trois [31, 40, 44], étaient axés sur l'équité (c'est-à-dire qu'ils impliquaient un travail avec des populations marginalisées par des systèmes d'oppression).

L'organisation communautaire n'a pas été directement étudiée dans 13 des articles [31, 33, 36, 37, 39, 41, 42, 46, 48, 50-53]. Dans ces articles, l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire par la santé publique ou les partenariats de la santé publique avec les organisateurs communautaires ont été décrits et des affirmations ont été faites sur les résultats associés à cela. Par exemple, l'article d'Albright et al. [50] a été coécrit par des personnes se trouvant dans un groupe d'organisation communautaire, dans un organisme à but non lucratif et dans un établissement universitaire (basé sur les affiliations des auteurs), et il a rendu compte d'une enquête sur les besoins en soins de santé des immigrants que ces auteurs avaient menés ensemble. Dans leur discussion, ils ont déclaré que « la collecte rapide de données fondée sur une approche de renforcement du pouvoir communautaire a produit des données qui ont permis d'identifier les besoins sanitaires et sociaux » [traduction libre], et que « l'intégration de cette recherche dans un modèle de renforcement du pouvoir communautaire a également permis une action immédiate et une base accrue de pouvoir indépendant, engagé et flexible qui ont aidé à réaliser des changements de politique » [traduction libre] [50]. Bien que l'article n'ait pas fourni de preuves de ces résultats, nous les prenons à leur juste valeur et croyons qu'ils sont précieux pour la synthèse des données et la pratique de la santé publique, en particulier compte tenu du peu de littérature évaluée par des pairs dans laquelle l'organisation est réellement étudiée. La majorité de ces articles étaient des rapports descriptifs sur les pratiques (n = 7).

Les 11 articles restants ont directement étudié l'organisation communautaire ou l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire en utilisant des méthodes qualitatives (n = 8) [30, 32, 34, 35, 43, 45, 47, 49], quantitatives (n = 2) [40, 44], ou mixte (n = 1) [38]. Les méthodes qualitatives variaient et comprenaient l'examen de documents, l'observation, des groupes de discussion, des entrevues ou une combinaison de ces méthodes.

Les questions abordées dans les documents variaient considérablement, les plus courantes étant la santé environnementale et la justice [30, 33, 34, 36, 37, 39, 45, 49]. D'autres sujets comprenaient la santé des migrants [50, 51, 53], le capital social [32, 40, 44], l'emploi et les conditions de travail [46, 51, 53], les maladies chroniques (par le biais d'un certain nombre d'interventions telles que l'accès aux loisirs, l'abordabilité du logement et des quartiers exempts de discrimination), la formation en leadership en santé publique [32, 51], le changement de discours [52, 53], la consommation de substances [31], la santé mentale [38], la justice pénale [53], la santé autochtone [47], le contrôle d'identité [48], la participation démocratique [44], et le VIH/sida [35]. Nous notons que la plupart des questions couvertes et les interventions subséquentes ciblaient les déterminants sociaux et structurels de la santé.

FIG. 1 Diagramme de flux PRISMA 2020 illustrant le processus d'identification, de tri et de sélection d'articles



Résumé descriptif des caractéristiques de l'intervention

En ce qui concerne les caractéristiques de l'intervention, neuf des articles décrivent des cas où la santé publique a établi un partenariat avec des groupes d'organisation communautaire et a utilisé des méthodes d'organisation communautaire. Dans huit articles, l'intervention consistait uniquement en l'utilisation par la santé publique de méthodes d'organisation communautaire, tandis que dans sept articles, la santé publique a établi un partenariat avec des groupes d'organisation communautaire. Le tableau 2 présente de manière plus précise les interventions que la

santé publique a employées dans ces grandes catégories. Par exemple, la santé publique a travaillé à renforcer le pouvoir communautaire dans le cadre de son intervention dans 14 des 24 articles. Dans le même nombre d'articles, la santé publique a établi un partenariat avec les organisateurs ou a utilisé des méthodes d'organisation communautaire à des fins de recherche. Dans presque tous les cas où la santé publique s'est associée à des organisateurs communautaires pour la recherche, elle a poursuivi son propre programme et celui de l'organisateur, à une exception près où la santé publique a uniquement fait avancer son propre programme [40].

TABEAU 1 Caractéristiques des études incluses

Premier auteur, année [n° de la citation]	Lieu	Type d'article	Organisation(s) de santé publique impliquée(s)	Type d'intervention	Méthodes utilisées pour déterminer les résultats liés à l'organisation
Brown, 2003 [30]	États-Unis	Recherche primaire	Alternatives for Community and Environment; Columbia Center for Children's Environmental Health; Harvard School of Public Health; West Harlem Environmental Action	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
Bryant, 2007 [31]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Florida Prevention Research Center; Sarasota County Health Department	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Farquhar, 2008 [32]	États-Unis	Recherche primaire	Lane County Public Health Department; Multnomah County Health Department; Oregon Health & Science University/Portland State University	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
Wing, 2008 [33]	États-Unis	Recherche primaire		Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Parker, 2010 [34]	États-Unis	Recherche primaire	Community Action Against Asthma	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
Silvestre, 2010 [35]	États-Unis	Recherche primaire	University of Pittsburgh Medical Center	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
Cohen, 2012 [36]	États-Unis	Recherche primaire	Brown University; Communities for a Better Environment; University of California, Berkeley School of Public Health	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
DeSouza, 2013 [37]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Puget Sound Sage; University of Washington School of Nursing	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Descriptive
Han, 2015 [38]	Nouvelle-Zélande	Recherche primaire	Counties Manukau Health	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Mixte
White, 2015 [39]	États-Unis	Recherche primaire	People for Community Recovery; University of Minnesota School of Public Health	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Bolton, 2016 [40]	Royaume-Uni	Recherche primaire	King's Health Partners	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Quantitative
Santilli, 2016 [41]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Yale School of Public Health	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Subica, 2016 [42]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Praxis Project	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Subica, 2016 [43]	États-Unis	Recherche primaire	Praxis Project	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
MacPhee, 2017 [44]	États-Unis	Recherche primaire	Family Leadership Training Institute	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Quantitative

