

L'INNOVATION SOCIALE, UNE CONDITION POUR ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE L'ACTION EN PARTENARIAT DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Angèle Bilodeau

Direction de la santé publique

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
et Institut national de santé publique du Québec

Montréal, Québec

Claire Chamberland

Institut de recherche pour le développement social des jeunes et

École de service social, Université de Montréal

Montréal, Québec

Deena White

Département de sociologie

Université de Montréal

Résumé: Les pratiques de planification participative et de partenariat en santé publique ont été peu étudiées sous l'aspect de leur efficacité. Si la littérature accumule les évidences du peu de résultats des modèles technocratiques, peu de recherches nous informent des conditions de succès des approches participatives. Cet article présente les résultats de l'étude comparative de quatre expériences de planification participative dans la région de Montréal. L'article met en relation les processus de planification participative et de partenariat avec la qualité des résultats atteints et analyse les rapports sociaux et les formes de collaboration entre les acteurs afin de comprendre les processus conduisant à différents résultats évalués par différentes mesures de la qualité. Cette évaluation peut contribuer à améliorer les partenariats puisqu'elle montre les conditions spécifiques des processus participatifs associées à tel niveau de qualité du résultat.

Abstract: The effectiveness of participatory planning and partnership practices in the public health field is a neglected issue. While the literature shows evidence of the meagre results of technocratic models, few studies describe the conditions for the success of participatory approaches. This article presents the results of a comparative study of four participative regional planning

experiments in Montreal, focusing on the relationship between participative planning and partnership processes and the quality of the results obtained. It analyzes the social relations and forms of collaboration between the actors in order to understand the processes leading to different evaluation outcomes of different measures of quality. This type of evaluation can contribute to improving partnerships, because the results relate the specific dynamics of the participatory processes to their degree of success.

Depuis le milieu des années 1980, la santé publique nord américaine, et plus particulièrement le champ de la promotion de la santé, s'est ouvert aux approches participatives et partenariales. Ce changement est en partie attribuable à la relative inefficacité des approches rationalistes et technocratiques qui ont, jusqu'à ce moment, largement dominées ce secteur d'intervention (Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993; Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1996; Butterfoss, Goodman, Wandersman, Valois, & Chinman, 1996; Fawcett et al., 1995, 1997; Goodman, Steckler, Hoover, & Schwartz, 1993; Goodman, Wandersman, Chinman, Imm, & Morrissey, 1996; Goodman, Weeler, & Lee, 1995; Goodman et al., 1998; Green & Kreuter, 1999; Labonte & Robertson, 1996; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988; McLeroy, Kegler, Steckler, Burdine, & Wisotzky, 1994; Wandersman et al., 1996). Cependant, peu de recherches encore nous informent quant aux arrangements les plus prometteurs, eu égard à cet objectif d'efficacité, au sein des partenariats intersectoriels et des coalitions communautaires qui tiennent lieu d'espace social de participation à l'élaboration et la réalisation des programmes publics. À ce jour, la recherche sur le partenariat en santé publique s'est davantage centrée sur les processus et sur leurs aspects fonctionnels plus que sur la dimension des rapports sociaux, en reliant peu ces processus aux résultats, de telle sorte à offrir encore peu de référents pour une ré-ingénierie des processus devant accroître les résultats. Cet article présente les résultats d'une recherche portant sur la comparaison des liens entre planification-partenariat-qualité dans quatre programmes de prévention-promotion de la santé et du bien-être (Bilodeau, 2000). La théorie de la traduction, retenue au fondement de l'analyse, est présentée, suivie de la méthodologie et des résultats montrant les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat. En conclusion, l'article ouvre une discussion sur le rôle de la planification dans l'élaboration et la mise en œuvre de tels programmes.

LE RAPPORT ENTRE PROCESSUS ET RÉSULTATS DE L'ACTION EN PARTENARIAT EN SANTÉ PUBLIQUE

Les partenariats, ces espaces de collaboration entre organisations du domaine public (de différents secteurs), communautaire ou privé, ont été surtout étudiés, en santé publique, selon la logique fonctionnaliste de la planification de la santé, en se centrant sur leurs dimensions instrumentales (formalisation et formation). Cette recherche, principalement états-unienne (Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1996; Butterfoss, Goodman, Wandersman, Valois, & Chinman, 1996; Crozier-Kegler, Steckler, Maleck, & McLeroy, 1998; Goodman et al., 1996; McLeroy et al., 1994), montre que la participation et la satisfaction des membres des coalitions communautaires sont favorisées par la formalisation des procédures, un leadership éclairé et efficace, leur influence sur la prise de décision et leur engagement dans l'action, sans que ces conditions ne suffisent à assurer des plans de qualité, i.e., susceptibles d'affecter les problèmes d'une population. En découle la nécessité d'ajuster la planification aux capacités des coalitions et de les habiliter par la formation et l'évaluation participative.

Sur l'aspect fondamental des rapports sociaux entre les acteurs, la recherche s'est davantage centrée sur la question du conflit que sur celle de la coopération. Cette recherche, surtout européenne et québécoise, porte sur les processus de sectorisation et de négociation, les rapports de pouvoir et l'interdépendance entre les organisations dans les alliances stratégiques qu'elles tissent pour atteindre des buts qu'elles ne peuvent atteindre individuellement. Elle s'attarde aussi aux éléments du contexte socio-économique et politique (législations, politiques publiques, restrictions budgétaires) qui encouragent ou dissuadent les collaborations inter-organisationnelles. Les arrangements inter-organisationnels sont alors compris comme des jeux stratégiques en vue du contrôle du pouvoir et des ressources et comme des solutions contingentes que les acteurs sociaux créent en vue de coopérer dans une entreprise collective, se rapprochant alors davantage du compromis que du consensus (White, 1990).

Trois aspects des collaborations inter-organisationnelles sont surtout discutés. Sur la question d'une vision partagée entre les partenaires, les auteurs (Costongs & Springett, 1997; Delaney, 1994a, 1994b; Kaddouri, 1997; Maroy, 1997) prennent distance vis-à-vis la notion d'objectifs communs telle que l'entend l'approche fonctionnaliste. Des organisations peuvent partager une vision mais

leurs buts spécifiques et leurs moyens peuvent entrer en compétition pour l'appui politique et l'accès aux ressources. Une rationalité d'un niveau supérieur, de l'ordre de l'intérêt public, côtoie le plus souvent une rationalité de l'ordre des intérêts organisationnels dans les raisons qui motivent les collaborations. Sur la question de la formalisation des échanges, les auteurs (Costongs & Springett, 1997; Degeling, 1995; Delaney, 1994a, 1994b; Goumans & Springett, 1997) soutiennent qu'au sein des réseaux, il se développe avant tout des arrangements informels, ce qui entre en conflit avec l'approche fonctionnaliste qui fait de l'établissement d'une structure formelle une condition centrale du partenariat. Tout en convenant qu'une certaine formalisation est requise pour la conduite de l'action, les auteurs soulignent que les enjeux de la collaboration inter-organisationnelle et intersectorielle ne peuvent être ramenés à des questions techniques qui se résolvent par des arrangements administratifs. L'accent mis sur la coordination dans l'approche fonctionnaliste ne permet pas de prendre compte des processus de division que l'intersectorialité doit surmonter et la distribution du pouvoir au sein des réseaux; elle constitue une réponse administrative à un problème politique demandant une solution politique qui fasse appel à la médiation entre des intérêts diversifiés. Sur la dernière question, celle des conditions de succès des coalitions, Fortin et O'Neill (Fortin, Groleau, Lemieux, O'Neill, & Lamarche, 1994; O'Neill, Lemieux, Groleau, Fortin, & Lamarche, 1997) ont montré qu'elles se développent et réussissent à produire des activités reliées à leurs buts dans la mesure où les intérêts des membres à coopérer dépassent leurs intérêts conflictuels. Ceci est favorisé par la sélection même des acteurs et par la complémentarité de leurs atouts. Également, le maintien de liens politiques forts entre la coalition d'une part et les décideurs et politiques externes d'autre part est crucial pour s'assurer l'accès aux ressources, s'associer des acteurs en position d'influence et s'associer les secteurs d'intérêt.