Sprague Martinez, 2017 [45]	États-Unis	Recherche primaire	Boston Public Health Commission; Harvard School of Public Health; Somerville Transportation Equity Partnership; Tufts University Department of Public Health and Community Medicine (et autres)	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Qualitative
Mason, 2018 [46]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Kansas City, Missouri Health Department	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Descriptive
Hilgendorf, 2019 [47]	États-Unis	Recherche primaire	Menominee Wellness Initiative	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Qualitative
LeBron, 2019 [48]	États-Unis	Recherche primaire	University of California, Irvine Department of Population Health & Disease Prevention; University of Iowa College of Public Health; University of Michigan School of Public Health	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Descriptive
Sprague Martinez, 2020 [49]	États-Unis	Recherche primaire	Boston Public Health Commission; Harvard School of Public Health; Somerville Transportation Equity Partnership; Tufts University Department of Public Health and Community Medicine (et autres)	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Qualitative
Albright, 2022 [50]	États-Unis	Recherche primaire	Center for Health Progress; Center for Improving Value in Health Care; University of Colorado School of Medicine	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Gaydos, 2022 [51]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Human Impact Partners; Santa Barbara County Public Health Department	Établissement de partenariat avec des organisateurs communautaires	Descriptive
Manalo-Pedro, 2022 [52]	États-Unis	Recherche primaire	Filipinx/a/o Community Health Association	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive
Heller, 2023 [53]	États-Unis	Rapport sur les pratiques	Human Impact Partners; Minnesota Department of Health; San Francisco Department of Public Health; Santa Barbara County Public Health Department; University of Wisconsin Population Health Institute	Établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires et utilisation de méthodes d'organisation communautaire	Descriptive

TABEAU 2 Interventions particulières liées à l'organisation communautaire utilisées par la santé publique

Étude	Intervention de la santé publique								
	A explicitement œuvré pour renforcer le pouvoir communautaire	Partenariat avec des organisateurs communautaires et/ou utilisation de méthodes d'organisation communautaire dans le cadre d'un processus de recherche	Partenariat avec des organisateurs communautaires en dehors d'un processus de recherche pour leur expertise	Auto-formation à l'établissement d'un partenariat avec des groupes d'organisation communautaire	Auto-formation à l'utilisation des méthodes d'organisation pour renforcer la capacité en tant que professionnels	Utilisation de méthodes d'organisation communautaire pour renforcer son pouvoir d'atteindre les objectifs d'équité en santé	Embauche d'un organisateur communautaire pour mobiliser les communautés touchées afin de remédier aux inégalités sociales de santé	Formation ou soutien (p. ex. financier) des membres de la communauté pour s'organiser	Partenariat avec des organisateurs et/ou utilisation de méthodes d'organisation communautaire pour s'engager dans la recherche participative communautaire
Brown, 2003 [30]	X	X							
Bryant, 2007 [31]		X							X
Farquhar, 2008 [32]	X				X		X		X
Wing, 2008 [33]		X							X
Parker, 2010 [34]	X	X					X		X
Silvestre, 2010 [35]		X					X		
Cohen, 2012 [36]		X							X
DeSouza, 2013 [37]		X							X
Han, 2015 [38]							X		
White, 2015 [39]	X	X							
Bolton, 2016 [40]									
Santilli, 2016 [41]		X							
Subica, 2016 [42]	X		X			X		X	
Subica, 2016 [43]	X		X			X		X	
MacPhee, 2017 [44]	X							X	
Sprague Martinez, 2017 [45]	X	X							X
Mason, 2018 [46]	X		X						
Hilgendorf, 2019 [47]			X						
LeBron, 2019 [48]		X							
Sprague Martinez, 2020 [49]	X	X							X
Albright, 2022 [50]	X	X							
Gaydos, 2022 [51]	X		X	X					
Manalo-Pedro, 2022 [52]	X					X			
Heller, 2023 [53]	X	X	X		X	X			

En outre, les interventions consistaient en des partenariats de la santé publique avec des organisateurs communautaires en dehors du contexte de recherche pour leur expertise, la formation pour renforcer la capacité de la santé publique à établir un partenariat avec des groupes d'organisation communautaire, la formation permettant d'appliquer des méthodes d'organisation communautaire afin de renforcer la capacité des professionnels en santé publique, l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire pour renforcer le pouvoir de l'organisation d'atteindre les objectifs d'équité en santé, l'embauche d'organiseurs communautaires pour mobiliser les communautés touchées dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, la formation ou le soutien (p. ex. un soutien financier) des membres de la communauté pour s'organiser, et l'établissement de partenariats avec des organisateurs ou l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire pour s'engager dans la recherche participative communautaire.