Enfin, à ce jour, la recherche montre que les partenariats produisent certains résultats qui sont tributaires de l'étendue de la participation, de l'implication des leaders des communautés et de l'appui tangible des autorités politiques. Aussi, des auteurs en appellent-ils à une ré-ingénierie des processus de manière à accroître les résultats (Costongs & Springett, 1997; Degeling, 1995; Delaney, 1994a, 1994b; Fawcett et al., 1995, 1997; Gillies, 1998; Goumans & Springett, 1997; Sindall, 1997).

LA THÉORIE DE LA TRADUCTION COMME FONDEMENT DE LA COMPRÉHENSION DU RAPPORT ENTRE PROCESSUS ET RÉSULTAT DE L'ACTION EN PARTENARIAT

Afin d'appréhender les processus de la coopération entre les organisations en les reliant à la qualité des résultats atteints, cette recherche a recours à une théorie de la coopération, soit la théorie de la traduction (Akrich, Callon, & Latour, 1988a, 1988b; Amblard, Bernoux, Herreros, & Livan, 1996; Callon, 1986; Callon & Latour, 1986),¹ qui s'inscrit dans le prolongement des théories organisationnelles centrées sur le conflit.² Au-delà de la posture théorique qui consiste à mettre de l'avant la négociation pour la résolution des conflits, cette théorie réfléchit sur l'élaboration du compromis et sur les formes organisationnelles, sociales et matérielles qui le stabilisent. Ce choix théorique vient ici appuyer l'effort de renouvellement des pratiques planificatrices et partenariales dans le débat actuel sur la qualité et l'efficacité de l'intervention en santé publique.

Les termes de la théorie de la traduction

La théorie de la traduction est un outil d'analyse qui permet de suivre les transformations successives et donc l'adaptation mutuelle du contexte, des acteurs et du projet dans le développement d'une innovation. La théorie de la traduction conçoit les situations comme des *réseaux* où sont reliés les acteurs et les ressources qui y participent. La notion de *traduction* réfère aux ré-interprétations continues qu'opèrent les acteurs quant à leurs rôles et quant au produit innovant, partant de leurs intérêts respectifs et de leurs rapports de pouvoir, et conduisant à l'élaboration des compromis. La théorie soutient que la *controverse* précède toujours l'émergence d'une innovation, d'un changement, et le processus de construction de la coopération se fait par la résolution des controverses. Résoudre les controverses, c'est orienter les acteurs vers une solution, un compromis qui leur permet de coopérer tout en répondant, du moins partiellement, à leurs intérêts. C'est la clôture ou la non-clôture des controverses qui crée l'accord ou le désaccord entre les acteurs et la consolidation ou non de l'innovation. La coopération entre les acteurs emprunte différentes *formes organisationnelles, sociales et matérielles* qui relient les acteurs et stabilisent le compromis pour une certaine durée. La théorie se complète avec la notion de symétrie entre, d'une part, le tissage des liens sociaux et les alignements d'intérêts, désignés de *sociogramme*, et d'autre part, la confection des produits — ici, des programmes de prévention-promotion —

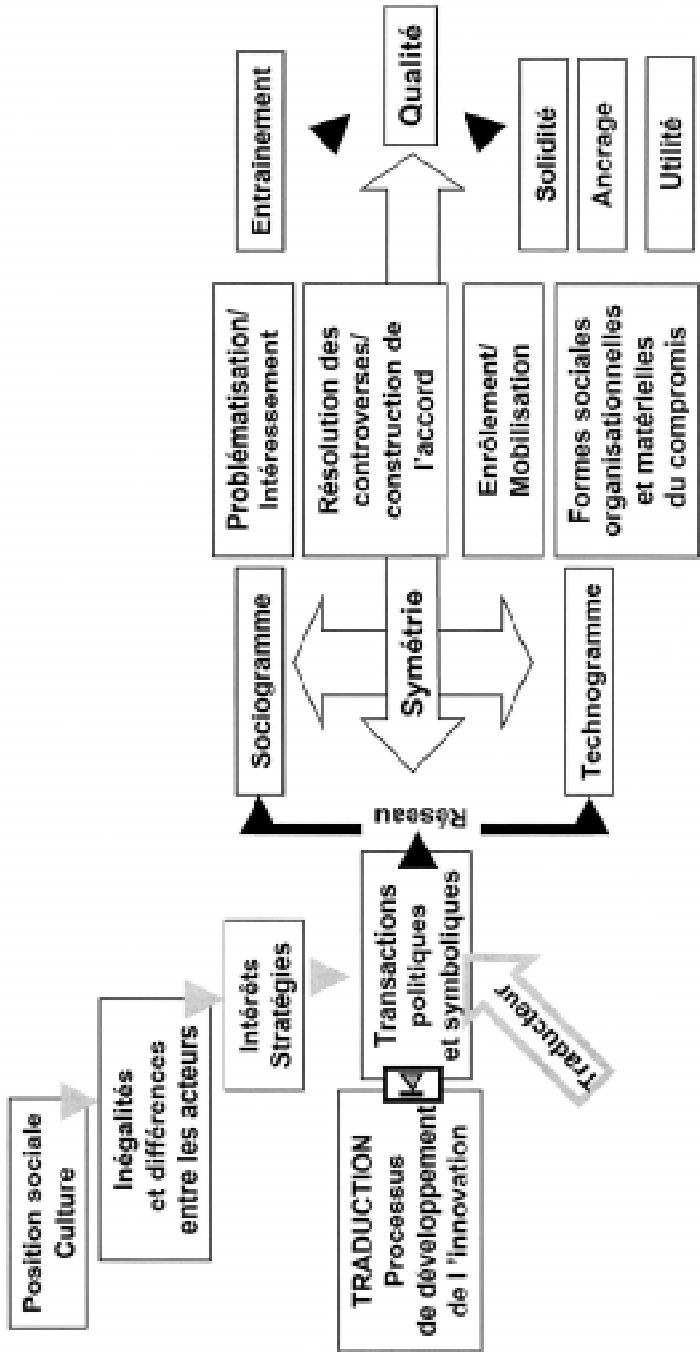
désignée de *technogramme*. Le produit innovant ne peut émerger que s'il est porté par un réseau. De la même façon, la solidité du produit est liée à l'irréversibilité de ce réseau qui, elle-même, dépend de l'ancrage du produit. Ainsi un projet tient sa pertinence du degré de cohésion qu'il suscite; sa qualité, son utilité, son efficacité ne lui sont pas intrinsèques mais découlent de son développement.

L'analyse en termes de traduction (Callon, 1986) distingue quatre moments qui se chevauchent dans l'élaboration des réseaux et de l'innovation. La *problématisation*, comme mise en mouvement du processus de traduction, est la définition provisoire du problème ou de la situation par les promoteurs d'un projet ou d'une innovation, identifiant les acteurs concernés, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. En plus de positionner les acteurs, la problématisation permet d'identifier les principales controverses qui les divisent, de montrer les points de convergence auxquels ils doivent consentir et les alliances à sceller afin de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts. Le deuxième moment est celui de l'*intéressement*, soit l'ensemble des stratégies que déploient les différents acteurs en vue de rallier les autres acteurs autour d'un objectif commun et leur imposer un rôle défini. Dans la théorie de la traduction, la résolution des controverses et l'élaboration de l'accord opèrent par l'action d'un médiateur qui propose une problématisation et des passages incontournables, vu les intérêts respectifs des acteurs. Un intéressement réussi donne lieu au troisième moment, celui de l'*enrôlement* des acteurs, c'est à dire la négociation qui conduit à l'acceptation d'un rôle précis permettant de consolider le réseau. Enfin, la *mobilisation* concerne l'implication d'une masse critique d'acteurs dans le système d'action pour que l'innovation devienne pertinente, utile, indispensable. La Figure 1 représente les concepts-clé de la théorie de la traduction.