Résumé des résultats quantitatifs

Les trois articles qui comprenaient une analyse quantitative [38, 40, 44] ont examiné le capital social (c'est-à-dire « les caractéristiques de l'organisation sociale telles que les liens avec l'entourage et la famille, les normes de réciprocité et les relations avec les gouvernements ou les groupes différents du sien » [44]). Deux des trois articles ont montré des augmentations statistiquement importantes d'au moins une mesure du capital social, tandis que le troisième a montré une diminution. Deux des trois articles ont examiné les changements dans la santé mentale et ont constaté que la santé mentale s'améliorait légèrement, mais pas d'une manière statistiquement importante. L'un de ces deux articles a également mesuré les résultats en matière de santé mentale à l'aide d'une deuxième mesure et n'a constaté aucun changement. D'autres mesures de résultats quantitatifs (p. ex. la participation démocratique) n'ont été utilisées que dans une seule étude.

Résumé des résultats qualitatifs

Le tableau 3 présente les principaux thèmes identifiés parmi les résultats qualitatifs des 24 études. Sept thèmes ont trait aux avantages du partenariat avec des organisateurs

communautaires et de l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire : l'efficacité accrue en santé publique (n = 19), les priorités établies ou modifiées (n = 17), le renforcement du pouvoir communautaire (n = 15), l'amélioration de la collecte de données et de la recherche (n = 13), les victoires en matière de changement de politiques (n = 13), le renforcement des capacités communautaires (n = 16) et l'augmentation du capital social (n = 11). Moins d'articles ont identifié des défis, qui ont été regroupés en trois thèmes : les obstacles administratifs (n = 4), les différences d'approche (n = 4) et les défis de l'organisation communautaire (n = 4).

Avantages

Thème 1 : L'efficacité accrue de la santé publique

Dans la plupart des études, les participants ont perçu une efficacité accrue de la santé publique. Plus précisément, ce thème englobe des résultats tels qu'une plus grande réactivité aux besoins urgents des communautés [30, 48, 50-52], une confiance accrue dans les initiatives de santé publique [41, 45, 47, 51], une amélioration des résultats de santé [32, 38, 51, 53], un accès communautaire amélioré aux informations sanitaires [30, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 49-52] et des résultats de recherche [36, 37, 41, 50, 52]. L'amélioration des résultats en matière de santé comprenait une meilleure santé physique et émotionnelle au sein de la communauté latino-américaine [32], une réduction des taux de COVID-19 chez les travailleurs agricoles migrants latino-américains [51, 53] et une amélioration de la santé mentale chez les jeunes des îles du Pacifique [38].

De plus, deux articles décrivaient des efforts accrus de promotion de la santé [32, 47]. Par exemple, le premier article a décrit l'efficacité accrue des agents de santé communautaire à répondre à diverses situations en utilisant diverses compétences et stratégies, ce qui a été attribué à leurs séances de formation en tant qu'organiseurs communautaires [32]. Le deuxième article discutait d'un accent accru sur les approches autochtones de promotion de la santé, de centralisation de la langue, de la culture et du collectivisme, et attribuait une grande partie du succès à la participation et à l'influence des organisateurs communautaires [47].

TABEAU 3 Résumé des thèmes des résultats qualitatifs

Étude	Thèmes des résultats qualitatifs									
	1 Amélioration de la collecte de données et de la recherche	2 Victoires en matière de changement de politiques	3 Établissement ou modification des priorités	4 Renforcement du pouvoir communautaire	5 Augmentation du capital social	6 Renforcement des capacités communautaires	7 Efficacité accrue de la santé publique	8 Obstacles administratifs	9 Différences d'approche	10 Défis de l'organisation communautaire
Brown, 2003 [30]	X	X	X	X		X	X			
Bryant, 2007 [31]	X	X				X	X	X	X	
Farquhar, 2008 [32]				X	X	X	X			
Wing, 2008 [33]	X			X	X	X	X			
Parker, 2010 [34]		X		X	X	X			X	X
Silvestre, 2010 [35]	X		X		X	X	X			
Cohen, 2012 [36]	X		X		X	X	X			
DeSouza, 2013 [37]	X		X				X		X	X
Han, 2015 [38]			X		X	X	X			X
White, 2015 [39]	X	X	X	X			X			
Bolton, 2016 [40]										
Santilli, 2016 [41]	X	X	X		X	X	X	X		
Subica, 2016 [42]		X	X	X		X				
Subica, 2016 [43]		X	X	X		X	X			
MacPhee, 2017 [44]										
Sprague Martinez, 2017 [45]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Mason, 2018 [46]		X		X						
Hilgendorf, 2019 [47]			X	X	X		X			
LeBron, 2019 [48]	X	X	X	X			X	X		
Sprague Martinez, 2020 [49]	X		X		X	X	X			
Albright, 2022 [50]	X	X	X	X		X	X			
Gaydos, 2022 [51]		X	X	X		X	X			
Manalo-Pedro, 2022 [52]	X		X	X	X	X	X			X
Heller, 2023 [53]		X	X	X			X			

Thème 2 : Établissement ou modification des priorités

Ce thème décrit la capacité des méthodes d'organisation communautaire ou des partenariats avec des organisateurs communautaires d'établir des programmes et de favoriser le changement d'une manière qui profiterait aux communautés méritant l'équité. Cela s'est manifesté sous diverses formes, notamment en influençant les priorités en santé publique [47, 50, 51, 53], la recherche [30, 37, 45, 48-50] et le plaidoyer [35, 43, 50, 53] et en mettant l'accent sur la communauté ou l'équité. Par exemple, dans un article, un directeur de santé publique d'une localité a fait la déclaration suivante au sujet de son partenariat avec un groupe d'organisation communautaire : « Cette relation a éclairé mes interventions [en rapport avec la COVID-19] pour la population latino-américaine et m'a aidé à allouer des ressources pour répondre aux besoins des populations vulnérables en fonction de données que je n'aurais peut-être pas obtenues [autrement] » [traduction libre] [51].

Les priorités des organisateurs communautaires [36, 39, 42, 43, 52, 53] et des membres de la communauté [38, 47] ont également été influencées ou modifiées. Par exemple, dans White et al. [39], la recherche participative communautaire a été utilisée pour cerner les problèmes de santé communautaire qui ont éclairé les priorités organisationnelles.

Thème 3 : Le renforcement du pouvoir communautaire

Le pouvoir communautaire a été renforcé grâce à la santé publique des façons suivantes : par le partage de son pouvoir [33, 42, 43, 45, 48], en élaborant des récits transformateurs [30, 47, 52, 53], en travaillant collectivement [30, 32, 34, 39, 43, 46, 51, 53] et en intégrant le renforcement du pouvoir communautaire directement dans la recherche [33]. La santé publique a partagé son pouvoir en impliquant les communautés dans le processus scientifique [33], en finançant et en soutenant le travail d'équité en santé des organisateurs communautaires [42, 43] et en partageant le pouvoir décisionnel [45, 48]. Les récits transformateurs utilisés pour renforcer le pouvoir communautaire étaient fondés sur des valeurs et des concepts tels que l'autodétermination, l'antiracisme, la justice, l'équité en santé et la libération.

Thème 4 : L'amélioration de la collecte de données et de la recherche

L'utilisation de méthodes d'organisation communautaire ou l'établissement de partenariats avec des organisateurs communautaires a contribué au succès et à l'augmentation de la faisabilité de nombreux projets de recherche décrits dans cette revue. Les questions de recherche étudiées dans le cadre de ces projets étaient axées sur l'équité et allaient de questions définies par les communautés elles-mêmes à des questions définies par les chercheurs. Les aspects de la collecte de données et de la recherche qui ont été améliorés comprenaient le recrutement de participants, par exemple une faisabilité accrue du recrutement aux enquêtes et aux études cliniques grâce aux réseaux de confiance préexistants des organisateurs et à leur expertise sur le terrain [33, 35, 37, 41], la validité des données et des résultats [30, 31, 36, 39, 41, 48-50], le processus d'évaluation [45, 48] et l'éthique [35].

Selon Santilli et al., « l'approche d'organisation communautaire de CARE – notamment les partenariats communautaires profonds comme illustrés ici, les stratégies globales de sensibilisation et la formation des résidents en tant que personnel responsable des enquêtes – a conduit à une acceptabilité de la communauté de l'enquête et sa participation élevée, et a contribué à la validité des données » [traduction libre] [41]. De même, Silvestre et al. ont noté ceci : « les organisateurs communautaires peuvent s'assurer que les chercheurs ne causent aucun préjudice et que leurs ressources créent des avantages à long terme pour la communauté. Ils peuvent également aider les chercheurs à interagir avec succès avec les communautés de sorte que la probabilité de recruter avec succès des participants appropriés, de promouvoir les connaissances et de créer des interventions bénéfiques sera accrue » [traduction libre] [35].

Thème 5 : Les victoires en matière de changement de politiques

De nombreuses victoires en matière de politiques favorisant l'équité en santé ont été obtenues dans divers déterminants sociaux et structurels de la santé. Parmi les exemples, mentionnons l'élargissement de l'accès à l'assurance maladie publique [50], la politique municipale visant à lutter contre l'insécurité alimentaire [41], les

réformes de la politique de transport en commun [30], les initiatives en matière de logement [51], les congés de maladie payés prévus par la loi [53] et l'interdiction réussie de l'agrandissement d'une décharge [39]. De plus, des fonds accrus ont été alloués à des mesures de rechange telles que des programmes de déjudiciarisation [53] et à des écoles pour l'achat de fruits et légumes locaux [42]. Un article en particulier dressait en détail un catalogue exhaustif de « 72 victoires en matière de politiques » dans six domaines : l'accès à la nourriture, l'accès aux loisirs, l'accès au logement/à un refuge, l'accès aux soins de santé, la protection de l'environnement et le bien-être des enfants [43].

Thème 6 : Le renforcement des capacités communautaires
Les capacités des communautés méritant l'équité a été renforcée par le développement du leadership [32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 50, 52] et par le développement de compétences en analyse critique [34, 49-51], ainsi que la recherche [31, 33, 36, 41] et le plaidoyer politique [34]. Dans une étude où les agents de santé communautaires ont été formés à appliquer des méthodes d'organisation communautaire, un participant a déclaré : « Le rôle des agents de santé communautaires a été bénéfique parce que nous avons ôté le côté paternaliste de l'éducation et offert l'autosuffisance comme solution de rechange » [traduction libre] [32]. De plus, deux articles [30, 34] décrivaient le lien établi avec la recherche ou l'expertise scientifique comme raison de l'augmentation des capacités communautaires. Par exemple, dans une étude, « les répondants ont également noté que le fait d'avoir établi des relations avec le corps professoral de l'université, d'avoir accès à celui-ci et à son expertise en recherche était une ressource importante qui a contribué à renforcer les capacités des communautés à répondre aux préoccupations en matière de santé environnementale » [traduction libre] [34].