La spécification de la théorie de la traduction en vertu du contexte de la santé publique

Développée dans le contexte de l'entreprise et des innovations technologiques, la théorie de la traduction a été spécifiée pour une meilleure appréhension des innovations sociales dans le champ de la santé publique. Se référant à Monnier (1987), qui a repris la théorie de la traduction pour le compte des programmes publics, nous les concevons comme des espaces de négociation, des systèmes ouverts où les différents protagonistes négocient la structuration et la réalisation de l'action en même temps que leurs rapports sociaux et où

Figure 1
Théorie de la traduction de Callon & Latour (1986)



ni les protagonistes, ni les ressources, ni les formes d'action ne sont stables et prédéterminés. Le processus de structuration de l'action opère de façon interactive et itérative au double plan du sociogramme et du technogramme, de telle sorte que les transformations du produit dans le temps ne peuvent être appréhendées sans une compréhension de l'évolution de l'interaction entre les acteurs, et vice versa. Cette logique interactive (principe de symétrie) caractérise aussi le rapport entre le processus de structuration de l'action et sa qualité. Ainsi, le *processus de structuration des programmes*, que nous cherchons à mettre en relation avec leurs attributs de *qualité*, constituent avec les notions de *sociogramme* et de *technogramme* les dimensions conceptuelles fondamentales de l'étude.

Dans le champ de la santé publique, où prédominent les acteurs publics (intersectoriels) et communautaires, quatre types de rapports sociaux sont particulièrement en cause et viennent spécifier le sociogramme, i.e., les enjeux politiques et symboliques de la structuration des programmes et les formes sociales de la coopération. Il s'agit du rapport public/communautaire, articulé en recourant aux notions de complémentarité (de la portion de services du communautaire) et d'interdépendance égalitaire (Panet-Raymond, 1994; Vaillancourt, 1994); du rapport entre acteurs sectoriels, défini par le processus de sectorisation et de contrôle exercé sur un champ de pratique (Degeling, 1995); du rapport entre planification publique et autonomie des communautés locales, soit une approche technocratique et rationaliste versus participative et adaptative des programmes publics (Berman, 1980; Brunk & Goepfing, 1990; Fawcett et al., 1995; Gillies, 1998; Rogers, 1983); enfin, du rapport entre les différents savoirs, scientifiques et d'expérience, institutionnels et communautaires, selon que l'approche est contributive des différents savoirs ou qu'elle consacre la suprématie de certains savoirs (logique de l'expert) (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995).

Afin de spécifier le technogramme, nous recourons au modèle d'action du programme, qui en précise les composantes et qui rend compte de la logique de l'intervention, ainsi qu'à l'action réalisée (couverture opérationnelle et populationnelle). Nous référons ici aux techniques de spécification de programmes dans le champ de l'évaluation (Allard, 1996, 2001).

Quant à la mesure de la qualité des programmes, elle porte sur leur réseau, leur modèle d'action, leurs réalisations et les résultats proxi-

maux observés. Nous avons spécifié la notion de qualité, sous l'aspect de sa trame sociale, par la force d'entraînement du programme, soit l'engagement d'acteurs stratégiques et névralgiques à son développement. Sous l'aspect de sa trame technique, la qualité est spécifiée par les notions de solidité, d'ancrage et de viabilité. La solidité est appliquée au modèle d'action d'un programme, à laquelle nous faisons correspondre la vraisemblance d'implantation et d'intervention (Allard, 1996; Bilodeau, Allard, & Chamberland, 1998), se rapportant aux jugements des acteurs sur ce modèle d'action, eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels ils se réfèrent. L'ancrage s'applique au modèle d'action dans le sens de son ajustement aux données et ressources locales et de la pertinence des priorités et solutions aux yeux des acteurs locaux (Fawcett et al., 1995; Gillies, 1998; Wandersman et al., 1996). Enfin, la notion de la viabilité de la solution vient rendre compte de l'association que fait la théorie de la traduction entre utilité et qualité. Elle est appréciée par la capacité des réalisations à atteindre les buts fixés, en se basant sur les premiers résultats proximaux (Bickman, 1985) que les acteurs associent au programme.

LA MÉTHODE³

Les pratiques planificatrices et partenariales analysées dans cette recherche sont celles des priorités de 1995–98 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Parmi les 13 programmes de prévention-promotion mis de l'avant, quatre ont été sélectionnés. Une sélection théorique des cas a été effectuée, cherchant à les mettre en contraste sur les dimensions théoriques centrales de l'étude, soit le processus de structuration des programmes et leur niveau de qualité. Les cas retenus sont les projets de *Sensibilisation — dépistage en violence faite aux femmes*, dont le mandat est l'organisation de services continus et intégrés auprès des femmes victimes, des enfants témoins et des conjoints violents; le projet d'*Information des femmes sur le cancer du sein*, dont le mandat est le développement et le déploiement d'un programme d'information vers les femmes ciblées et plus particulièrement celles des communautés ethniques et socio-économiquement défavorisées; le projet de *Sécurité alimentaire*, dont le mandat est le développement d'une politique régionale de sécurité alimentaire assortie de continuums locaux de services, du dépannage à la prise en charge; et le projet *Naître égaux — Grandir en santé*, qui est un programme de soutien périnatal aux familles en situation de grande pauvreté.

Le cadre méthodologique est celui de l'étude de cas multiples (Hamel, 1998; Yin, 1994). Les sources de données sont les documents utilisés et produits au cours de la planification, la réalisation et l'évaluation des quatre programmes.⁴ L'analyse interne des cas a consisté d'abord en une description de l'histoire des programmes, en vertu du cadre conceptuel de l'étude, en montrant l'évolution de l'interaction entre sociogramme et technogramme, jusqu'à leurs attributs de qualité. Ensuite, une explication locale a été élaborée selon la logique d'une causalité itérative, i.e., liée à l'antériorité d'un événement par rapport à un autre et à la construction d'un lien logique entre ces réalités (Bernard, 1993; Huberman & Miles, 1991). Les propositions explicatives de chaque cas identifient les dimensions du processus de structuration qui ont influencé, de manière plausible, les attributs de qualité des programmes. L'analyse comparative a cherché, à partir des explications locales, à dégager des facteurs explicatifs de la qualité des programmes qui sont d'un ordre plus général, donnant lieu au développement théorique auquel conclue la recherche.

LES RÉSULTATS

La problématisation comme opération de mobilisation et de convergence

À l'étape initiale de la problématisation, cette mise en mouvement des acteurs autour d'un projet provisoire, si, dans chacun des cas, cette étape a opéré d'un même lieu, celui de la Régie et sa DSP (Direction de la santé publique), instigatrice des priorités, les processus déployés se sont distingués au moins de deux façons: d'abord au plan de la dynamique de la participation instaurée, quant à son étendue (mobilisation large des acteurs concernés et des perspectives, ou restreinte auprès d'acteurs prédéterminés), quant à son niveau (pour l'élaboration de l'action ou la validation et la mise en œuvre) et quant à son intensité (consultation ou influence sur la décision); ensuite au plan des convergences qui en ont découlé, entraînant des conséquences différenciées sur la construction de l'action et sur la qualité des résultats. Le Tableau 1 détaille la situation pour chaque cas. Tant la dynamique de la participation que l'étendue des convergences sont influencées par les différents contextes, au moins par deux de leurs caractéristiques. Premièrement, l'aspect de la crédibilité de la DSP dans le rôle de médiateur auprès des autres acteurs du champ, au-delà de la légitimité formelle que lui confère sa position de planificateur régional. Deuxièmement, l'aspect de l'intensité des controverses qui dépend, certes, de la position avancée

Tableau 1
Dynamique de la participation, étendue de l'information et incidence sur la zone de convergence entre les acteurs

		Problématisation		
Rôle du planificateur	Dynamique de la participation	Étendue de l'information	Zone de convergence	Q
<i>VF</i> Planificateur -décideur	✕ Restreinte ● Consultation ◆ Opérationnel (validation/MO)	Technoscientifique: formes de violence dans la société; accent sur l'organisation d'un continuum de services, du préventif au curatif.	Étroite: rabattement vers des formations sectorisées.	Q-
<i>CS</i> Planificateur -médiateur	✕ Large ● Décision ◆ Stratégique (élaboration /MO)	Technoscientifique: épidémiologie du problème, efficacité des technologies. Féministe: conception sociale, défense des droits, prise en charge. Fonctionnaliste: adaptation multiculturelle.	Large: autour d'une information juste, complète et accessible sur les trois modes de dépistage.	Q+
<i>SA</i> Planificateur -médiateur	✕ Large ● Décision ◆ Stratégique (élaboration /MO)	Structurelle: causes et solutions structurelles. Critique-émancipatrice: causes structurelles, prise en charge. Fonctionnaliste: coordination des services.	Large: autour d'un continuum d'actions locales et régionales de sécurité alimentaire.	Q+
<i>NG</i> Planificateur -décideur	✕ Restreinte ● Consultation ◆ Opérationnel (validation/MO)	Technoscientifique: approche des déterminants de la santé et de «community betterment» ^a	Étroite: autour du programme-cadre institutionnel.	Q-

Légende:

VF: cas Violence faite aux femmes;

CS: cas Cancer du sein;

SA: cas Sécurité alimentaire;

NG: cas Naître égaux — Grandir en santé.

Dynamique de la participation:

✕ étendue: couverture restreinte/large des perspectives;

● intensité: consultation/décision;

◆ niveau: choix stratégiques/opérationnels.

MO: mise en œuvre;

Q+: niveau élevé de qualité du programme;

Q-: faible niveau de qualité du programme.

^a L'approche d'amélioration de la communauté («community based, collaborative betterment, community betterment») s'oppose à une perspective de «empowerment» de la communauté («community development, collaborative empowerment») donnant lieu, l'une et l'autre, à deux modèles type de partenariat. Le premier, de loin le plus répandu, est le plus souvent initié de l'extérieur de la communauté et opère sous le contrôle de chercheurs, d'agences de santé ou de bailleurs de fonds, sans une réelle influence de la part des populations directement concernées par le problème. Quant à l'approche de «empowerment» ou de développement communautaire, elle cherche, à partir des questions prioritaires de la communauté, à accroître son pouvoir et ses ressources (Fawcett et al., 1995; McLeroy et al., 1994; Wolff, 1997).

par le planificateur, mais aussi du degré avec lequel les rapports sociaux sont interpellés par un projet et de l'importance des enjeux qu'il soulève pour les acteurs.

Le cas *Violence faite aux femmes* est celui des quatre cas où la problématisation a le moins accompli. Plus que les autres, elle a œuvré dans un contexte où les forces qui divisent ont prédominé parmi les acteurs mobilisés. Ce contexte est hérité des politiques publiques successives (1985, 1986, 1992, 1995) qui, tout en appelant à la concertation, ont érigé des embûches structurelles à l'établissement de convergences, en plaçant en concurrence les CLSC (Centres locaux de services communautaires) et les maisons d'hébergement pour la reconnaissance de l'expertise. Par ailleurs l'accès au financement a opposé la presque totalité des organisations participantes: les CLSC, les maisons d'hébergement de même que les groupes d'intervention auprès des hommes violents. Ce contexte en est un aussi où, traditionnellement, la Régie a joué un rôle de soutien davantage que de leadership dans l'organisation des services (secrétariat des tables de concertation) et où la DSP a plutôt une tradition d'intervention en prévention-promotion, avec des partenaires non identifiés au champ (écoles, garderies). En conséquence, la DSP a opté pour la mobilisation d'acteurs prédéterminés, pour la validation d'une problématisation qui évacue les enjeux théoriques, idéologiques et politiques propres aux acteurs tout en réitérant l'appel à la concertation. Cette approche n'a pas favorisé l'élargissement de la représentativité intersectorielle susceptible de modifier les enjeux et de créer de nouveaux espaces de dialogues, d'alliances et de compromis. Dans ce cas, la DSP n'a pas endossé son rôle de médiateur pour s'en tenir à un rôle traditionnel de planificateur-décideur.

Le cas *Sécurité alimentaire* a évolué dans un contexte où les controverses ont été moins vives. Dans ce champ traditionnellement du ressort de la société civile et de la charité privée, les préférences des donateurs déterminent surtout la distribution des ressources. Il s'agit d'un champ nouvellement investi par l'effort d'orientation des pouvoirs publics et ce, au palier régional plutôt que central.⁵ Par son appel large aux acteurs du champ pour un projet de politique régionale encore à définir, la DSP a endossé son rôle de mobilisateur en rassemblant les acteurs concernés ou intéressés dans une arène où les enjeux théoriques, idéologiques et politiques se sont trouvés d'entrée de jeux mis sur la table. Permettre ainsi la manifestation des différences a favorisé l'émergence de zones de convergence. Les acteurs, quelle que soit leur position singulière, ont trouvé à s'inscrire

dans un continuum d'actions locales et régionales vers la sécurité alimentaire. En réussissant à rassembler une masse significative d'acteurs et parmi les plus progressistes du champ autour d'une telle proposition, la DSP a réussi à renforcer sa crédibilité à leurs yeux dans le rôle de médiateur malgré, ou peut-être grâce à, son peu de tradition dans le champ.

Quant au cas *Cancer du sein*, il a évolué autour de la question du dépistage, moins controversée que celle du financement consacré à la recherche sur les causes environnementales de la maladie par rapport à la recherche biomédicale sur le diagnostic et le traitement. Il s'agit d'un domaine investi par les pouvoirs publics avec le programme provincial de dépistage où le leadership de la DSP est largement reconnu. Dans ce cas, à l'instar du cas *Sécurité alimentaire*, la DSP endossa son rôle de mobilisateur-médiateur en conviant les acteurs intéressés ou concernés dans un espace de dialogue pour la formulation de l'action et où, d'entrée de jeu, les positions des partenaires potentiels ont été exposées, faisant en sorte que la recherche de convergences a opéré à partir de ces a priori.

Puis de tous les cas, *Naître égaux — Grandir en santé* est celui qui a évolué dans le contexte au niveau le moins élevé de controverse. Il s'agit d'un champ où les politiques publiques successives (1973, 1993) ont largement orienté l'action, y compris celle des organismes communautaires familiaux qui sont surtout des organismes d'entraide et de services n'ayant généralement pas développé une perspective propre sur la problématique. Il s'agit aussi d'un champ traditionnellement investi par la santé publique, où son expertise est largement développée. Conséquemment, dans la tradition technocratique de la planification publique, la problématisation, sous la forme d'un programme-cadre assorti d'une structure partenariale cadre (Martin et al., 1995), a donné lieu à une mobilisation des CLSC pour la validation et leur engagement dans le programme, qui a été étendue aux organismes communautaires familiaux pour sa mise en œuvre.

Ainsi, selon différentes prises de position du planificateur, il est vrai dans des contextes différents, la participation a été plus ou moins sollicitée et a engagé une plus ou moins grande diversité d'acteurs à des degrés divers. L'analyse qui précède montre qu'une problématisation qui profite d'un élargissement de la participation donnant accès à une diversité de conceptions des situations entraîne un élargissement de la zone de convergence entre les acteurs. Des contextes rendent par ailleurs plus ou moins facile cette problématisation

mobilisatrice. Ces convergences sont une condition préalable, certes non suffisante, mais nécessaire à la construction de l'action en partenariat.

Deux moments cruciaux du processus pour la qualité de l'action

L'analyse interne des cas met en relief deux moments du processus de structuration de l'action qui s'avèrent cruciaux pour sa qualité. D'abord celui de la problématisation, centrée sur la mobilisation des acteurs, moment crucial par la dynamique de la participation qui s'y instaure; puis celui de la construction de la coopération entre les acteurs, qui opère autant au plan des rapports de pouvoir que du sens de l'action, centrée sur la résolution des controverses et l'élaboration de l'accord, moment crucial en ce qu'il structure les arrangements de partenariat.