Thème 7 : L'augmentation du capital social L'augmentation du capital social a été démontrée par le développement de nouvelles relations [33, 41, 45], la croissance du nombre de membres des groupes d'organisation communautaire [36], le renforcement de réseaux ou de coalitions [34, 35, 41, 49] et par un sentiment accru de cohésion, d'appartenance ou

d'unité communautaire [32, 34, 38, 47, 49, 52]. Parlant d'une campagne organisée par la communauté pour relever les défis de santé mentale des jeunes des îles du Pacifique, un jeune a déclaré : « Pour moi, la meilleure chose, c'est de travailler avec des gens qui ont les mêmes objectifs et les mêmes intérêts que moi... J'aime la façon dont notre communauté se rassemble et construit un sentiment d'appartenance » [traduction libre] [38].

Défis

Thème 8 : Les obstacles administratifs Quatre principaux obstacles administratifs sont apparus : le financement limité [45, 48], les questions liées au calendrier, tels que les retards [31] ou les calendriers chargés [41], les défis liés à la définition des rôles et des responsabilités dans le contexte des changements apportés aux projets [31, 45] et les difficultés d'embauche [41].

Thème 9 : Les différences d'approche Les différentes approches entre les organisateurs communautaires et les professionnels de la santé publique posaient un autre défi. Cela a été démontré par des différences dans les valeurs et les attentes à l'égard du travail [31, 34], ainsi que par des différences dans les styles de communication [37] et la langue utilisée [45]. Par exemple, une étude a décrit les chercheurs en santé publique comme priorisant l'objectivité tandis que les organisateurs communautaires visaient à simplifier les questions complexes [37]. Dans ce même article, les chercheurs ont noté que le partage de la responsabilité et du pouvoir avec la communauté était complexe, mais constituait la façon idéale de mener la recherche participative communautaire. Un autre article décrit comment le jargon scientifique employé par les chercheurs a créé des barrières linguistiques qui contribuaient à des différences de pouvoir entre les organisateurs communautaires et les chercheurs en santé publique [45]. Ce défi a été relevé par des changements dans la structure des groupes (c'est-à-dire les sous-comités) et l'utilisation intentionnelle du langage par les chercheurs.

Thème 10 : Les défis de l'organisation communautaire Quatre articles ont mis en évidence les défis associés à l'organisation communautaire. L'un d'eux a décrit

l'importance de veiller à ce que le groupe d'organiseurs communautaires soit représentatif de la communauté lorsqu'il s'engage dans la recherche participative communautaire [37]. Les trois autres articles traitaient des exigences associées à l'organisation communautaire [34, 38, 52]. Plus précisément, un article a décrit comment le plaidoyer soutenu impliqué dans l'organisation communautaire peut être épuisant [52], tandis qu'un autre a décrit les défis émotionnels qui peuvent survenir lorsque des pairs sont engagés de manière nouvelle et incertaine [38]. Le quatrième article a identifié la nature difficile de parvenir à un pouvoir communautaire suffisant pour changer l'ordre établi [34].

Discussion

Cette revue rapide a examiné les avantages et les défis de la participation de la santé publique à l'organisation communautaire, en mettant l'accent sur l'avancement de la santé et de l'équité en santé. Malgré la riche histoire d'initiatives en matière d'organisation communautaire dans le monde entier en utilisant une variété de méthodes d'organisation communautaire, la totalité des 24 articles à l'exception de deux provenait des États-Unis. Nous pensons que cela est dû à des problèmes de terminologie – le travail d'organisation communautaire est décrit différemment dans diverses régions du monde et dans des contextes non eurocentriques – ainsi qu'à une disparité dans la recherche sur ce sujet.

La justice environnementale est notamment apparue comme le thème le plus répandu pour cet ensemble de travaux, peut-être en raison de la forte présence de groupes d'organisation communautaire de la justice environnementale et de l'utilisation croissante de la recherche participative communautaire dans ce domaine. La plupart des articles de l'ensemble de données ont démontré une tendance constante à utiliser l'organisation communautaire pour faire avancer l'équité en santé. Cependant, trois articles ont mis en évidence des exemples de partenariats universitaires ou gouvernementaux en santé publique avec des organisateurs communautaires

ou l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire pour des programmes qui ne sont pas principalement axés sur l'équité en santé [31, 40, 44].

La plupart des interventions identifiées ciblent les déterminants sociaux et structurels de la santé. Cet alignement avec les organisateurs communautaires, qui ont intrinsèquement tendance à prioriser ces déterminants, n'est pas surprenant. L'accent croissant mis par la santé publique sur les déterminants structurels, l'équité en santé et la justice s'aligne naturellement sur les objectifs des organisateurs communautaires. La recherche récente examinée ici, en se concentrant sur les relations entre l'organisation communautaire et la santé publique, présente une occasion importante pour la santé publique de s'engager plus profondément dans la politisation nécessaire [3, 54, 55] et de s'engager à nouveau dans ses racines fondatrices qui ont remis en question les systèmes oppressifs dans le but d'assurer la santé pour tous.