Dans le cas *Violence faite aux femmes*, l'approche de **problématisation**, d'inspiration technocratique, a emprunté une dynamique unidirectionnelle, de consultation-validation auprès d'acteurs pressentis pour réaliser les actions préalablement définies. La problématisation avancée table sur la logique fonctionnaliste de la coordination des services (en vue de leur continuité et complémentarité) sans proposer aux acteurs d'avenues susceptibles de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts et favoriser ainsi la coopération. Les controverses soulevées, qui concernent la reconnaissance de l'expertise et le contrôle des ressources autant que les logiques d'action, placent en concurrence les acteurs mobilisés, publics et communautaires. Par ailleurs, des acteurs stratégiques n'ont pas été mobilisés (médecins, centres hospitaliers, Justice, Sécurité publique). Dans ce contexte d'adversité, la **construction de la coopération**, plutôt sa non-construction vu la non-résolution de la plupart des controverses, entraîne un rabattement vers des projets sectorisés de formation clinique et un renforcement de la sectorisation, plutôt que la mise en place des conditions organisationnelles et inter-organisationnelles devant conduire à la complémentarité et la continuité souhaitées (e.g., par des protocoles inter-organisationnels). Au plan de la **qualité**, il en résulte un modèle d'action qui souffre d'un faible ancrage et qui satisfait, certes, aux conditions cliniques, mais non aux conditions organisationnelles et inter-organisationnelles requises pour un dépistage systématique et une intervention efficace auprès des victimes et des agresseurs (solidité faible et viabilité non accrue). L'effet d'entraînement du projet sera au mieux sectoriel, auprès des acteurs décisionnels des CLSC. L'ex-

plication table sur deux dimensions du processus: 1) le caractère technocratique de la problématisation, de sorte à contourner les controverses, qui conduit à évacuer les dimensions inter-organisationnelles et intersectorielles de l'organisation des services; et 2) son corollaire, la non-mobilisation de certains des principaux acteurs concernés, dans une optique de re-problématisation.

Dans le cas *Cancer du sein*, l'approche interactive de la **problématisation** a permis que soient exposés les différentes conceptions, épidémiologique, féministe, multiculturelle, et les intérêts des acteurs et que se dessine une zone de convergence autour d'une approche globale de la santé des femmes. Les controverses soulevées, au sujet des logiques d'action (rôle des femmes et des spécialistes selon les perspectives épidémiologique et féministe) et de la reconnaissance des savoirs et pratiques féministes, se sont résolues autour d'une information critique, complète et accessible sur tous les modes de dépistage, à être dispensée dans l'intérêt des femmes que les acteurs mobilisés ont à desservir en commun. La **construction de la coopération** a donné lieu à un laborieux processus de construction du partenariat sur des bases de réciprocité et d'équité (autonomie, reconnaissance des diverses approches, formation mutuelle, ententes contractuelles et financement), en même temps que se négociait la place de leurs visions respectives (cohabitation des paradigmes) où la DSP s'est positionnée dans un rôle de médiateur. Ceci découla en une programmation conjointe pour mettre en œuvre cette plate-forme commune, tout en maintenant l'autonomie des partenaires pour œuvrer à sa mise en œuvre dans leurs créneaux d'expertise. Au plan de la **qualité**, le modèle d'action, qui était d'établir un partenariat pour mieux rejoindre la plus grande étendue de femmes possible eu égard à leurs caractéristiques socio-démographiques, a été jugé solide. Le travail de co-construction d'un partenariat égalisateur a permis de livrer à différents segments de la population un message complet et cohérent, sur différents registres, qui s'adresse aux différentes barrières connues au dépistage, et de s'associer d'autres acteurs pertinents (effet d'entraînement auprès des CLSC et des organismes communautaires et ethniques). Quant à l'ancrage du modèle d'action, son ajustement aux besoins des femmes en les rejoignant dans leurs différents milieux de vie et selon la demande en témoigne. Et la viabilité du projet est appréciée positivement vu son effet d'entraînement auprès des femmes. L'**explication** met en relief 1) la co-construction d'un partenariat égalisateur, qui a pris pied dans la dynamique de participation interactive instaurée et dans les atouts dont disposait l'acteur communautaire pour

se positionner; et 2) un tel rapport de partenariat est à l'assise de la conjugaison des paradigmes d'action.

Dans le cas *Sécurité alimentaire*, l'approche mobilisatrice de la **problématisation**, en instaurant une dynamique interactive en vue de l'élaboration de l'action, a entraîné un mouvement de concertation au palier local et entre les territoires locaux. Les principales controverses alors réactivées ou soulevées sont celle de la concurrence que font les organismes de dépannage aux initiatives de prise en charge et la place du dépannage dans un continuum de sécurité alimentaire, puis celle de la reconnaissance, par la Régie, de l'instance régionale de concertation communautaire existante⁶ en lieu et place d'un comité intersectoriel créé et piloté par la DSP. L'établissement d'un leadership régional-local, et intersectoriel, en sécurité alimentaire, devant faire contrepoids aux pratiques de dépannage et exercer une influence auprès des instances publiques et privées qui les soutiennent et de l'opinion publique, constitue l'essentiel de la stratégie proposée par la DSP et autour de laquelle s'est construite la **coopération** entre les acteurs. Le partenariat mis en place (intersectoriel, régional-local), et la plate-forme commune adoptée, même provisoire, matérialise l'espace de coopération. Il en résulte des plans d'action régional et locaux arrimés, des actions médiatiques sur les causes structurelles et des représentations auprès des bailleurs de fonds, et le déploiement de pratiques locales vite confrontées à l'insuffisance du financement. Au plan de la **qualité**, le modèle d'action est celui de la concertation intersectorielle, régionale et locale, afin de développer des actions aux différents niveaux du modèle écologique et un continuum de pratiques (des clubs d'achat au dépannage) au palier local. Sa solidité est établie sur un rapport coût-bénéfice de la concertation jugé favorable par les acteurs locaux et sur son potentiel de ralliement. Sa faiblesse est le peu d'initiatives encore réalisées sur les causes structurelles de la pauvreté, faisant porter le développement de solutions innovantes au niveau des communautés locales. Son ancrage se vérifie dans le maintien de l'autonomie des acteurs locaux quant à leurs structures et plans d'action. Le projet a un effet d'entraînement auprès d'acteurs névralgiques, acquis auparavant au dépannage (municipalités, bailleurs de fonds), mais en regard des déterminants structureux, il gagnerait à s'associer à des mouvements sociaux qui cherchent à influencer les politiques publiques. Quant à la viabilité de la solution, elle dépend du passage des personnes dans le continuum de la dépendance à la sécurité alimentaire. L'indicateur disponible est le dépassement de la demande sur l'offre dans les pratiques de prise

en charge, même si celles-ci demeurent marginales. L'**explication** associée à ce résultat deux facteurs: 1) la co-construction d'un arrangement partenarial égalisateur et respectueux de l'expertise et des pratiques communautaires; et 2) la co-fertilisation de la recherche, de la planification et de la pratique. Ces facteurs ont entraîné l'émergence d'un leadership régional en synergie avec des pratiques locales soutenues dans leur diversité, ce qui a résulté en l'établissement d'un rapport de force en faveur de la sécurité alimentaire avec un effet d'entraînement auprès des bailleurs de fonds.

Finalement, *Naître égaux — Grandir en santé* est le cas type de la **problématisation** technocratique. La mobilisation, enclenchée d'abord vers les CLSC, cherchait à s'associer les organismes communautaires et les concertations locales existantes et à créer une synergie entre les volets institutionnel et communautaire du programme. Malgré son approche directive, le programme a réussi à rallier les acteurs communautaires et institutionnels autour de son objectif de soutien aux familles en situation de grande pauvreté. La **coopération** installée reflète le peu d'atouts des acteurs communautaires du champ pour se positionner. Ils ne sont pas en mesure d'investir l'instance régionale d'orientation du programme, malgré l'appel du planificateur, et les structures locales partenariales implantées tendent à se conformer à la structure-cadre, favorisant la prédominance de la logique institutionnelle et le contrôle institutionnel de la décision. Les collaborations entre CLSC et organismes communautaires se sont accrues, voire systématisées, sans toutefois modifier leur rapport traditionnel de subordination, sauf là où les instances locales ont été en mesure de se positionner et de négocier des ajustements. Deux controverses ont marqué la mise en œuvre: l'une à propos du contrôle des acteurs locaux sur les structures et l'action locales vis-à-vis la planification publique; et l'autre à propos de la confrontation des logiques institutionnelle et communautaire en vue de l'atteinte et de l'intégration sociale des plus marginalisés. À la faveur de l'évolution de la planification vers une pratique davantage interactive vers la fin de la période étudiée, sous la pression des instances locales, le partenariat évolue vers un engagement accru des CLSC qui supporte un développement conjoint du programme et une meilleure intégration de ses volets. Au plan de la **qualité**, la faisabilité est affectée négativement par la rigidité de la structure-cadre et l'excès d'encadrement de la DSP, sans que cela ne bloque l'effet d'entraînement auprès des acteurs locaux. Le modèle d'action aurait accru sa solidité en considérant les pratiques communautaires existantes de sorte à diversifier ses stratégies d'in-

tervention. Bien que balisé par les stratégies du programme-cadre, l'ancrage du programme a été favorisé par les plans d'action locaux, élaborés par les acteurs locaux sur la base des besoins et ressources locales. La viabilité de la solution s'appuie sur des résultats proximaux montrant un accroissement de l'atteinte des familles en grande pauvreté et leur rétention dans le programme (au détriment des familles moins pauvres), de même qu'un accroissement de la densité et de la qualité du soutien, vue la stabilité accrue des organismes communautaires découlant d'un financement plus substantiel. L'**explication** table sur trois facteurs: 1) le ralliement des acteurs autour de l'intérêt supérieur des familles pauvres explique qu'ils aient surmonté les obstacles structurels du programme-cadre; 2) le maintien d'un déséquilibre du pouvoir entre les acteurs publics et communautaires explique les limites soulevées au plan de la solidité et de l'ancrage du modèle, qui aurait été accrus par la valorisation des pratiques communautaires et de l'innovation; et 3) en contrepartie, des gains sont enregistrés au plan de la solidité du modèle (continuité prévention-protection, développement de la stratégie d'influence) et en termes d'entraînement, conséquences de l'évolution de la planification vers une approche davantage interactive.

Le Tableau 2 montre la symétrie entre les caractéristiques du processus de structuration de l'action, en ses deux moments cruciaux que sont la problématisation et la construction de la coopération et ses attributs de qualité. Une problématisation interactive favorise la solidité et l'ancrage des programmes et leur effet d'entraînement. Dans le même sens, la construction de la coopération entre les acteurs, autant en ce qui a trait à leurs rapports de partenariat qu'au sens de l'action, lorsqu'elle favorise l'égalisation des rapports de pouvoir et la conjugaison des paradigmes, est associée positivement aux paramètres de qualité. Lorsqu'elle est caractérisée par des rapports de subordination et de domination paradigmatique, il en résulte des pertes au plan de la qualité de l'action.

Les dimensions du processus de structuration de l'action génératrices de qualité

L'analyse comparative des cas conduit à dégager, aux deux moments cruciaux du processus, les dimensions génératrices de qualité (Figure 2). D'abord, au moment de la problématisation, l'accès et le partage de l'information que permet la participation agit sur la qualité de l'action en élargissant la zone de convergence entre les acteurs, cela à la condition que sa dynamique soit suffisante, i.e., qu'elle permette une

Tableau 2
Symétrie entre les propriétés du processus aux deux moments cruciaux de la structuration de l'action et ses attributs de qualité

	Qualité de l'action															
	Entraînement				Solidité				Ancrage				Viabilité			
Processus de structuration de l'action	VF	CS	SA	NG	VF	CS	SA	NG	VF	CS	SA	NG	VF	CS	SA	NG
Problématisation																
technocratique	-			±	-			-	-				-			±
interactive		+	±	+		+	±	+		+	+			+		±
Coopération																
Rapports de subordination								-					-			±
partenariat		+	+	+		+	+	+		+	+			+	+	±
Sens de domination									-				-			±
l'action conjugaison		+	+	+		+	+	+		+	+		+	+	+	±

Légende:

+: niveau de qualité favorisé par le processus

VF: Violence faite aux femmes

±: niveau de qualité moyennement favorisé par le processus

CS: Cancer du sein

-: niveau de qualité défavorisé par le processus

SA: Sécurité alimentaire

: ne s'applique pas

NG: Naître égaux — Grandir en santé

couverture large des perspectives, un intéressement précoce soit à l'étape des choix stratégiques, le positionnement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence sur la décision (qui dépasse la consultation). Deuxième dimension active, la dynamique d'innovation est introduite dans la structuration des rapports sociaux de partenariat et dans l'élaboration de l'action, au moment de la construction de la coopération. Le Tableau 3 montre que les controverses entre les ac-

Tableau 3
État des controverses et arrangements de partenariat

Construction de la coopération				
Controverses		Arrangements		
Rapports de pouvoir	Sens de l'action	Rapports sociaux de partenariat	Paradigmes d'action	Q
VF Reconnaissance de l'expertise. Contrôle des ressources.	Logiques: • systémique vs féministe; • clinique vs organisationnelle.	Cloisonnement sectoriel. Sous-traitance.	Juxtaposition de paradigmes.	Q-
CS Reconnaissance de l'expertise et des pratiques.	Logique: féministe vs épidémiologique.	Partenariat avec principes et dispositifs de réciprocité et d'équité.	Conjugaison de paradigmes: plateforme commune, programmation conjointe.	Q+
SA Concurrence entre pratiques: dépannage vs prise en charge. Reconnaissance concertation régionale OC.	Logiques: • solidarité publique vs charité privée; • dépannage vs sécurité alimentaire.	Partenariat avec principes et dispositifs de réciprocité et d'équité.	Conjugaison de paradigmes: plateforme commune, programmation régionale et locale arrimée.	Q+
NG Contrôle local sur structure et action vs planification publique.	Logique: institutionnelle vs communautaire.	Partenariat avec dispositifs de subordination (structure-cadre).	Domination paradigmatique: adhésion au programme-cadre.	Q-

Légende:

VF: cas Violence faite aux femmes;

CS: cas Cancer du sein;

SA: cas Sécurité alimentaire;

NG: cas Naître égaux — Grandir en santé.

OC: organisme communautaire

vs: contre

Q+: niveau élevé de qualité du programme;

Q-: faible niveau de qualité du programme.

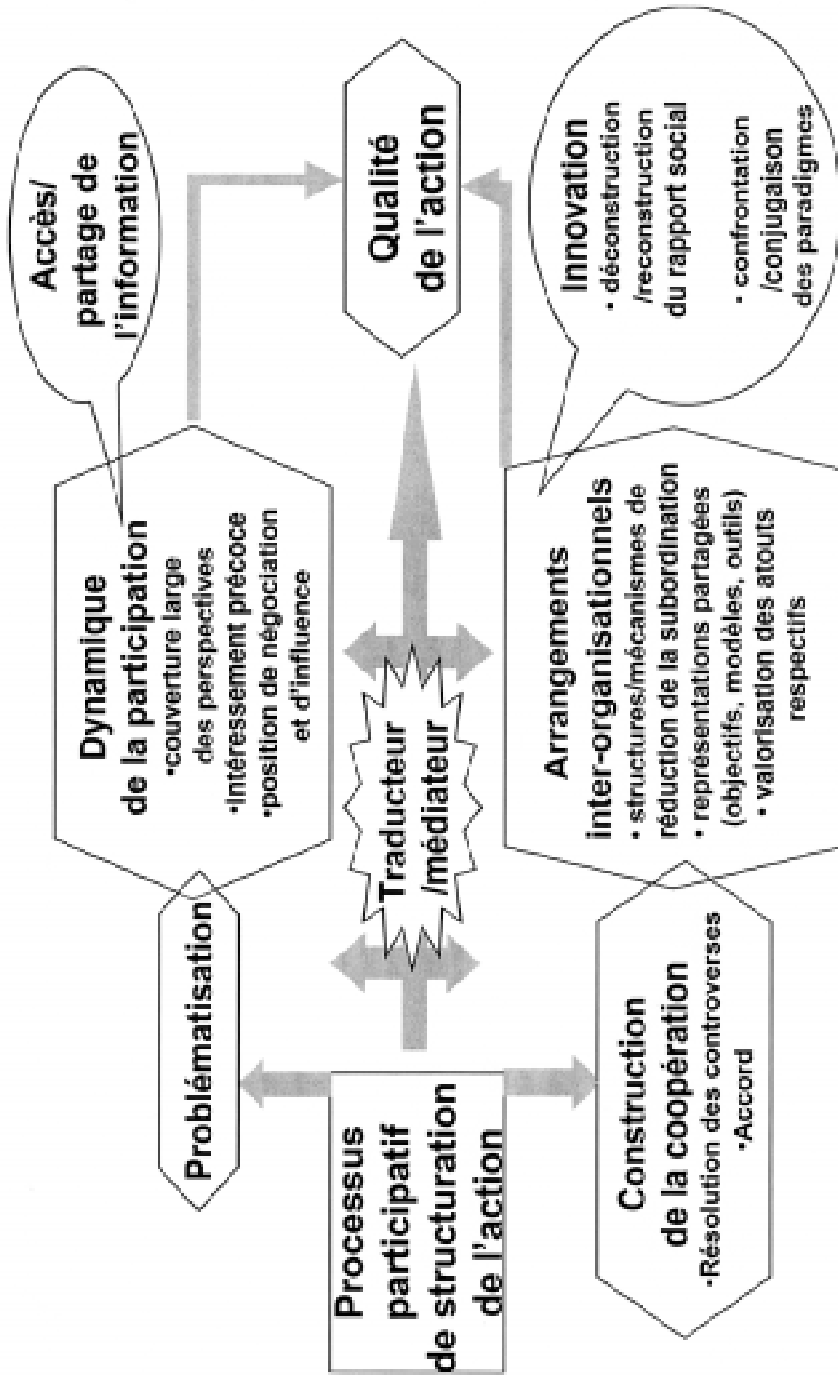
teurs ont trait à deux ordres de questions, celles liées aux rapports de pouvoir qui ne sont jamais très éloignées de celles liées au sens de l'action. L'innovation se situe dans la façon de résoudre les controverses et opère par un double processus de déconstruction-reconstruction du rapport social entre les acteurs et de recombinaison de leurs logiques d'action. Une telle dynamique innovante opère lorsque la participation est suffisante et se reconnaît dans les arrangements de partenariat par des structures et mécanismes de réduction de la subordination découlant du déséquilibre structurel du pouvoir entre les acteurs⁷ et dans la confrontation-conjugaison des paradigmes d'action, au-delà du seul effort de coordination administrative.

C'est par cette logique de l'innovation que s'accroît la qualité de l'action. Le renouvellement des rapports de partenariat se présente comme nécessaire à l'innovation dans l'intervention. Pour qu'émergent de nouvelles rationalités, les acteurs doivent parvenir à modifier leurs rapports sociaux et leurs règles (cas *Sécurité alimentaire* et *Cancer du sein*). Sans un tel renouvellement, le processus résulte en une reconduction des logiques d'action (cas *Violence faite aux femmes*) ou en une extension de la logique d'action de l'acteur qui dispose initialement des bases de pouvoir (cas *Naître égaux — Grandir en santé*). Ainsi, à l'ordonnancement des cas, du niveau plus faible au niveau le plus élevé de qualité des résultats atteints, correspond une gradation des processus innovants, de la problématisation manquée du cas *Violence faite aux femmes*, à la problématisation technocratique du cas *Naître égaux — Grandir en santé*, jusqu'à une problématisation mobilisatrice ayant conduit à un arrangement partenarial co-construit et égalisateur dans les cas *Cancer du sein* et *Sécurité alimentaire*, avec, dans ce dernier cas, un entraînement auprès de décideurs stratégiques.

UNE CONTRIBUTION AU RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES PLANIFICATRICES ET PARTENARIALES

La logique de l'innovation, telle qu'explicitée, impose une distance vis-à-vis du paradigme dominant de la planification participative en santé publique, centré sur l'habilitation des acteurs et l'appropriation de programmes proposés de l'extérieur par les communautés locales (Green & Kreuter, 1999). Les expériences étudiées montrent que l'engagement des acteurs dans une perspective de co-construction des programmes, au double plan des logiques d'action et des structures du partenariat, favorise l'explicitation et la valorisation des différents savoirs, leur cohabitation dans des modèles d'ac-

Figure 2. Dimensions actives et conditions de la qualité de l'action aux moments de la problématisation et de la construction de la coopération dans les partenariats public-communautaire



tion supérieurs au plan de la qualité. L'adoption d'une posture épistémologique faisant ainsi place à la négociation de l'action appelle à un renouvellement du rôle du planificateur. Les résultats présentés ici permettent de dégager quatre pistes à cet effet.

L'innovation, approchée de façon interactive et itérative et mettant à profit l'ensemble des acteurs des systèmes d'action exige, premièrement, une conception renouvelée de la gestion des connaissances, soit leur explicitation, leur circulation et leur utilisation, où le planificateur devient un animateur du maillage entre les différents savoirs, tacites et explicites, pour en faire des savoirs collectifs innovants (Jacob & Pariat, 2000). Réhabiliter ainsi l'acteur au cœur des processus appelle, deuxièmement, un déplacement du rôle du planificateur de la coordination qui réfère à l'harmonisation des services (sens fonctionnaliste) vers la médiation qui réfère à l'harmonisation des intérêts et des logiques d'action (sens politique). Un tel repositionnement sera favorisé, troisièmement, par un élargissement de l'expertise des planificateurs, allant de la connaissance des problèmes et des solutions vers l'intelligence du contexte et des acteurs, un savoir d'ailleurs mieux rendu accessible par l'association des partenaires. Quatrièmement, la logique de l'innovation, qui demande de faire place à l'incertitude plutôt que de chercher à la contrôler, exige du planificateur un élargissement des compétences technoscientifiques, supportant un positionnement d'expert, vers des compétences stratégiques, i.e., la capacité de se positionner en acteur dans un système d'action en construction de sorte à l'influencer. Ce savoir non codifié prend appui sur l'expérience et l'appartenance à des réseaux et exige de composer avec l'incertitude et donc, de développer ses moyens par itération et selon la contingence. Ces pistes de renouvellement du rôle de planificateur viennent supporter la ré-ingénierie des processus devant accroître l'efficacité de l'action en partenariat en santé publique.

NOTES

- 1 La théorie de la traduction constitue, avec la théorie des conventions (Boltanski & Thévenot, 1987, 1991), le principal développement théorique sur la construction de l'accord et de la coopération, dans le champ des théories organisationnelles (Amblard et al., 1996).
- 2 Le corpus classique des théories organisationnelles est constitué de l'approche par la contingence (Mintzberg), de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg), de l'approche par la régulation (Reynaud) et

de l'analyse culturelle (Sainsaulieu). Ces auteurs conçoivent d'abord l'organisation comme un champ de conflits et de coopération et considèrent la question des rapports de pouvoir comme un détour obligé de l'analyse (Amblard et al., 1996). Les notions d'acteurs, d'intérêts, de stratégies et d'enjeux, centrales dans ce corpus, nous viennent du courant de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977).

- 3 Nous référons le lecteur à la thèse (Bilodeau, 2000) pour une présentation détaillée de la méthode.
- 4 On a dépouillé 451 documents de la planification (documents administratifs, comptes rendus de réunions, correspondance, documents d'information sur les organismes, communiqués ou articles de presse, etc.) et 31 documents de l'évaluation (rapports produits dans le cadre de l'évaluation participative de ces priorités [Bilodeau et al., 1998]), provenant des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et sa Direction de la santé publique, CLSC, Centres Jeunesse de Montréal et Centre Batshaw), des organismes communautaires de la région de Montréal et leurs différents regroupements, des municipalités de l'île de Montréal et services municipaux, des comités de travail intra- ou inter-organisationnels, des instances de concertation sectorielle ou intersectorielle, régionales et locales, engagées dans les programmes, des universités et d'acteurs externes aux projets.
- 5 L'implication des acteurs publics dans le champ montréalais de l'aide alimentaire a donné lieu à une première initiative, *Nourrir Montréal* (1991-95), précurseur de l'actuel projet.
- 6 La Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain.
- 7 Deux exemples de tels mécanismes et structures: 1) l'adoption de principes et de dispositifs de réciprocité et d'équité (e.g., représentativité équitable et contrôle équivalent sur l'information et la décision, reconnaissance mutuelle des atouts); et 2) le respect des structures locales et leur autonomie.

RÉFÉRENCES

- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988a). À quoi tient le succès des innovations? Deuxième épisode: L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 121, 14–29.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988b). À quoi tient le succès des innovations? Premier épisode: L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 11, 4–17.
- Allard, D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique: Trajet épistémologique*. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Allard, D. (2001, février). *Comment définir votre programme pour mieux l'évaluer?* Formation intersyndicale SPPASQ–SCFP présentée à la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Québec.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livan, Y.F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Seuil.
- Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. Dans H.M. Ingram & D.E. Mann (Éds.), *Why policies succeed or fail* (pp. 205–227). Beverly Hills/London: Sage.
- Bernard, P. (1993). Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale. *Sociologie et société*, 25(2), 171–189.
- Bickman, L. (1985). Improving established statewide programs. A component theory of evaluation. *Evaluation Review*, 9(2), 189–208.
- Bilodeau, A. (2000). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique, le cas des priorités régionales 1995–1998 de Montréal-Centre*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal.
- Bilodeau, A., Allard, D., & Chamberland, C. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention-promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1987). *Les économies de la grandeur*, numéro des *Cahiers du Centre d'études de l'emploi*. Paris: PUF.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Brunk, S.E., & Goepfinger, J. (1990). Process evaluation. Assessing reinvention of community-based interventions. *Evaluation & The Health Professions*, 13(2), 186–203.
- Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8(3), 315–330.
- Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., & Wandersman, A. (1996). Community coalitions for prevention and health promotion: Factors predicting satisfaction, participation and planning. *Health Education Quarterly*, 23, 65–79.
- Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., Wandersman, A., Valois, R.F., & Chinman, M.J. (1996). The Plan Quality Index. An empowerment evaluation tool for measuring and improving the quality of plans. Dans D. Fetterman, S. Kaftarian, & A. Wandersman (Éds.), *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability* (pp. 304–331). Newbury Park, CA: Sage.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 36, 169–208.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé*, 36, 13–25.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Joint working and the production of a City Plan: The Liverpool experience. *Health Promotion International*, 12(1), 9–19.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Crozier-Kegler, M., Steckler, A., Maleck, S.H., & McLeroy, K. (1998). A multiple case study of implementation in 10 local project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research*, 13(2), 225–238.

- Degeling, P. (1995). The significance of “sectors” in calls for urban public health intersectoralism: An Australian perspective. *Policy and Politics, 23*(4), 289–301.
- Delaney, F. (1994a). Making connections: Research into intersectoral collaboration. *Health Education Journal, 53*, 474–485.
- Delaney, F. (1994b). Muddling through the middle ground: Theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. *Health Promotion International, 9*(3), 217–225.
- Elden, M., & Levin, M. (1991). Cogenerative learning. Bringing participation into action research. Dans W.F. White (Éd.), *Participatory action research* (pp. 127–142). Newbury Park/London/New Delhi: Sage.
- Fawcett, S.B., Lewis, R.K., Paine-Andrews, A., Francisco, V.T., Richter, K.P., Williams, E.L., & Copple, B. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse: The case of Project Freedom. *Health Education & Behavior, 24*(6), 813–828.
- Fawcett, S.B., Paine-Andrews, A., Francisco, V.T., Schultz, J.A., Richter, K.P., Lewis, R.K., Williams, E.L., Harris, K.J., Berkley, J.Y., Fisher, J.L., & Lopez, C.M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 677–697.
- Fortin, J.P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., & Lamarche, P. (1994). *L'action intersectorielle en santé*. Québec: Université Laval & Direction régionale de la santé publique de Québec, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé.
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international, 13*(2), 99–120.
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Smith, S.R., Sterling, T.D., & Wallerstein, N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior, 25*(3), 258–278.
- Goodman, R.M., Steckler, A., Hoover, S., & Schwartz, R. (1993). A critique of contemporary community health approaches: Maine — A multiple case study. *American Journal of Health Promotion, 7*, 208–220.

- Goodman, R.M., & Wandersman, A. (1994). FORECAST: A formative approach to evaluating community coalitions and community-based initiatives. *Journal of Community Psychology*, CSAP Special issue, 9–25.
- Goodman, R.M., Wandersman, A., Chinman, M., Imm, P., & Morrissey, E. (1996). An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 24(1), 33–61.
- Goodman, R.M., Weeler, F.C., & Lee, P.R. (1995). Evaluation of the Heart to Heart project: Lessons from a community-based chronic disease prevention project. *American Journal of Health Promotion*, 9, 443–455.
- Goumans, M., & Springett, J. (1997). From projects to policy: “Healthy Cities” as a mechanism for policy change for health? *Health Promotion International*, 12(4), 311–322.
- Green, L., & Kreuter, M. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Hamel, J. (1998). Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels. *Cahiers internationaux de Sociologie*, 104, 121–138.
- Huberman, M., & Miles, M. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Jacob, R., & Pariat, L. (2000). *Gérer les connaissances: Un défi de la nouvelle compétitivité du 21^e siècle. Information, interaction, innovation*. Trois-Rivières: Institut de recherche sur les PME, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Kaddouri, M. (1997). Partenariat et stratégies identitaires: Une tentative de typologisation. *Éducation permanente*, 2(131), 109–125.
- Labonte, R., & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23(4), 431–447.
- Maroy, C. (1997). Le partenariat: Concept ou objet d'analyse? *Éducation permanente*, 2(131), 29–36.

- Martin, C., Boyer, G., Beauregard, D., De Blois, S., Denhez, L., Fortier, M., Ouellet, F., Parenteau, S., & Stewart, B. (1995). *Naître égaux — Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux & Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.
- McLeroy, K.R., Kegler, M., Steckler, A., Burdine, J.M., & Wisotzky, M. (1994). Community coalitions for health promotion: Summary and further reflections. *Health Education Research*, 9(1), 1–11.
- Monnier, E. (1987). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Economica.
- O'Neill, M., Lemieux, V., Groleau, G., Fortin, J.P., & Lamarche, P.A. (1997). Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion International*, 12(1), 79–87.
- Panet-Raymond, J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires. À l'ombre de la loi 120. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 79–93.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York: Free Press.
- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (traduction de *The reflective practitioner. How professionals think in action*. 1983). Montréal: Éditions Logiques.
- Sindall, C. (1997). Intersectoral collaboration: The best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 12(1), 5–7.
- Vaillancourt, Y. (1994). Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 227–248.
- Wandersman, A., Valois, R., Ochs, L., De la Cruz, D.S., Adkins, E., & Goodman, R.M. (1996). Toward a social ecology of community coalitions. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 299–307.

- Weiss, C.H. (1995). Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. Dans J.P. Connell, A.C. Kubisch, L.B. Schorr, & C.H. Weiss (Éds.), *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods, and contexts* (pp. 65–92). Washington: The Aspen Institute.
- White, D. (1990). Le pouvoir de la culture: Les aspects politiques de l'intervention en santé mentale. *Santé, Culture, Health*, 7(2–3), 149–167.
- Wolff, T. (1997). Coalition building: Is this really empowerment? Dans K. Kaye & T. Wolff (Éds.), *From the ground up! A workbook on coalition building and community development* (pp. 13–20). Amherst, MA: AHEC/Community Partners.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.