La synthèse narrative des résultats qualitatifs a révélé 10 catégories thématiques, dont sept mettent l'accent sur les avantages et trois mettent l'accent sur les défis. Les défis identifiés sont de nature opérationnelle et peuvent être surmontés grâce à des efforts tels que l'investissement de temps dans l'établissement de relations, la promotion de relations de confiance ou l'acquisition d'habiletés et de compétences. Le défi de la dynamique de pouvoir entre la santé publique et les groupes d'organisation communautaire exige que les praticiens intéressés par de telles collaborations fassent des efforts intentionnels pour équilibrer les relations de pouvoir.

Les résultats bénéfiques démontrés mettent en évidence une gamme d'effets positifs pour les communautés. Les avantages pour les communautés, notamment le renforcement du leadership, le pouvoir des communautés, le capital social et les capacités communautaires, jouent un rôle essentiel dans la promotion de communautés résilientes, ce qui est particulièrement important en période d'intensification des événements liés au changement climatique et d'austérité budgétaire. De plus, les avantages

constatés dans cette revue s'étendent non seulement aux communautés, mais démontrent également des effets positifs sur les pratiques et les politiques de santé publique, y compris l'amélioration de la recherche, la mobilisation des connaissances, la réactivité aux enjeux communautaires et la promotion de relations de confiance.

Il faut savoir que cette revue rapide a fait l'objet de plusieurs limites méthodologiques. Les termes de recherche utilisés étaient limités et peuvent ne pas avoir tenu compte de tous les articles pertinents sur la santé publique et l'organisation communautaire. Toutefois, étant donné l'approche de la revue rapide que nous avons adoptée, nous avons accepté une stratégie de recherche non exhaustive. Une autre limite était l'inclusion d'articles qui n'enquêtaient pas expressément sur l'organisation communautaire, mais qui faisaient des allégations quant à son effet, affaiblissant la force des preuves examinées. La justification de cette décision est décrite ci-dessus.

Dans l'ensemble, la base de données probantes révèle un manque de travaux de recherche évalués par les pairs sur la santé publique en partenariat avec des organisateurs communautaires ou en utilisant des méthodes d'organisation communautaire, notamment un manque de données probantes. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle les raisons possibles de ce manque peuvent comprendre un manque de familiarité au sein de la santé publique avec le sujet de l'organisation communautaire, des préoccupations concernant le maintien de l'objectivité lorsque l'on travaille avec des activistes et l'émergence relativement récente d'initiatives qui se définissent elles-mêmes de manière explicite comme « organisation communautaire » au Canada, en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Il se peut aussi que la santé publique effectue ce type de travail, mais ne publie pas à ce sujet dans les travaux de recherche évalués par les pairs, ce qui indique qu'une augmentation de partenariats entre les universités et les communautés aurait un rôle à jouer pour

combler cette lacune et informer la pratique. Malgré ces limites, cette revue rapide comble une lacune essentielle en matière de connaissances, en fournissant des informations précieuses sur les effets des partenariats en santé publique avec des organisateurs communautaires ou en appliquant des méthodes d'organisation communautaires.

Conclusions

L'intersection de l'organisation communautaire et de la santé publique représente une avenue importante pour faire avancer la santé et l'équité en santé. Cette revue rapide comble un manque de connaissance en décrivant les avantages et les défis du partenariat de la santé publique avec des organisateurs communautaires ou de l'utilisation de stratégies d'organisation communautaire pour la santé publique selon les travaux de recherche actuels évalués par des pairs. Les avantages constatés comprennent une efficacité accrue de la santé publique, des capacités communautaires et un capital social accru, ainsi que des victoires en matière de politiques dans divers domaines de la santé. L'examen révèle également un alignement entre la santé publique et l'organisation communautaire fondé sur leur engagement commun à traiter les déterminants sociaux et structurels de la santé. La prévalence de résultats positifs tant pour la santé publique que pour les communautés, la capacité démontrée de faire avancer l'équité en santé et la diversité des interventions identifiées dans cette revue soulignent la valeur des partenariats avec des organisateurs communautaires et de l'utilisation de méthodes d'organisation communautaire comme approches prometteuses pour la pratique de la santé publique.

Informations supplémentaires (en anglais)

La version en ligne contient des documents supplémentaires disponibles à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21303-8>.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Vision et priorités de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) du Canada. 2023. <https://www.canada.ca/en/public-santé/entreprise/structure-organisationnelle/canada-chef-agent-santé-publique/déclarations-chef-agent-santé-publique/approche-équité-santé.html>. Consulté le 20 juin 2024.
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts clés liés à l'équité en santé. 2022. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>. Consulté le 20 juin 2024.
3. Heller J. C., Givens M. L., Johnson S. P., Kindig D.A. Keeping it political and powerful: defining the structural determinants of health. *Milbank Q.* 2024;102(2):351-66.
4. Organisation mondiale de la santé. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>. Consulté le 15 août 2024.
5. Link, B. G., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995:80-94.
6. Beckfield, J., Krieger, N., Epi + Demos + Cracy. Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—Evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiol Rev.* 2009;31:152-77.
7. Solar, O., Irwin, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Organisation mondiale de la santé, Commission on the Social Determinants of Health; 2010. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241500852>. Consulté le 20 juin 2024.
8. Michener, J. Health justice through the lens of power. *J Law Med Ethics.* 2022;50(4):656-62.
9. Heller, J. C., Fleming, P. J., Petteway, R. J., Givens, M., Pollack Porter, K. M. Power up: a call for public health to recognize, analyze, and shift the balance in power relations to advance health and racial equity. *Am J Public Health.* 2023;113(10):1079-82.
10. King, M. L. The autobiography of Martin Luther King, Jr. Carson C, dir. New York : Warner Books; 1986.
11. Organisation mondiale de la santé. Declaration of Alma-Ata at the International Conference on Primary Health Care. 1978. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>. Consulté le 15 août 2024.
12. Wallerstein, N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health Suppl.* 2002;59:72-7.
13. Minkler, M. Community organizing and community building for health and welfare. 3e éd. Nouveau-Brunswick : Rutgers University Press; 2012.
14. Pastor, M., Ito, J., Wander, M., Thomas, A. K., Moreno, C., Gonzalez, D., et al. A primer on community power, place, and structural change. USC Dornsife Equity Research Institute; 2020. https://dornsife.usc.edu/assets/sites/1411/docs/Primer_on_Structural_Change_web_lead_local.pdf. Consulté le 20 juin 2024.
15. Minkler, M., Rebanal, R. D., Pearce, R., Acosta, M. Growing equity and health equity in perilous times: lessons from community organizers. *Health Educ Behav.* 2019;46(Suppl 1):S9-18.
16. Farhang, L., Morales X. Building community power to achieve health and racial equity: principles to guide transformative partnerships with local communities. *NAM Perspect.* 2022. <https://doi.org/10.31478/202206d>.
17. Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., Mead, R. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promot Int.* 2021;36(5):1253-63.
18. Alinsky, S. Rules for radicals. New York : Random House; 1971.
19. Han, H., McKenna, E., Oyakawa, M. Prisms of the people: power & organizing in twenty-first-century America. Chicago : University of Chicago Press; 2021.
20. Speer, P. W., Tesdahl, E. A., Ayers, J. F. Community organizing practices in a globalizing era: building power for health equity at the community level. *J Health Psychol.* 2014;19(1):159-69.
21. Charlton, J. I. Nothing about us without us: disability oppression and empowerment. Oakland : University of California Press; 2000.
22. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : parlons-en 2013. https://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf. Consulté le 27 août 2024.
23. Fairchild, A. L., Rosner, D., Colgrove, J., Bayer, R., Fried, L. P. The exodus of public health. What history can tell us about the future *Am J Public Health.* 2010;100(1):54-63.
24. Simon-Ortiz, S., Bilick, S., Frey, M., Gould, S., Long, C., Waugh, E., et al. Community power-building groups and public health NGOs: reimagining public health advocacy. *Health Aff. (Millwood).* 2024;43(6):798-804.
25. Dobbins, M. Rapid review guidebook: steps for conducting a rapid review. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils; 2017 [mise à jour 2018]. <https://www.nccmt.ca/tools/rapid-review-guidebook>. Consulté le 20 juin 2024.

26. Garritty, C., Gartlehner, G., Kamel, C., King, V. J., Nussbaumer-Streit, B., Stevens, A., et al. Cochrane rapid reviews. Cochrane Rapid Reviews Methods Group; 2020. [https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org/rapid reviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf](https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org/rapid%20reviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf). Consulté le 20 juin 2024.
27. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
28. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : parlons-en. 2023. https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Repenser_la_repartition_du_pouvoir_pour_favoriser_lequite_en_sante_parlons_en_FR.pdf. Consulté le 20 juin 2024.
29. Covidence systematic review software. Veritas Health Innovation. <https://www.covidence.org/>.
30. Brown, P., Mayer, B., Zavestoski, S., Luebke, T., Mandelbaum, J., McCormick, S. The health politics of asthma: environmental justice and collective illness experience in the United States. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):453-64.
31. Bryant, C. A., Brown, K. R. M., McDermott, R. J., Forthofer, M. S., Bumpus, E. C., Calkins, S. A., et al. Community-based prevention marketing: organizing a community for health behavior intervention. *Health Promot Pract*. 2007;8(2):154-63.
32. Farquhar, S. A., Wiggins, N., Michael, Y. L., Luhr, G., Jordan, J., Lopez, A. Sitting in different chairs: roles of the community health workers in the Poder Es Salud/Power for Health Project. *Educ Health (Abingdon)*. 2008;21(2):39.
33. Wing, S., Horton, R. A., Muhammad, N., Grant, G. R., Tajik, M., Thu, K. Integrating epidemiology, education, and organizing for environmental justice: community health effects of industrial hog operations. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1390-7.
34. Parker, E. A., Chung, L. K., Israel, B. A., Reyes, A., Wilkins, D. Community organizing network for environmental health: using a community health development approach to increase community capacity around reduction of environmental triggers. *J Prim Prev*. 2010;31(1-2):41-58.
35. Silvestre, A. J., Quinn, S. J., Rinaldo, C. R. A twenty-two-year-old community advisory board: health research as an opportunity for social change. *J Community Pract*. 2010;18(1):58-75.
36. Cohen, A., Lopez, A., Malloy, N., Morello-Frosch, R. Our environment, our health: a community-based participatory environmental health survey in Richmond, California. *Health Educ Behav*. 2012;39(2):198-209.
37. De Souza, R., Aguilar, G. C., de Castro, A. B. Creating meaningful partnerships between communities and environmental health researchers: the role of a direct action community organizing agency. *Workplace Health Saf*. 2013;61(8):347-52.
38. Han, H., Nicholas, A., Aimer, M., Gray, J. An innovative community organizing campaign to improve mental health and wellbeing among Pacific Island youth in South Auckland, New Zealand. *Australas Psychiatry*. 2015;23(6):670-4.
39. White, B. M., Hall, E. S. Perceptions of environmental health risks among residents in the "Toxic Doughnut": opportunities for risk screening and community mobilization. *BMC Public Health*. 2015;15:1230.
40. Bolton, M., Moore, I., Ferreira, A., Day, C., Bolton, D. Community organizing and community health: piloting an innovative approach to community engagement applied to an early intervention project in south London. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(1):115-21.
41. Santilli, A., Carroll-Scott, A., Ickovics, J. R. Applying community organizing principles to assess health needs in New Haven, Connecticut. *Am J Public Health*. 2016;106(5):841-7.
42. Subica, A. M., Grills, C. T., Douglas, J. A., Villanueva, S. Communities of color creating healthy environments to combat childhood obesity. *Am J Public Health*. 2016;106(1):79-86.
43. Subica, A. M., Grills, C. T., Villanueva, S., Douglas, J. A. community organizing for healthier communities: environmental and policy outcomes of a national initiative. *Am J Prev Med*. 2016;51(6):916-25.
44. MacPhee, D., Forlenza, E., Christensen, K., Prendergast, S. Promotion of civic engagement with the Family Leadership Training Institute. *Am J Community Psychol*. 2017;60(3-4):568-83.
45. Sprague Martinez, L., Reisner, E., Campbell, M., Brugge, D. Participatory democracy, community organizing and the community assessment of freeway exposure and health (CAFEH) partnership. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(2): 149.
46. Mason, A. E., Archer, R., Swingle, R. A. Developing a culture of health: addressing health inequities through a health department and community organizer partnership. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24(Suppl 3):S122-3.
47. Hilgendorf, A., Guy Reiter, A., Gauthier, J., Krueger, S., Beaumier, K., Corn, R., Sr., et al. Language, culture, and collectivism: uniting coalition partners and promoting holistic health in the Menominee Nation. *Health Educ Behav*. 2019;46 Suppl 1:81S-87S.

48. LeBron, A. M. W., Cowan, K., Lopez, W. D., Novak, N. L., Ibarra-Frayre, M., Delva, J. The Washtenaw ID Project: a government-issued ID coalition working toward social, economic, and racial justice and health equity. *Health Educ Behav.* 2019;46(Suppl 1):S53-61.
49. Sprague Martinez, L., Dimitri, N., Ron, S., Hudda, N., Zamore, W., Lowe, L., et al. Two communities, one highway and the fight for clean air: the role of political history in shaping community engagement and environmental health research translation. *BMC Public Health.* 2020;20:1690.
50. Albright, K., de Jesus Diaz Perez, M., Trujillo, T., Beascochea, Y., Sammen, J. Addressing health care needs of Colorado immigrants using a community power building approach. *Health Serv Res.* 2022;57(Suppl 1):111-21.
51. Gaydos, M., Do-Reynoso, V., Williams, M., Davalos, H., Lopez, A. J. Power-building partnerships for health: lessons from Santa Barbara about building power to protect farmworker health and advance health equity. *J Public Health Manag Pract.* 2022;28(Suppl 4):S166-70.
52. Manalo-Pedro, E., Mackey, A., Banawa, R. A., Apostol, N. J. L., Aguilin, W., Aguilar, A., et al. Learning to love ourselves again: organizing Filipinx/a/o scholar-activists as antiracist public health praxis. *Front Public Health.* 2022;10: 958654.
53. Heller, J. C., Little, O. M., Faust, V., Tran, P., Givens, M. L., Ayers, J., et al. Theory in action: public health and community power building for health equity. *J Public Health Manag Pract.* 2023;29(1):33-8.
54. Bambra, C., Fox, D., Scott-Samuel, A. Towards a politics of health. *Health Promot Int.* 2005;20(2):187-93.
55. Kickbusch, I. The political determinants of health—10 years on. *BMJ.* 2015;350:h81.

COORDONNÉES

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
902-867-6133
ccnds@stfx.ca
www.nccdh.ca/fr

REMERCIEMENTS

Rédaction : Carolina Jimenez, spécialiste du transfert des connaissances et Jonathan Heller, spécialiste principal de l'équité en matière de santé, CCNDS. Nous exprimons notre gratitude à Kaitryn Campbell pour son aide en tant que spécialiste de l'information dans le cadre de ce projet et à Jean Lederer pour le travail de révision. De plus, nous remercions la D^{re} Claire Betker, Emily Clark et la Dre Alana LeBron pour leurs commentaires réfléchis et leur examen des manuscrits. Nous remercions par la même occasion l'équipe du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et la D^{re} Kate Mulligan pour leur contribution, leur soutien et leur enthousiasme à l'égard de ce travail.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2025). *Organisation communautaire et santé publique : une revue rapide*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-998022-68-7

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le CCNDS. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca.