

Université de Montréal

Utilité des cadres interprétatifs pour la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé :
étude d'un cas concernant la petite enfance socialement désavantagée

Par

Annie Larouche

École de santé publique

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor
Doctorat (Ph.D.) en santé publique, option promotion de la santé

Février 2022

© Annie Larouche, 2022

Université de Montréal
École de santé publique

Cette thèse intitulée

Utilité des cadres interprétatifs pour la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé : étude d'un cas concernant la petite enfance socialement désavantagée

Présentée par

Annie Larouche

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Olivier Ferlatte

Président-rapporteur

Louise Potvin

Directrice de recherche

Isabelle Laurin

Codirectrice

Pascale Lehoux

Membre du jury

Éric Breton

Examineur externe

Résumé

La mise à l'échelle (*scaling up*) est un processus qui vise à accroître l'impact et la pérennité des effets d'innovations jugées prometteuses. Les publications à ce sujet sont en progression importante dans le domaine de la santé depuis une vingtaine d'années. Toutefois, ces processus ont été étudiés de manière essentiellement technique malgré l'importance soulignée dans la littérature d'y prendre en compte des questions évolutives de sens et de valeurs. Ceci est particulièrement significatif pour les innovations de promotion de la santé, construites sur les capacités et collaborations de différents acteurs qui y partagent et négocient diverses vues sur les problèmes, les actions à entreprendre et leur but. Les contenus de ces innovations sont susceptibles d'évoluer de manière significative dans la mise à l'échelle, et d'affecter la fonction d'impact et pérennité du processus. Peu d'études, cependant, mobilisent des théories et méthodologies explicites à cet égard. Cette thèse s'inscrit dans une vision sociale de la mise à l'échelle et propose d'ajouter le concept de cadre interprétatif, ou « *frame* », à son outillage conceptuel ; elle vise à explorer l'utilité de cette notion au regard de la dynamique sociale de la mise à l'échelle d'innovations complexes de promotion de la santé. La thèse poursuit deux objectifs : 1) développer une articulation théorique de nature sociale pour la mise à l'échelle intégrant la notion de *frame* ; et 2) explorer l'utilité des *frames* comme 'représentations' pour documenter l'évolution du contenu des innovations au cours de leur mise à l'échelle.

La réponse au premier objectif s'appuie sur une perspective de complexité des interventions en tant que réseaux dynamiques d'acteurs pour conceptualiser la mise à l'échelle comme une expansion de réseaux où le *framing* des questions de santé évolue au travers des relations entre acteurs. L'articulation théorique développée combine la sociologie de l'innovation - théorie de l'acteur-réseau - et les perspectives des *frames* pour envisager ceux-ci en tant que 'représentations' ou 'interactions'. En réponse au second objectif, l'approche 'représentationnelle' aux *frames* est appliquée à l'étude d'un cas de mise à l'échelle d'innovation éducative à caractère intersectoriel concernant le développement de jeunes enfants socialement désavantagés. Sur la base de documents cadres qui balisent les phases 'pilote' et 'programme à l'échelle' de l'innovation, une analyse critique de *frames* est pratiquée au regard de la capacité du programme à grande échelle à supporter l'action sur les inégalités sociales de développement des enfants et l'équité. Les résultats

illustrent des différences significatives de définitions du ‘problème’ du DJE et de la solution préconisée pour le programme à grande échelle, qui constituent des améliorations, mais aussi certaines ‘détériorations’ au regard des inégalités et de l’équité.

En tant que constructions réalisées à partir des ‘produits’ du processus social qui s’opère dans le réseau intersectoriel des acteurs, les *frames* comme ‘représentations’ analysés de manière critique sont utiles pour expliciter et caractériser l’évolution des contenus des innovations et leurs conséquences pour la mise à l’échelle. Mobilisés dans un échange constructif avec les acteurs concernés, les *frames* pourraient constituer un outil intéressant pour favoriser la réflexivité à l’égard de ces processus et de l’impact et de la durabilité des effets des innovations portées à grande échelle. Cette thèse contribue de manière théorique à la littérature de santé publique en clarifiant l’utilité des *frames* et la manière dont ce concept peut être mobilisé pour documenter la dynamique de la mise à l’échelle d’innovations complexes de promotion de la santé.

Mots-clés : Mise à l’échelle, cadres interprétatifs, théorie de l’acteur-réseau, analyse interprétative critique, développement de la petite enfance, promotion de la santé, vulnérabilité et inégalités sociales de santé, équité, documents cadres, problèmes et solutions.

Abstract

Scaling up is a process that aims to increase the impact and sustainability of the effects of innovations deemed promising. Publications on this subject have markedly increased in the field of health over the past twenty years. However, these processes have essentially been studied in a technical way, despite the importance underlined in the literature to take into account their evolving meanings and values. This is particularly significant for health promotion innovations, built on the capacities and collaborations of different actors who share and negotiate various views on the problems, the actions to be taken and their goal. The contents of these innovations are likely to evolve significantly during scaling up, affecting impact and sustainability goals of the process. Few studies, however, mobilize explicit theories and methodologies in this respect. This thesis is part of a social vision of scaling up, and proposes to add the concept of 'frame' to its conceptual tools; it aims to explore the usefulness of this notion with regard to the social dynamics of scaling up health promotion innovations. The thesis pursues two objectives: 1) to develop a theoretical articulation of a social nature for scaling up, integrating the notion of frame; and 2) to explore the usefulness of frames as 'representations' to document the evolution of the content of innovations during their scaling up.

The response to the first objective is based on a complexity perspective of interventions as dynamic networks of actors to conceptualize scaling up as an expansion of networks where the framing of health issues evolves through the relationships between the actors. The theoretical articulation developed combines the sociology of innovation - actor-network theory - and the perspectives of frames to consider them as 'representations' or 'interactions'. In response to the second objective, the 'representational' approach to frames is applied to the study of a scaling up case concerning an intersectoral educational innovation for the development of socially disadvantaged young children. On the basis of framework documents which mark out the 'pilot' and 'at scale program' phases of the innovation, a critical analysis of frames is carried out with regard to the capacity of the large-scale program to support action on the social inequalities in child development and equity. The results illustrate significant differences in definitions of the ECD 'problem' and of the recommended 'solution' for the at scale program, which constitute improvements, but also some 'deteriorations' with regard to inequalities and equity.

As constructions made from the 'products' of the social process that takes place in the intersectoral network of actors, the frames as 'representations' critically analyzed are useful for explaining and characterizing the evolution of the contents of innovations and their consequences for scaling up. Mobilized in a constructive exchange with the actors concerned, the frames could constitute an interesting tool to promote reflexivity with regard to these processes and to the impact and sustainability of the effects of innovations carried out on a large scale. This thesis contributes theoretically to the public health literature by clarifying the usefulness of frames and the way in which this concept can be mobilized to document the dynamics of the scaling up of complex health promotion innovations.

Keywords: Scaling up, frames, actor-network theory, critical interpretive analysis, early childhood development, health promotion, vulnerability and social inequalities in health, equity, framework documents, problems and solutions.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Résumé | 5 |
| Abstract | 7 |
| Liste des tableaux | 13 |
| Liste des figures | 14 |
| Liste des sigles et abréviations..... | 15 |
| Remerciements | 18 |
| Chapitre 1. Introduction..... | 21 |
| 1.1 Préambule | 21 |
| 1.2 Mise à l'échelle des innovations de santé | 22 |
| 1.2.1 Accroître l'impact et la pérennité des effets | 23 |
| 1.3 Des perspectives contrastées sur l'objet de la mise à l'échelle | 25 |
| 1.3.1 Deux tendances initiales | 25 |
| 1.3.2 Amalgame de perspectives sur la mise à l'échelle..... | 27 |
| 1.3.3 Nourrir une vision sociale de la mise à l'échelle | 28 |
| 1.4 Les <i>frames</i> et le sens : entre représentations et interactions | 29 |
| 1.5 Objet de recherche, but et objectifs | 30 |
| 1.6 Structure de la thèse..... | 30 |
| Chapitre 2. Revue de littérature | 33 |
| 2.1 Mise à l'échelle : croissance d'un intérêt de santé publique | 33 |
| 2.1.1 Des définitions révélatrices de tendances | 35 |
| 2.1.2 Défis de la mise à l'échelle et concepts associés | 41 |
| 2.1.3 Cadres, modèles et approches théoriques à propos de la mise à l'échelle..... | 49 |

| | |
|--|------------|
| 2.1.4 Sommaire et constats sur les connaissances relatives aux processus de mise à l'échelle | 73 |
| 2.2 <i>Frames et framing</i> | 74 |
| 2.2.1 Origines du concept | 74 |
| 2.2.2 Définitions et usages du concept dans différents domaines de recherche..... | 76 |
| 2.2.3 Le <i>framing</i> dans l'action publique : processus politiques et organisations..... | 79 |
| 2.2.4 <i>Framing</i> et <i>frames</i> dans le domaine de la santé..... | 83 |
| 2.2.5 Constats sur les écrits reliés aux <i>frames</i> et sommaire de cette revue | 90 |
| Chapitre 3. Cadre théorique | 92 |
| 3.1 Article #1: Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity..... | 92 |
| 3.1.1 Summary | 93 |
| 3.1.2 Introduction..... | 93 |
| 3.1.3 Health promotion interventions | 94 |
| 3.1.4 Scaling up as networks in expansion..... | 96 |
| 3.1.5 Framing in scaling-up networks | 100 |
| 3.1.6 Conclusion | 106 |
| 3.1.7 Acknowledgements..... | 106 |
| 3.1.8 Funding..... | 107 |
| 3.1.9 References..... | 107 |
| Chapitre 4 – Méthodologie | 114 |
| 4.1 Devis, contexte et question de recherche..... | 114 |
| 4.1.1 Pertinence du développement de la petite enfance pour la promotion de la santé . | 114 |
| 4.1.2 Mise à l'échelle en promotion de la santé..... | 115 |
| 4.1.3 Question de recherche..... | 115 |

| | |
|--|------------|
| 4.2 Cas de mise à l'échelle à l'étude..... | 116 |
| 4.3 Données de type documentaire..... | 116 |
| 4.3.1 Ontologie des documents d'innovations | 117 |
| 4.4 Construction des <i>frames</i> et identification de différences | 119 |
| 4.5 Analyse qualitative du contenu des <i>frames</i> et des différences significatives..... | 119 |
| 4.5.1 Positionnement épistémologique : interprétativisme 'critique' | 119 |
| 4.5.2 Analyse des <i>frames</i> comme 'représentations', discours et sens | 120 |
| Chapitre 5 – Résultats..... | 121 |
| 5.1 Article empirique #1: Scaling up a population health innovation for socially disadvantaged early childhood development: pitfalls and promises related to changes in 'problem' frames | 122 |
| 5.1.1 Abstract | 122 |
| 5.1.2 Key Messages | 123 |
| 5.1.3 Background..... | 124 |
| 5.1.4 The Case Under Study: scaling up of an ECD Educational Initiative | 127 |
| 5.1.5 Methods | 129 |
| 5.1.6 Results | 134 |
| 5.1.7 Discussion..... | 142 |
| 5.1.8 Conclusion | 147 |
| 5.1.9 References..... | 148 |
| 5.2 Article empirique #2 : Écueils et promesses de la mise à l'échelle d'une innovation pour la petite enfance socialement désavantagée : analyse des <i>frames</i> de la stratégie éducative intersectorielle..... | 158 |
| 5.2.1 Résumé..... | 158 |
| 5.2.2 Perspectives théoriques et conceptuelles | 160 |

| | |
|--|------------|
| 5.2.3 Initiative à l'étude | 164 |
| 5.2.4 Méthode..... | 166 |
| 5.2.5 Résultats..... | 167 |
| 5.2.6 Discussion : quelles implications des différences de <i>frame</i> pour le Programme à l'échelle?..... | 176 |
| 5.2.7 Portée de l'étude..... | 181 |
| 5.2.8 Conclusion | 182 |
| 5.2.9 Références..... | 183 |
| Chapitre 6 – Discussion..... | 195 |
| 6.1 Résumé des résultats empiriques..... | 196 |
| 6.1.1 Résultats relatifs aux <i>frames</i> du DJE | 196 |
| 6.1.2 Résultats relatifs aux <i>frames</i> de la solution préconisée | 197 |
| 6.2 Contribution des résultats de <i>frames</i> à la littérature scientifique..... | 198 |
| 6.2.1 Constat #1 : les <i>frames</i> comme 'représentations' permettent d'explicitier l'évolution du contenu des innovations portées à plus grande échelle | 198 |
| 6.2.2 Constat #2 : kaléidoscope de <i>frames</i> du 'problème' imbriqués dans la 'solution interventionnelle' : un tout cohérent | 207 |
| 6.2.3 Constat #3 : la valeur de l'analyse de <i>frames</i> vient de son caractère critique | 209 |
| 6.2.4 Sommaire sur l'utilité des <i>frames</i> et contribution théorique de l'étude..... | 219 |
| 6.3 Forces et limites de l'étude | 223 |
| Chapitre 7 – Conclusion | 228 |
| Références bibliographiques | 232 |
| Annexes | 265 |

Liste des tableaux

Chapitre 5.1

| | |
|--|------|
| Table 1. Documents pertaining to the Pilot and Program ‘frameworks’, used to construct the frames..... | 1328 |
| Table 2. ‘Families’ of frames and their respective ECD frames (frames discussed in bold text) . | 135 |
| Table 3. ECD frames with significant differences regarding social inequalities in ECD | 139 |

Chapitre 5.2

| | |
|--|-----|
| Tableau 1. Éléments clés des Cadres Pilotes et Programmes..... | 170 |
|--|-----|

Liste des figures

Chapitre 1

Figure 1. Structure de la thèse selon son but et ses objectifs..... 36

Chapitre 2

Figure 1. Méthode globale d'analyse des *frames* de l'innovation Éducation des tout-petits..... 123

Chapitre 5

Figure 1. Solar and Irwin (2010)'s conceptual framework for action on the social determinants of health.....133

Liste des sigles et abréviations

| | | | |
|-------|--|-------|---|
| CSSS | Centres de santé et de services sociaux | 3S | <i>Spread, sustainability, and scale-up</i> |
| D | Composante ‘Déterminant’ | ANT | Actor-network theory |
| DJE | Développement du jeune enfant | CICI | Context and Implementation of Complex Interventions Framework |
| DRSP | Direction régionale de santé publique | Ctx | Context |
| DSS | Déterminants sociaux de la santé | ECD | Early child development |
| ISS | Inégalités sociales de santé | NASSS | Non adoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability Framework |
| JD | Composante ‘Jugement sur les déterminants’ | PHI | <i>Population health interventions</i> |
| MAÉ | Mise à l’échelle | RPHD | Regional Public Health Directorate |
| ODD | Objectifs de développement durable | SIH | <i>Social inequalities in health</i> |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement | WHO | World Health Organization |
| OMS | Organisation mondiale de la santé | | |
| ONU | Organisation des Nations Unies | | |
| P | Composante ‘Problème’ | | |
| S | Composante ‘Solution’ | | |
| SCA | Systèmes complexes adaptatifs | | |
| SGÉ | Services de garde éducatifs | | |
| SIPPE | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l’intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité | | |
| TAR | Théorie de l’acteur-réseau | | |
| VIH | Virus de l’immunodéficience humaine | | |

À mes enfants Céleste et Julien

*À Claire, ma mère,
mon tout premier modèle académique*

Remerciements

À la fin de ce parcours doctoral, mes premiers remerciements vont à mes directrices de recherche, Louise Potvin et Isabelle Laurin pour leur appui continu et leurs éclairages essentiels. Je suis entrée dans cette aventure avec un brin de naïveté et j'en ressors grandie. Merci Louise de m'avoir accompagnée sur des chemins moins fréquentés, de m'avoir permis de démystifier le monde éditorial et de m'avoir fait confiance en me joignant à ton réseau. Merci Isabelle pour ta clairvoyance et ton écoute, tu m'as aidée à continuer dans les moments plus sombres. Je remercie également Angèle Bilodeau, présente aux premières heures, avec qui j'ai eu plusieurs échanges stimulants qui m'ont nourrie intellectuellement ; et les employés de la DRSP qui m'ont avec générosité ouvert les portes de l'innovation étudiée dans cette thèse, dont Danielle G., Danielle D. et Monique.

J'ai croisé de nombreux individus dans ce long périple, que ce soit au programme de doctorat en santé publique de l'ESPUM, à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), à la chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), au Programme Promotion, prévention et politiques publiques (4P), au Centre de recherche et partage des savoirs InterActions ou au groupe Québec Sciences sociales et santé (Q3S). Je ne mentionnerai ici que quelques-unes des personnes qui ont été importantes à différentes phases du parcours. D'abord, je remercie Lucie Richard et les membres de l'IRSPUM, qui m'ont donné le coup d'envoi en m'octroyant une première bourse doctorale ; puis Anne-Marie-Hamelin et Gilles Paradis, responsables de l'initiative stratégique 4P ; et Deena White, directrice scientifique du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions. Sans le support financier et académique reçu, la route aurait été beaucoup plus aride, voire inaccessible. Merci aussi aux collègues avec qui j'ai partagé l'aventure 4P durant 3 ans, dont Geneviève Mercille, qui m'a fait connaître le programme.

Merci également aux étudiants du programme de Santé publique et de l'option Promotion de la santé, dont Vanessa, Jacqueline, Louis-François, Christelle, Catherine, Thomas, Martine, Stephanie, Marie-Claude, Caroline A., Caroline R., Muriel, Lara, Josée, Dadly, Thierry, Erica... et plusieurs autres. J'adresse par ailleurs un merci spécial à Adrian Ghenadenik et Vincent Haughland qui m'ont si gentiment accordé de leur temps pour relire mes essais en anglais ; à Jocelyne, Ginette et Catherine de la CACIS ; et aux membres du réseau Q3S, particulièrement Gabriel, Pierre et 'les

deux Baptiste’, avec qui j’ai partagé mes premiers écrits de thèse. Ces moments restent gravés dans ma mémoire.

Je remercie aussi sincèrement Caroline Robitaille et Johanne Collin qui m’ont intégrée à leur équipe comme responsable de formation professionnelle à la Faculté de Pharmacie à l’issue de cinq années de financement doctoral. Caroline, nos échanges chaleureux m’ont aidé à garder le cap, et grâce à vous j’ai pu mettre quelques tranches de pain supplémentaires sur la table familiale ! Merci aussi à Gabriel Lanthier de la Station de biologie des Laurentides (SBL), qui a adouci mes périodes de rédaction dans le sprint final ; à Muriel et Josée pour les prolifiques (et suaves!) moments partagés là ; et aux membres de notre ‘quatuor Pomodoro’ (Josée, Karine et Geneviève). Les séances de travail et les coups de cœur de tous ordres échangés avec vous ont été un vrai bonheur.

Certaines personnes qui travaillent dans l’ombre jouent un rôle essentiel dans un tel projet : merci aux TGDE et aux employés des bibliothèques de l’UdeM, particulièrement Nancy et Éric pour le support final, aussi efficace que cordial. Un merci particulier aussi à mes patronnes de la DRSP de Montréal, Marie-Andrée et Mireille, pour leur compréhension en fin de parcours. Sans votre flexibilité et votre ouverture, je n’aurais pu mener ce projet à terme.

Merci infiniment aux proches et amis qui m’ont encouragée ; j’ai ici une pensée spéciale pour Sonia, décédée en 2020 ; pour ma belle-mère Bibiane, si chaleureuse et toujours disponible au bon moment pour garder les enfants, et mon beau-père Claude, solidaire de mon projet ; et à ma tante Danielle, supportante et à l’écoute. Merci à mes enfants Céleste et Julien d’avoir compris que je devais m’éclipser pour venir à bout de ce travail et à ‘mes trois ‘grandes filles’ Claudiane, Éloïse et Noémie, dont je partage la vie depuis bientôt 20 ans. Je suis très fière de vous ! Je vous ai tous un peu négligés dernièrement mais je compte bien reprendre le temps perdu.

Lorsqu’on a des enfants, la réalisation d’une thèse est un projet familial. Charles, tu m’as appuyée dès les premières heures et tu as tenu le coup jusqu’à la fin ; tu as tout mon amour et ma reconnaissance. Nous avons survécu à la famille recomposée, au décès de mes parents, à la thèse... il ne manque plus que les rénovations!! Enfin, la dernière mais non la moindre, un immense merci à ma sœur Marie-Claude. Avec tes coups de fils bienveillants à la fin du processus et ton écoute sans jugement, tu m’as vraiment aidée à passer au travers. Comme tu le dis si bien, pour une 2^{ème} thèse, ça irait ‘comme sur des roulettes’! Mais rassure-toi : aucun projet pour moi de ce côté-là.

Déclaration de soutien financier

Cette thèse a été rendue possible grâce à trois bourses de formation doctorale :

- Bourse d'excellence de recrutement au doctorat de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
- Bourse du Programme stratégique Promotion, prévention et politiques publiques (4P), un partenariat des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ)
- Bourse InterActions du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions (CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – CAU) et du fonds Marie-Anne Lavallée (Fondation Gracia)

Je remercie par ailleurs les organismes suivants pour leur soutien financier à la formation et à la diffusion de résultats de recherche :

- Instituts d'été du Population Health Intervention Research Network - Réseau de recherche interventionnelle en santé des populations (PHIRNET-RISP) : bourse de stagiaire (2 étés)
- Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) : subvention d'aide à la diffusion de résultats dans des congrès avec comité de pairs
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : bourse de voyage
- Partenariat de recherche ARIMA : bourse de soutien aux communications
- Centre de recherche en santé publique (CRéSP) : programme d'aide à la publication

Chapitre 1. Introduction

1.1 Préambule

Dans mes jeunes années, j'étais mobilisée par la justice sociale et le pouvoir des mots. J'ai fait un choix professionnel pragmatique, l'orthophonie, puis j'ai exercé mon métier dans des écoles de quartiers montréalais défavorisés. Faisant face à la pauvreté et à des contextes de vie difficiles, avec l'impression d'uniquement 'éteindre des feux', j'ai rapidement voulu influencer le cours des choses en agissant en 'amont des problèmes'. Au début des années 2000 était lancée dans la région de Québec une ambitieuse initiative de promotion du développement communicatif des tout-petits visant à engager les milieux de vie dans l'établissement de conditions favorables à tous (Grégoire et al., 2000). C'était un pas important au Québec pour une profession encore jeune, n'utilisant alors que de façon assez anecdotique les approches communautaires en petite enfance. Sur la base de réalités locales aux profils démographiques très contrastés, cette initiative régionale visait ultimement à rejoindre l'ensemble des familles de tout-petits dans une population régionale d'environ 600 000 personnes. Pour ma part, j'étais préoccupée par les inégalités sociales des familles et le quotidien d'enfants socialement désavantagés ; je m'intéressais à leurs contextes de développement et à la construction du sens dans les interactions.

Le champ de la promotion de la santé envisagerait l'initiative de Québec comme une intervention populationnelle mobilisant la participation locale pour sa construction et sa mise en œuvre (Hawe et Potvin, 2009; Springett, 2010; Trickett et al., 2011). Pour Peter Uvin, du champ des études sur le développement mondial, il s'agirait probablement d'un processus de mise à l'échelle de type *nurturing* : une initiative aux objectifs clairement définis bénéficiant d'un important financement récurrent dès le départ, avec des projets et actions à déterminer et 'étendre' localement de façon progressive par l'implication d'acteurs terrain (Uvin, 1995).

Beaucoup de choses étaient à penser dans le territoire urbain défavorisé où j'avais choisi de pratiquer. Je me suis attelée à la tâche en cogitant sur les alliances, besoins et actions avec les partenaires locaux, collègues des autres territoires, et l'équipe d'évaluation de la Direction régionale de santé publique. Après environ trois ans, des partenariats étaient consolidés et les

projets et mesures de base étaient bien développés. Cependant, une fois l'évaluation terminée et le garde-fou de la santé publique retiré, une pression croissante en faveur de pratiques plus cliniques se faisait sentir au fil de multiples changements organisationnels et successions de gestionnaires... puis la vie m'a ramenée à Montréal.

J'ai à nouveau développé et mis en œuvre ce type de programme sur le territoire d'un Centre de santé et de services sociaux de la région métropolitaine aux défis similaires. L'approche communautaire y était également privilégiée, mais les objectifs et la structure régionale susceptible de supporter le développement d'actions en amont des problèmes étaient désormais plus flous. Garder le cap sur le mandat initial et l'ancrage dans les milieux et contextes de vie des familles - plutôt qu'uniquement sur les problèmes de développement des tout-petits - était un défi. Il était difficile d'éviter que la perspective de prévention-promotion ne soit progressivement 'aspirée' par des actes cliniques pouvant facilement combler toutes les plages horaires. Maintenir le travail d'accès aux ressources pour les familles en situation de vulnérabilité tout en reconnaissant certains besoins individuels criants requérait, du point de vue d'alors, un arrimage étroit avec les services de santé de '2ème ligne' et les milieux communautaires et éducatifs. Cela impliquait notamment des enjeux de rôles organisationnels et de normes professionnelles.

Cette histoire n'est évidemment pas propre à la profession d'orthophoniste, et n'est pas très originale non plus; elle illustre des difficultés auxquelles sont confrontés de nombreux professionnels de santé préoccupés d'inégalités sociales et d'équité (Longtin et al., 2006; Richard et al., 2004). Mais mon intérêt pour l'évolution d'interventions innovantes provient principalement de ces expériences. C'est là que sont nés ce projet d'éclairage conceptuel sur la mise à l'échelle et les questions auxquelles je tente de répondre dans cette thèse, à travers l'étude d'une initiative développée localement puis élargie à l'ensemble d'une région. J'ai pu accéder au cas étudié grâce à un stage effectué dans le cadre du programme de formation stratégique Promotion, prévention et politiques publiques (4P), un partenariat des IRSC et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

1.2 Mise à l'échelle des innovations de santé

Lorsque des solutions sont éprouvées à petite échelle, ou que des innovations circonscrites apparaissent prometteuses, on peut chercher à en accroître les bénéfices en les déployant à plus grande échelle de diverses manières (Simmons et al., 2007; Uvin, 1995). Toutes sortes d'objets

plus ou moins tangibles, nouveaux ou non, peuvent un jour ou l'autre être 'portés à l'échelle', des innovations numériques aux dessins architecturaux, en passant par les technologies médicales et les infrastructures routières (Flyvbjerg, 2014; Hedges, 2010; Littman et al., 1995; Walters et al., 2018). Pour leur part, les acteurs de santé publique sont à la recherche d'interventions utiles et de stratégies efficaces qui peuvent être reproduites ou étendues pour améliorer la santé et l'équité.

Les programmes de santé sont fréquemment le produit d'une mise à l'échelle (*scaling up*) d'innovations développées dans le cadre de projets pilotes (Pluye et al., 2000; Simmons et al., 2007). La mise à l'échelle est toutefois un objet de recherche relativement nouveau en santé publique ; son émergence est associée aux Objectifs du millénaire pour le développement (Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011) adoptés en l'an 2000 par l'Organisation des Nations Unies pour affronter les enjeux humanitaires de pauvreté, santé, éducation, égalité des sexes et développement durable (United Nations, 2005).

En santé publique, la mise à l'échelle est vue comme un processus délibéré d'expansion qui vise à accroître l'impact et la durabilité associés aux innovations (Mangham et Hanson, 2010; Simmons et al., 2007; Subramanian et al., 2011); et une innovation est définie comme un ensemble de pratiques perçues comme nouvelles dans un contexte particulier (Simmons et al., 2007). Le potentiel des innovations à améliorer la qualité des interventions de santé est reconnu (Côté-Boileau et al., 2019). Cependant, plusieurs défis peuvent entraver leur mise à l'échelle et fonctions associées d'accroissement d'impact et de pérennisation. L'expansion des innovations à de nouveaux contextes s'avère difficile à bien des égards (Chopra et Ford, 2005; Glasgow et al., 2003) : les coûts et ressources disponibles, les questions d'équité et qualité, l'équilibre entre l'étendue horizontale et verticale des actions et l'évolution de la demande par rapport à l'offre sont quelques-uns des défis importants de ces processus (Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Victora et al., 2004).

Les divergences de valeurs, objectifs et contenus prônés par les acteurs représentent d'autres défis pour la mise à l'échelle des innovations. Par exemple, une innovation centrée en premier lieu sur la diversité des contextes qui président au développement de jeunes enfants socialement désavantagés pourrait voir sa visée 'glisser en aval' (Carey et al., 2017; McLaren et al., 2020; Popay et al., 2010) au cours de la mise à l'échelle vers les profils développementaux individuels des enfants et les attitudes des éducateurs (Larouche et al., Art. 1; Larouche et al., Art. 2).

1.2.1 Accroître l'impact et la pérennité des effets

La question de la mise à l'échelle est intimement liée aux finalités d'accroissement d'impact des interventions de santé, et à la pérennité des effets. Dans une perspective de promotion de la santé, ces finalités s'expriment plus particulièrement en termes de *moyens* qu'ont les gens de maîtriser leur propre santé, et d'équité de ces moyens entre divers groupes sociaux. Plutôt que le but de la vie, la santé y est vue comme une ressource construite dans la vie quotidienne, qui permet de satisfaire ses besoins, évoluer avec son milieu et réaliser ses ambitions (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

Quels que soient leurs objets, les processus de mise à l'échelle demeurent encore insuffisamment étudiés et mal appréhendés dans le domaine de la santé (Côté-Boileau et al., 2019; Milat et al., 2015; Shaw et al., 2017). Pour étendre de façon utile des innovations à de nouveaux contextes, les décideurs de santé publique disent avoir besoin des éclaircissements d'études interventionnelles sur l'efficacité, la portée et l'adoption des innovations, et sur les ressources nécessaires (financières, humaines, techniques, etc.), la prestation des actions et les facteurs contextuels (Milat et al., 2013). Mais bien que les ressources et aspects techniques soient reconnus importants dans l'initiation des processus de mise à l'échelle (Gilson et Schneider, 2010), plusieurs chercheurs exposent les limites associées à une conceptualisation simpliste du processus principalement en tant que *procédure* (Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011; Yates-Doerr, 2015), par exemple au travers de dispositifs de gestion ou compétences des personnels de santé (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2016).

En ce qui concerne les éclairages requis sur la mise à l'échelle (Larouche et al., 2021; Paina et Peters, 2012; Shaw et al., 2017), on souligne notamment le manque d'ancrage dans les contextes de mise en œuvre et la pertinence des perspectives de systèmes complexes (Chopra et Ford, 2005; Côté-Boileau et al., 2019; Hawe, 2015; Lanham et al., 2013; Paina et Peters, 2012). Ces considérations critiques sur la mise à l'échelle sont cohérentes avec les perspectives de promotion de la santé qui affirment le *contexte* comme une dimension fondamentale des interventions complexes, impliquant souvent de multiples acteurs à différents niveaux d'action (Bilodeau et Potvin, 2016; Bisset et al., 2009; Cambon et al., 2010; Poland et al., 2008). L'effort de promotion de la santé, au-delà de la prévention, du traitement ou de la protection face aux maladies, est vu par certains comme une entreprise éminemment sociale (Rod et al., 2014); celle-ci exige l'action

coordonnée de différents secteurs d'action publique, d'organisations privées et philanthropiques et de la société civile qui détiennent des leviers utiles pour agir sur les déterminants de la santé et de l'équité dans différents milieux ou populations (Bilodeau et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 1986; Potvin et al., 2005; Shankardass et al., 2012).

1.3 Des perspectives contrastées sur l'objet de la mise à l'échelle

1.3.1 Deux tendances initiales

En santé publique, la mise à l'échelle a émergé comme objet de recherche au début des années 2000; depuis, elle attire l'attention d'un nombre croissant de chercheurs, décideurs politiques et praticiens (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2014; Simmons et al., 2007). On s'y préoccupe notamment de couverture d'interventions, de durabilité des actions, et d'aspects de qualité, impact, équité et adaptation à l'environnement (Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010). Deux tendances initiales ont caractérisé la littérature sur la mise à l'échelle : les visions du processus de type *blueprint* – par 'plan technique' – et 'd'apprentissage social' (Chopra et Ford, 2005; Subramanian et al., 2011; Uvin et al., 2000).

Les études de mise à l'échelle s'inscrivant dans une approche du processus par *plan technique* mettent de l'avant l'accroissement de la couverture des interventions comme finalité principale de la mise à l'échelle (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2016; Victora et al., 2004). Les interventions y sont envisagées comme des objets relativement fixes et conçus indépendamment de leurs contextes de mise en œuvre (Chopra et Ford, 2005; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011), le but de la mise à l'échelle étant essentiellement 'd'élargir' celles-ci en une succession d'étapes standardisées présumées assurer son succès (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2016; Subramanian et al., 2011). L'accroissement de l'impact d'interventions 'efficaces' est réputé se produire plus ou moins naturellement (Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011), quoique la difficulté d'attribution des résultats aux interventions portées à l'échelle soit reconnue (Mangham et Hanson, 2010). On y questionne relativement peu le sens accordé aux innovations, leurs nécessaires adaptations et les apprentissages réalisés dans la mise à l'échelle, qui sont susceptibles de permettre d'en relever les défis (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011).

Cette vision de la mise à l'échelle comme procédure s'inscrit dans une approche rationaliste des politiques publiques qui valorise le savoir expert et les connaissances techniques. Cette approche technocratique des processus politiques considère leur analyse comme étant neutre et basée sur des connaissances indépendantes de valeurs ou opinions (Bilodeau et al., 2004; Fischer et al., 2015a; Schön et Rein, 1994; Yanow, 2015). Étant relativement insensible aux savoirs et intérêts multiples, et aux incontournables négociations liées à la décision et l'action (Bilodeau et al., 2004; Fischer et al., 2015b; Popay, 2006), une telle approche est susceptible de négliger la nature sociale des interventions et des processus de mise à l'échelle, construits sur les capacités et collaborations de différents acteurs (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011). La dominance d'une telle perspective pourrait ultimement restreindre la capacité à assurer les fonctions d'impact et de pérennisation de la mise à l'échelle (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011).

Une vision de la mise à l'échelle comme processus d'*apprentissage social* est davantage préoccupée par ses finalités d'accroissement d'impact et de pérennité, et insiste sur ses aspects émergents. Les interventions y sont vues comme des objets complexes et malléables aux frontières floues (Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011); et la mise à l'échelle y est envisagé comme un processus de changement social qui implique l'interaction et l'adaptation continues des innovations en rapport aux réalités de l'environnement. Les préoccupations d'adéquation aux nouveaux contextes, d'inclusion des acteurs, d'ajustement progressif aux valeurs et priorités, et de réinvestissement d'apprentissages sociaux contextuels dans l'action y sont vues comme nécessaires à l'atteinte des buts (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011; Uvin et al., 2000). Si une vision d'apprentissage social peut contribuer à favoriser des programmes davantage utiles et aux effets plus durables au regard des déterminants de la santé et de l'équité, elle entraîne toutefois d'autres types de difficultés, liées par exemple au temps et ressources qu'elle requiert, et aux enjeux organisationnels qu'elle soulève - notamment au regard de la participation et des collaborations entre acteurs (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011).

1.3.2 Amalgame de perspectives sur la mise à l'échelle

Depuis quelques années, des perspectives hybrides s'affirment dans la littérature (Bulthuis et al., 2019; Côté-Boileau et al., 2019; Kiendrébéogo et al., 2020). Considérant ces processus de manière structurée, mais également sensible aux *sens* des solutions innovantes et aux dynamiques sociales qui caractérisent l'engagement des acteurs, ces perspectives sont susceptibles de réconcilier des visions dichotomiques de la mise à l'échelle comme procédures contrôlées ou processus sociaux plus ou moins prévisibles (Côté-Boileau et al., 2019). Plus ouvertes et allant au-delà d'une vision linéaire et déterministe de processus 'correctement gérés' (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011), ces nouvelles perspectives sont susceptibles de rendre compte du façonnement, dans ces processus, des innovations en fonction des réalités locales (Bilodeau et Potvin, 2016; Hawe et Potvin, 2009; Thabane et al., 2019). Elles considèrent davantage les multiples relations, apprentissages et constructions sociales qui les caractérisent (Chopra et Ford, 2005; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011), et y intègrent la question des significations accordées aux innovations. Intégrer à l'étude de la mise à l'échelle un angle d'analyse *social* et de *sens* rend davantage compte du caractère itératif de ces processus, et des aspects relationnels des nombreux défis qui y sont rencontrés (Chopra et Ford, 2005; Larouche et al., 2021; Shaw et al., 2017). Cet angle d'analyse permet par exemple d'éclairer avec plus de profondeur les enjeux liés à l'établissement pratiques de soins ou partenariats communautaires qui impliquent des divergences de valeurs ou de ressources (Hawe, 2015; Paina et Peters, 2012; Potvin et McQueen, 2008; Shaw et al., 2017).

Les études qui s'intéressent aux aspects sociaux des processus de mise à l'échelle mobilisent encore peu de perspectives théoriques et méthodologies explicites (Paina et Peters, 2012; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011). Plusieurs auteurs du domaine de la santé proposent ainsi d'accroître les moyens de prise en compte de ces aspects sociaux de la mise à l'échelle, imprégné de valeurs et éléments politiques et organisationnels (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et Schneider, 2010; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011). Pour le champ de la promotion de la santé, qui a bâti son identité autour des valeurs d'équité, participation et autonomisation (*empowerment*) au sujet des individus et collectivités (Organisation mondiale de la Santé, 1986; Potvin et Jones, 2011; Potvin et al., 2008; Williams et Labonte, 2003), la question des significations accordées aux innovations apparaît particulièrement pertinente.

1.3.3 Nourrir une vision sociale de la mise à l'échelle

Cette thèse s'inscrit dans une vision sociale de la mise à l'échelle appliquée au sujet d'innovations de promotion de la santé. Concevoir la mise à l'échelle comme un processus itératif de nature sociale, à propos d'objets malléables auxquels on peut accorder diverses significations, implique de reconnaître le *caractère émergent et évolutif des innovations* en rapport à la spécificité et la dynamique des contextes (Figueiro et al., 2016; Hawe et al., 2009; Lloyd et Dumbrell, 2011; Minary et al., 2018; Thabane et al., 2019). Cela implique également de reconnaître que les interventions publiques véhiculent des *sens* particuliers sur les problèmes sociaux et les solutions qui sont préconisées au fil du temps (Lascoumes et Le Gale, 2007 ; Bacchi, 2016). L'évolution du sens accordé par les acteurs aux problèmes et solutions associées aux innovations est importante à considérer dans la mise à l'échelle ; cette évolution est susceptible d'avoir un impact sur les fonctions transformatrices des interventions, pour le meilleur ou pour le pire, facilitant ou entravant le changement social (Bacchi, 2016; Braun, 2015; Broer et al., 2010; Figueiro et al., 2016; Lascoumes et Le Galès, 2007).

En promotion de la santé, les interventions peuvent être vues comme mobilisant avant tout des *relations* entre une *diversité d'acteurs* dans des contextes particuliers (Bilodeau et Potvin, 2016; Bisset et Potvin, 2007; Larouche et al., 2021; Potvin et Clavier, 2013). Ces interventions qui rassemblent, dans la poursuite d'un but commun, des acteurs du domaine de la santé et d'autres secteurs - gouvernementaux ou non - sont dites 'intersectorielles' (Potvin, 2012; Shankardass et al., 2012). Elles sont le lieu de possibles controverses en rapport à l'action et son but, au vu de valeurs, priorités, moyens et intérêts potentiellement divergents qui s'y négocient (Bilodeau et Potvin, 2016; Hawe et al., 2012; Potvin et Clavier, 2013). leur mise à l'échelle suppose en outre d'aborder de nouveaux contextes et dynamiques sociales (Edwards, 2010; Uvin, 1995), et d'y joindre divers acteurs susceptible de remettre en question les orientations établies (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et Schneider, 2010; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011). Les processus de mise à l'échelle sont ainsi teintés d'actions de plaidoyer pour l'engagement ou non de certains acteurs, et pour l'adaptation des buts, contenus et rôles liés aux innovations (Côté-Boileau et al., 2019; Milat et al., 2016; WHO et ExpandNet, 2010b).

En somme, l'étude des processus de mise à l'échelle requiert une perspective *sociale* qui prenne en compte la question du *sens*. Intégrer à l'étude de ces processus des considérations d'interventions

en tant que systèmes complexes de relations entre différents acteurs (Bilodeau et Potvin, 2016; Larouche et al., 2021; Potvin et al., 2001) peut d'emblée permettre de mieux saisir la manière dont le contenu des innovations est informé, façonné et refaçonné par certains intérêts, valeurs et critères normatifs spécifiques (Bacchi, 2016; Braun, 2015; Fischer et al., 2015a; Larouche et al., 2021; Wagenaar, 2015; Yanow, 2015). Mais l'étude du *sens* requiert des éclairages conceptuels et méthodologiques particuliers (Braun, 2015; Foley et al., 2019; Yanow, 2015), qui existent au sujet de questions de santé,¹ mais sont actuellement absents du corpus de connaissances sur les processus de mise à l'échelle. Cette thèse entend ainsi y apporter une contribution conceptuelle : l'apport concerne la notion de cadre interprétatif, ou « *frame* ».²

1.4 Les *frames* et le sens : entre représentations et interactions

Prenant racine dans les écrits de l'anthropologue Gregory Bateson (1955) et du sociologue Erving Goffman (1974), le concept de *frame* a notamment été envisagé en lien avec la notion de pratique réflexive (Finlay, 2008; Schon, 1984), et la définition de problèmes sociaux complexes et leurs solutions en termes de politiques et programmes (Bacchi, 2016; Braun, 2015; Rychetnik et al., 2004; Schön et Rein, 1994). Les *frames* sont définis comme des « schèmes d'interprétation » de la réalité (Goffman, 1974) qui mettent en évidence certains de ses aspects, et donnent lieu, à propos de certains objets spécifiques, à certaines idées plutôt que d'autres (Entman, 1993; Rychetnik et al., 2004). Pour Entman, les cadres remplissent 4 fonctions interdépendantes : promouvoir une définition particulière de la situation ou du problème en question ; identifier les causes de ce problème ; évaluer les causes en portant à propos de celles-ci des jugements plus ou moins explicites ; et proposer des solutions spécifiques ou un plan d'action. Les *frames* sont enchevêtrés dans les aspects historiques, politiques, culturels, sectoriels, disciplinaires et autres des contextes (Entman, 1993; Rychetnik et al., 2004), et influencent le sens accordé aux situations ou problèmes (Bateson, 1955; Entman, 1993; Goffman, 1974), soit les façons dont on étudie ces derniers et tente de les résoudre (Okeyo et al., 2020; Rychetnik et al., 2004).

Les *frames* sont envisagés d'une part de manière statique comme des *représentations* de segments temporaires figés de la réalité sociale qui figurent dans des textes, par exemple des documents de politiques ou programmes (Braun, 2015; Entman, 1993; Van Hulst et Yanow, 2016), et qui

¹ Voir à ce sujet le chapitre 2

² À partir de ce point, le terme « *frame* » sera utilisé dans la thèse pour désigner les cadres interprétatifs

informent sur les identités, préférences et intérêts du moment dans ‘la vie’ de ces interventions. Ils sont par ailleurs envisagés de manière dynamique en tant *qu’interactions*, où ils consistent en des grilles d’analyse de la réalité construites et utilisées en continu dans les interactions de la vie sociale (Braun, 2015; Goffman, 1974; Van Hulst et Yanow, 2016). Englobant à la fois les théories des problèmes et des solutions, les *frames* permettent de reconnaître et rendre compte de l’évolution du contenu des innovations en termes de ‘sens’ (Foley et al., 2019; Larouche et al., 2021).

1.5 Objet de recherche, but et objectifs

Dans cette thèse par articles, je propose d’ajouter la notion de *frame* à l’outillage conceptuel de la mise à l’échelle. L’objet de recherche n’est donc pas le processus de mise à l’échelle lui-même, mais le concept de *frame* et sa contribution potentielle à la recherche et aux pratiques liées à ce type de processus. La thèse a pour but d’explorer l’utilité des *frames* au regard de la dynamique sociale de la mise à l’échelle d’innovations de promotion de la santé. J’y poursuis deux objectifs spécifiques :

1. Développer une articulation théorique de nature sociale pour la mise à l’échelle intégrant la notion de *frame* (l’article théorique répond à cet objectif) ;
2. Explorer l’utilité des *frames* comme ‘représentations’ pour documenter l’évolution du contenu d’une innovation au cours de sa mise à l’échelle, au regard :
 - a) du ‘problème’ (l’article empirique #1 répond à cet objectif);
 - b) de la solution préconisée (l’article empirique #2 y répond).

Pour ce faire, je mobilise une perspective de complexité des interventions en tant que réseaux dynamiques d’acteurs (Bilodeau et Potvin, 2016; Larouche et al., 2021), et j’étudie un cas de mise à l’échelle d’innovation éducative concernant le développement de jeunes enfants (DJE) socialement désavantagés (Larouche et al., Art. 1; Larouche et al., Art. 2). La **Figure 1** (en p.36) illustre la structure de la thèse en rapport à son but et ses objectifs.

1.6 Structure de la thèse

Le second chapitre présente une recension des écrits sur la mise à l’échelle qui aborde ses définitions, concepts-clés et déterminants, et les cadres et perspectives qui l’informent. J’y présente la façon dont l’étude de la mise à l’échelle a été amorcée dans le domaine de la santé, et dont ces

processus sont envisagés aujourd’hui. Le chapitre introduit aussi le concept de *frame* tel qu’il a notamment été abordé dans la littérature de politiques publiques et relative à la santé.

Le chapitre 3 est consacré à l’article théorique publié dans la revue *Health Promotion International*. Cet article se fonde sur une application aux interventions des perspectives la sociologie de l’innovation - théorie de l’acteur-réseau, ou *actor network theory* (ANT) – pour élaborer une vision sociale de la mise à l’échelle qui s’articule autour de la notion d’expansion de réseaux d’acteurs. Conjuguée aux perspectives du *framing*, cette optique permet de rendre compte des transformations des innovations dans la mise à l’échelle selon deux approches distinctes aux *frames* considérées complémentaires : représentationnelle ou interactionnelle. L’article se termine par un bref exemple qui illustre comment produire une ethnographie éclairée par la combinaison de l’ANT et des *frames* comme ‘interaction’, en partant des micro-pratiques des acteurs et s’appuyant sur diverses sources de données.

Le chapitre 4 présente le devis de recherche et une synthèse de la méthode employée pour construire et analyser les *frames* du ‘problème’ et de la ‘solution’ ainsi que leurs différences à deux moments distincts du processus de mise à l’échelle. Les détails de méthodes figurent par ailleurs dans les deux manuscrits empiriques présentés au chapitre 5. Ce chapitre aborde également certaines considérations ontologiques et épistémologiques qui caractérisent l’étude.

Le chapitre 5 est consacré aux résultats empiriques. Il est constitué des deux articles reliés au cas étudié concernant la transformation des *frames* dans la mise à l’échelle ; le premier article s’intéresse à la définition du développement de l’enfant en tant que ‘problème’, et le second à la ‘solution’, soit la stratégie éducative préconisée.

Le chapitre 6 expose trois constats de cette étude sur les *frames* comme représentations à la lumière de l’articulation théorique proposée et de la littérature de mise à l’échelle, santé publique et *framing*. J’y discute de l’utilité particulière d’une approche représentationnelle aux *frames* au regard de la dynamique de la mise à l’échelle et de la contribution théorique de la thèse. Le chapitre 7 conclut sur les apprentissages réalisés et les apports de la thèse, et propose de futures pistes de recherche. Enfin, en annexe de la thèse figure un quatrième article rédigé avant le début de l’étude. Il s’agit d’un commentaire publié en 2013 dans un encart spécial de la revue *Global Health Promotion* à propos de voies novatrices de recherche en promotion de la santé.

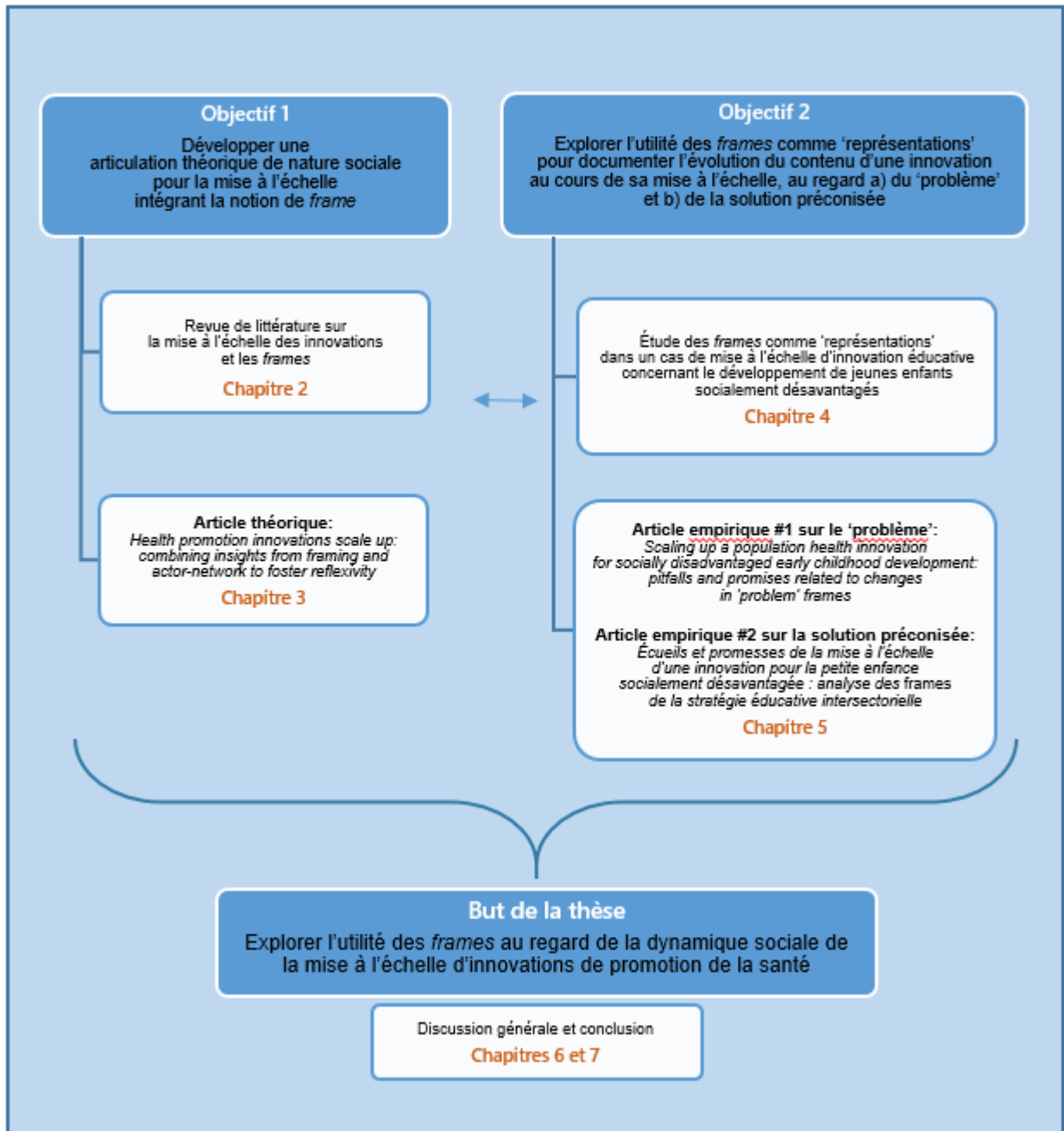


Figure 1. Structure de la thèse selon son but et ses objectifs

Chapitre 2. Revue de littérature

Le premier chapitre de cette thèse a soulevé la pertinence d'une approche sociale à la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé. J'y ai posé le concept de *frame* comme pertinent pour explorer la dynamique liée à ces processus. Ce deuxième chapitre recense les écrits sur les objets de la mise à l'échelle et des *frames*, soit leurs principaux thèmes d'investigation empirique et développements conceptuels et théoriques. La première partie de la revue situe brièvement l'émergence de l'intérêt pour la mise à l'échelle en santé publique, puis ses définitions, défis, modèles et approches théoriques. La deuxième partie est consacrée au concept de *frame*.

2.1 Mise à l'échelle : croissance d'un intérêt de santé publique

La mise à l'échelle est un concept d'intérêt dans plusieurs domaines dont ceux du développement international, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'économie (Edwards, 2013; Uvin et al., 2000). Bien qu'il ne s'agisse globalement pas d'un nouvel objet de recherche, il n'a commencé à infuser la littérature de santé publique qu'assez récemment (Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Simmons et al., 2007).

Selon une recherche large effectuée sur Pubmed³ avec les mots-clés '*public health or population health*' and '*scaling-up*', la croissance des publications sur la mise à l'échelle est observée à partir de l'année 2002, qui comptait seulement 6 publications.⁴ Les études sur ce thème sont en progression constante depuis ce temps : alors que la décennie 2000-2009 (janvier 2000 à décembre 2009 inclus) comptait 165 publications,⁵ celle de 2010-2019 a vu 1090 articles publiés sur ce thème,⁶ une progression de près de 600 %. La croissance annuelle des publications se poursuit, avec 213 se rapportant à la mise à l'échelle en date du 8 décembre 2020, comparativement à 183 articles publiés en 2019 (hausse de 16 %).

³ Réalisée dans tous les champs

⁴<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28%22public+health%22%29+OR+%28%22population+health%22%29%29+AND+%28%22scaling-up%22%29&timeline=expanded&sort=date>

⁵<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28%22public+health%22%29+OR+%28%22population+health%22%29%29+AND+%28%22scaling-up%22%29&filter=dates.2000%2F1%2F1-2009%2F12%2F31&timeline=expanded&sort=date>

⁶<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28%22public+health%22%29+OR+%28%22population+health%22%29%29+AND+%28%22scaling-up%22%29&filter=dates.2010%2F1%2F1-2019%2F12%2F31&timeline=expanded&sort=date>

Les études sur la mise à l'échelle ont d'abord concerné d'importantes initiatives de santé nationales et internationales développées dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en l'an 2000 par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (Chopra et Ford, 2005; Mangham et Hanson, 2010; Organisation des Nations Unies, 2014; Subramanian et al., 2011). Ces initiatives consistaient en des interventions curatives et préventives pour combattre le VIH/SIDA et d'autres problèmes significatifs dans les pays à bas et moyen revenu, tels que la malaria, la tuberculose et la santé maternelle et infantile (Mangham et Hanson, 2010; Pérez-Escamilla et al., 2012; Schneider et al., 2010).

Dans ces études, il a été généralement constaté que la mise à l'échelle nécessite un contexte politique favorable et des services de santé *efficacés*, qui utilisent leurs ressources de manière optimale. Les ressources financières matérielles et humaines doivent aussi être suffisantes. (Greenhalgh, 2004; Mangham et Hanson, 2010). Les partenariats doivent être créés dès le début des initiatives (Edwards, 2010; Johns et Torres, 2005; Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011; Victora et al., 2004), et des actions de plaidoyer peuvent être nécessaires pour la mise à l'agenda politique de questions particulières (Chisholm et al., 2007; Gilson et Schneider, 2010). On souligne également la pertinence d'un appui sur les ressources communautaires pour accroître la 'portée' des interventions (Mangham et Hanson, 2010), soit l'ampleur et la représentativité de la participation (Glasgow et al., 2003; Glasgow et al., 1999).

Créé en 2003 dans le contexte des OMD et sous le parrainage de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sujet d'interventions de santé reproductive dans les pays en développement, le réseau international Expandnet (<https://expandnet.net>) s'intéresse à la question de la mise à l'échelle d'innovations prometteuses en santé. Ce réseau, particulièrement dédié à un accès équitable⁷ aux services de santé, réunit des chercheurs, décideurs et praticiens de la santé mondiale et du développement (Ghiron et al., 2014). ExpandNet a publié divers ouvrages sur le sujet, et offre du soutien technique et de la formation aux états et organisations pour le développement des capacités de mise à l'échelle. L'organisme se présente comme un espace de réflexion pour le partage d'expérience, la dissémination de leçons apprises et la progression de 'la science et la pratique' de la mise à l'échelle.

⁷ socialement juste

La littérature empirique sur les processus de mise à l'échelle des pays à bas et moyen revenus est dorénavant reliée aux 17 *Objectifs de développement durable* (ODD) de l'ONU établis en 2015, qui concernent la pauvreté, la protection de la planète et la prospérité à l'échelle mondiale, nationale et locale (Sachs, 2012 ; United Nations, 2015). La mise à l'échelle d'initiatives s'intéressant à la santé et au développement des jeunes enfants y occupe une place importante (Cavallera et al., 2019; Daelmans et al., 2017; Pérez-Escamilla et al., 2018; Zonji, 2018) ; la petite enfance est une cible explicite dans plusieurs objectifs (United Nations, 2015). Ces dernières années, en plus des thèmes mentionnés précédemment, les publications sur la mise à l'échelle ont également concerné le développement de la capacité des systèmes de soins primaires (Bulthuis et al., 2019; Krumholz et al., 2015; Paina et Peters, 2012), la conservation sécuritaire de l'eau et des aliments, la malnutrition (Ojomo et al., 2015), l'égalité des genres (Pappa et al., 2015), la santé sexuelle et reproductive (Igras et al., 2014), la santé mentale (Araya et al., 2012) et le cancer (Yothasamut et al., 2010).

Dans les pays à haut revenu, les publications sur la mise à l'échelle portent sur des questions complexes telles que la santé mentale et l'itinérance (Eaton et al., 2011; Edwards, 2010). On s'est plus récemment intéressé à la mise à l'échelle de technologies de soins de santé (Greenhalgh et al., 2017; Walters et al., 2018), aux maladies chroniques (Indig et al., 2017a) et à certains comportements ayant un impact sur la santé tels que l'activité physique et l'alimentation (Gray et al., 2020; MacDonald et al., 2020; Naylor et al., 2016). Au Canada, les programmes publics demeurent souvent le produit d'une mise à l'échelle de projets innovants (Pluye et al., 2000). Parmi les nombreux projets pilotes prometteurs qui y sont élaborés dans le but de faire évoluer les pratiques du système de santé (Bégin et al., 2009; Nguyen, 2012), quelques-uns donnent naissance à des programmes institutionnalisés et bien financés (Bégin et al., 2009),

2.1.1 Des définitions révélatrices de tendances

Plusieurs définitions de la mise à l'échelle figurent dans la littérature (Bulthuis et al., 2019; Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2015), dont certains éléments apparaissent communs. La mise à l'échelle est généralement conçu comme un processus plutôt qu'un résultat, qui consiste en une démarche systématique impliquant des éléments et mécanismes organisationnels afin de tirer, de certaines interventions éprouvées ou innovations prometteuses, des bénéfices pour un plus grand nombre de personnes (Côté-Boileau et al., 2019;

Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2011; Simmons et al., 2007). En rapport aux interventions, les notions d'équité, de qualité, de durabilité et d'adaptation au contexte sont également prédominantes (Chopra et Ford, 2005; Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Simmons et al., 2007; Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995; Victora et al., 2004).

2.1.1.1 Définitions contrastées et tendances distinctes

Les questions 'd'accroissement' ou 'd'expansion' sont inhérentes aux définitions de la mise à l'échelle dans le domaine de la santé ou ailleurs (Edwards, 2013; Uvin et al., 2000). En ce qui concerne les interventions de santé, ces définitions se sont d'abord articulées autour de deux objets distincts d'accroissement : la *couverture* et l'*impact*. L'accroissement de la couverture des interventions (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2015; Victora et al., 2004) réfère à l'augmentation de la capacité des interventions à rejoindre les personnes auxquelles elles s'adressent (Brousselle et al., 2011). Ce type d'accroissement, qui représente l'idée la plus évidente lorsqu'on pense à la mise à l'échelle (Uvin et al., 2000), s'actualise souvent en augmentant la portée géographique des interventions par l'ajout de territoires, ou en ciblant de nouveaux groupes de personnes sur un même territoire (Mangham et Hanson, 2010; Uvin, 1995). La définition de Mangham et Hanson (2010) est représentative de la mise à l'échelle envisagée en tant que couverture des interventions :

The ambition or process of expanding the coverage of health interventions, but can also refer to increasing the financial, human and capital resources required to expand coverage. (Mangham et Hanson, 2010, p. 85)

Diverses définitions de la mise à l'échelle ont plutôt été centrées sur l'impact des interventions (Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011). Inspirée de celle de Peter Uvin, la définition de Subramanian et collaborateurs (2011) est représentative de la mise à l'échelle conçue comme un accroissement d'impact et de durabilité des interventions :

Expanding impact' and becoming sustainable in multiple dimensions, including quantitative, functional, organizational, and political terms (Subramanian et al., 2011, p. 6)

L'augmentation d'impact – soit un effet de plus grande portée (Glasgow et al., 1999; Rychetnik et al., 2012) - est vue ici comme reposant sur quatre types d'expansion des interventions qui sont en interdépendance. L'expansion *quantitative* vise à augmenter le nombre de groupes rejoints ou le territoire géographique couvert par l'intervention. L'expansion *fonctionnelle* concerne les

changements apportés à une intervention et ses activités (nombre, type), par exemple en ciblant d'autres déterminants de santé. L'expansion *organisationnelle* vient augmenter la puissance de frappe d'une intervention en agissant sur son efficacité, son efficience, soit l'utilisation optimale des ressources pour son déploiement (Greenhalgh, 2004), et sa durabilité, par exemple en favorisant le partage d'expériences, sécurisant les budgets ou développant des ententes de collaboration inter-organisationnelles. Enfin, l'expansion *politique* consiste à augmenter le niveau d'action au-delà de la prestation de services, pour agir sur l'autonomisation et les déterminants structurels représentant les causes profondes des problèmes (Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995).

Cette dernière définition de la mise à l'échelle se distingue de la première par le fait que l'accroissement de couverture (ou *expansion quantitative*) n'y représente pas une fin en soi. L'accroissement de couverture n'est ici qu'un moyen d'augmenter l'impact et la durabilité des effets des interventions, ce qui est la finalité première des processus de mise à l'échelle (Uvin, 1995; Uvin et al., 2000). Cette préoccupation d'impact des interventions sur la santé populationnelle et les inégalités sociales de santé est une question fondamentale en santé publique et promotion de la santé (K. L. Frohlich et L. Potvin, 2008; Glasgow et al., 1999; Organisation mondiale de la Santé, 1986; Rose, 2001; Rychetnik et al., 2012); et quoique les définitions centrées sur la couverture n'excluent pas des préoccupations d'impact à propos des interventions (Mangham et Hanson, 2010; Victora et al., 2004), elles n'en font pas l'élément central.

Les deux finalités de 'couverture' et 'd'impact' autour desquelles se sont articulées les premières définitions de la mise à l'échelle (Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995; Uvin et al., 2000) ont été accompagnées d'approches différentes de ces processus, qui peuvent être vues comme davantage *blueprint* – par 'plan technique' – ou 'd'apprentissage social'. **L'approche par plan technique** est une façon standardisée d'aborder la mise à l'échelle qui s'inscrit généralement dans une perspective initiale d'accroissement de couverture. Les connaissances scientifiques sur l'efficacité des interventions et la planification rationnelle de l'action y occupent un rôle central. Les interventions portées à plus grande échelle sont conceptualisées comme des objets relativement fixes conçus indépendamment de leurs contextes de mise en œuvre (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011) qui sont destinés à être reproduits en un processus comportant des étapes successives de planification, mise en œuvre,

suivi et évaluation (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2016; Victora et al., 2004). L'impact des interventions est considéré consécutif à leur expansion quantitative 'rigoureuse' (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995).

Bien que dans cette approche, la mise à l'échelle soit principalement axé sur des résultats de couverture, on y considère aussi les résultats de santé (Chopra et Ford, 2005; Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011; Victora et al., 2004). L'importance de l'adaptation contextuelle des interventions aux nouvelles réalités rencontrées est admise, bien que de façon variable, ainsi que la complexité d'attribution des effets de santé aux interventions portées à l'échelle (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2015; Milat et al., 2016; Victora et al., 2004). Enfin, les critiques de cette perspective de plan technique soulignent l'absence de théories ou modèles du changement pour guider la pratique et la recherche. On questionne aussi le fait que cette approche repose globalement sur une hypothèse de validité externe des interventions (Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011); il semble acquis que lorsqu'elles sont testées avec succès dans des contextes plus étroits, les interventions soient applicables ou extensibles à de nouveaux environnements, et que leurs résultats soient transférables (Cambon et al., 2010; Glasgow et al., 2003).

Dans **l'approche d'apprentissage social**, la fonction de la mise à l'échelle est avant tout d'accroître l'impact des interventions (Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011; Uvin et al., 2000), leur « taille » n'étant qu'un type d'expansion à considérer (Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995). Ces interventions sont envisagées comme des objets complexes et malléables aux propriétés émergentes, déployés et développés dans de nouveaux environnements (Hawe, 2015; Paina et Peters, 2012) par un processus itératif de planification, mise en œuvre et évaluation (Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011). La nature contextualisée des interventions y est centrale (Chopra et Ford, 2005; Côté-Boileau et al., 2019; Subramanian et al., 2011; Uvin et al., 2000), et le déploiement à plus grande échelle des innovations est vu comme le résultat d'un processus complexe d'apprentissage social qui implique à la fois des connaissances scientifiques et expérientielles (Gilson et Schneider, 2010; Hawe, 2015; Popay et al., 1998; Subramanian et al., 2011). Cette approche à la mise à l'échelle, liée entre autres aux études de projets pilotes ou mobilisant des perspectives de systèmes complexes, est enracinée dans la littérature sur

l'innovation dans diverses traditions de recherche dont celle des études sur le développement mondial (*development studies*) (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Greenhalgh et al., 2004; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995; Uvin et al., 2000; Yates-Doerr, 2015).

2.1.1.2 Des approches à la mise à l'échelle qui tendent à s'arrimer

De nouvelles perspectives et modèles intégrant des aspects sociaux ont émergé ces dernières années (Bulthuis et al., 2019; Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2017; Shaw et al., 2017). De plus, des définitions hybrides de la mise à l'échelle combinent dorénavant les finalités de couverture et d'impact, et de 'succès' ou 'bénéfice' des interventions pour les populations ciblées (Charif et al., 2017; Côté-Boileau et al., 2019; Gupta et al., 2016; Lanham et al., 2013). Par exemple, Côté-Boileau et collaborateurs (2019) rapportent que la mise à l'échelle fait généralement référence au processus par lequel la couverture, de même que *l'impact* d'une innovation, sont élargis pour atteindre tous les bénéficiaires potentiels. De plus, de nombreux auteurs réfèrent maintenant à la définition de la mise à l'échelle adoptée par le réseau ExpandNet (supporté par l'OMS), ou une variante proche (Bulthuis et al., 2019; Milat et al., 2015; Milat et al., 2016; Norton et al., 2012), qui évoque autant l'accroissement d'impact que de couverture. Par ailleurs, la définition d'ExpandNet inclut aussi la notion de 'pérennité', qui concerne explicitement le développement de politiques ou programmes :

[...] deliberate efforts to increase the impact of successfully tested health innovations so as to benefit more people and to foster policy and program development on a lasting basis (WHO et ExpandNet, 2010b, p. 2)

L'innovation est elle-même définie de la façon suivante :

[...] service components, other practices or products that are new or perceived as new (WHO et ExpandNet, 2010b, p. 2)

En somme, cette analyse des définitions révèle des préoccupations d'augmentation de couverture, d'impact et de durabilité ou pérennité⁸ (sustainability) en rapport aux interventions portées à plus grande échelle. Cette dernière notion de sustainability, que l'on peut traduire alternativement comme « état de pérennité » ou « action de pérennisation », a en outre été envisagée elle-même en tant que processus distinct mais associé à celui de la mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019;

⁸ des interventions elles-mêmes ou de leur effets

Greenhalgh et al., 2017). C'est également le cas pour le processus de *spread* des innovations (Edwards, 2010; Greenhalgh et al., 2017; Lanham et al., 2013; Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011; Uvin et al., 2000; WHO et ExpandNet, 2010b), qui est traduit ici par le terme 'expansion'. Pour certains auteurs, la mise à l'échelle est en fait envisagée comme l'un des trois processus interreliés de construction des innovations, qui s'ajoute à ceux de *spread* et de *sustainability* (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2017; Shaw et al., 2017). Pour Côté-Boileau et collaborateurs, ces « 3S » – *spread*, *scaling up* et *sustainability* – qui sont en lien avec les conceptions de diffusion des innovations de Rogers (2010; 2005), sont des processus de construction sociale centrés sur le sens et les valeurs accordées aux innovations, et représentent les parcours non linéaires et aventures imprévisibles de celles-ci dans et à l'extérieur des systèmes de santé (Côté-Boileau et al., 2019).

Quoique les processus d'expansion et de mise à l'échelle soient envisagés par certains de manière interchangeable, et qu'ils se chevauchent et partagent des mécanismes semblables, ils peuvent être vus comme ayant des finalités distinctes (Côté-Boileau et al., 2019). L'**expansion** représente le fait de relier et adapter des innovations locales à de nouveaux contextes par une 'diffusion' relativement passive ou des efforts actifs et planifiés (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2004), alors que la **mise à l'échelle** constitue un processus *délibéré* d'expansion *des contextes et personnes* sur lesquels les innovations agissent ayant une *finalité d'accroissement d'effet* (Côté-Boileau et al., 2019). Enfin, la *sustainability* (pérennisation) est identifiée comme étant davantage associée au concept de mise en œuvre, soit aux efforts actifs et planifiés pour intégrer les innovations au sein d'organisations (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2004). Il s'agit ici spécifiquement de 'routiniser' celles-ci dans leurs milieux, c'est-à-dire d'entretenir dans les organisations de nouveaux modèles collectifs d'interaction qui coordonnent le travail (Greenhalgh et al., 2017; Pluye et al., 2000). L'espace temporel en lien avec la pérennisation est élargi et teinté par l'apprentissage et la réflexion continus sur l'action (Côté-Boileau et al., 2019), ceci jusqu'à ce que l'innovation apparaisse obsolète en rapport aux besoins du contexte (Greenhalgh et al., 2004).

En outre, les concepts suivants sont particulièrement associés à la mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019) : la *scalability*, soit la capacité des *interventions* réalisées à petite échelle d'être étendues à de plus grandes proportions de la population en maintenant leur efficacité (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards et Barker, 2014; Milat et al., 2013); l'*expandability*, qui s'intéresse

aux *contextes* de réalisation des interventions et similarités de leurs caractéristiques pour juger de la possibilité d'étendre celles-ci (Côté-Boileau et al., 2019; Gupta et al., 2016); la **réplicabilité**, qui a trait à la potentialité de mettre en œuvre les interventions dans de nouveaux milieux de façon relativement identique (Card et al., 2011; Côté-Boileau et al., 2019; Kilbourne et al., 2007); et la **fidélité**, relative au maintien des 'ingrédients actifs' des interventions selon le résultat recherché (Côté-Boileau et al., 2019; Hawe, 2015). De plus, le concept de 'portée' (*reach*) des interventions, soit leur niveau de participation *individuelle*, et celui d' 'adoption', référant à la proportion de milieux qui les adoptent, qui sont empruntés au domaine de la mise en œuvre des interventions (Glasgow et al., 2003; Milat et al., 2016; Rychetnik et al., 2012), font partie des termes utilisés en rapport à la mise à l'échelle.

Ces concepts, qui réfèrent aux caractéristiques et effets des interventions et à la spécificité des contextes, parlent du nécessaire ajustement entre les innovations et les systèmes qui les reçoivent (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2004). Ils renvoient aux questions de flexibilité des interventions en rapport aux contextes et aux effets recherchés (Hawe 2015, Hawe 2004 Villeval 2016). Ils soulèvent la question des adaptations opérées de manière volontaire ou imprévue dans la reproduction ou la mise à l'échelle des interventions (Cambon et al., 2010; Larouche et al., 2021; Rychetnik et al., 2012), et celle du rôle des connaissances à cet égard, un objet de débat en promotion de la santé auquel nous reviendrons plus loin⁹ (Cambon et al., 2010; McQueen, 2001; Rychetnik et al., 2012). En somme, ces concepts évoquent l'importance de l'interface de ces processus avec le contexte (Bisset et al., 2009; Minary et al., 2018), au cœur des défis de la mise à l'échelle qui sont présentés à la section suivante.

2.1.2 Défis de la mise à l'échelle et concepts associés

Une rencontre inaugurale intitulée *Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs* s'est tenue à Washington D.C. en 2010. Réunissant une centaine de chercheurs, praticiens et décideurs américains et internationaux¹⁰, cette rencontre organisée par l'Institute for Healthcare Improvement (Massachusetts) et l'école de santé publique de l'Université de l'Alabama visait à combler le manque d'attention à l'expansion et la mise à l'échelle des innovations dans la recherche et la pratique de santé publique (Norton et al.,

⁹ en section 2.1.3.3

¹⁰ dont des représentants du réseau ExpandNet

2012). À cette occasion, un bref examen des connaissances commandé pour guider les échanges a été rédigé par Nancy Edwards (2010), professeure émérite et ex-directrice scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Le document inédit, mais auquel réfèrent plusieurs auteurs (Côté-Boileau et al., 2019; Gupta et al., 2016; Norton et al., 2012; Ploeg et al., 2014), souligne notamment l'apport des travaux de Rogers sur la diffusion des innovations (1995), et détaille en cinq catégories les principaux défis de la mise à l'échelle et de l'expansion des innovations. Je réutilise ici cette typologie des obstacles et facilitateurs en y amalgamant des perspectives plus récentes. Les catégories de déterminants concernent les coûts et ressources nécessaires; l'équilibre entre l'offre et la demande au regard des innovations ; les processus d'expansion horizontale et verticale; la dimension temporelle et le changement adaptatif ; et la nature politique de la mise à l'échelle.

2.1.2.1 Coûts et ressources nécessaires aux processus de mise à l'échelle

Estimer avec justesse l'ampleur des ressources financières, humaines et d'infrastructure requises pour soutenir les processus de mise à l'échelle est jugé être difficile (Edwards, 2010). Les ressources financières et humaines impliquent davantage qu'une simple multiplication de celles dévolues aux projets pilotes, ce malgré de possibles économies d'échelle (Edwards, 2010; WHO et ExpandNet, 2010b). Selon Johns et Torres (Edwards, 2010; 2005), des ressources supplémentaires difficiles à prévoir peuvent notamment être requises par les efforts d'équité de couverture pour certaines zones géographiques et groupes sociaux désavantagés. Dans une synthèse narrative concernant la mise à l'échelle d'interventions de santé populationnelle et des communautés (politiques, programmes simples ou complexes, projets ponctuels), Milat et collaborateurs (2015) identifient néanmoins la modélisation des coûts comme facteur facilitant.

Des études ont été menées sur les coûts et rapport 'coût-utilité' de l'expansion de certains services de santé - par exemple reliés au VIH (Kripke et al., 2016; Ying et al., 2014). Malgré un rapport coût-utilité jugé favorable, la mise à l'échelle requiert en outre d'importantes capacités budgétaires et organisationnelles qui peuvent faire défaut dans les pays à bas et moyens revenus (Tromp et al., 2016). Certains auteurs se sont aussi penchés sur l'utilisation de construits économiques dans la recherche sur la mise à l'échelle, dont la notion de 'coût d'opportunité' référant à l'avantage relatif de diverses interventions, qui pourrait être davantage utilisée notamment dans un contexte de ressources limitées (Brown et al., 2020). Ces objets sont toutefois susceptibles de soulever

d'épineuses questions liées aux critères de valeurs qui y sont associés. Des enjeux éthiques pourraient concerner des visions divergentes sur l'équité entre groupes sociaux (Guichard et Potvin, 2010; Potvin et al., 2008), et les conceptions de justice sociale qui sous-tendent la façon dont les ressources sont distribuées (Potvin et al., 2008).

Enfin, au-delà des capacités financières et humaines, les processus d'expansion et mise à l'échelle requièrent diverses capacités liées aux systèmes de santé eux-mêmes et leurs caractéristiques de gouvernance, juridiques, administratives et de surveillance. Celles-ci déterminent l'équilibre possible - ou non - avec les exigences des interventions (Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011) et influencent la façon dont les innovations peuvent y être « absorbées » pour construire des capacités organisationnelles dynamiques (Edwards, 2010; Greenhalgh et al., 2017; Mangham et Hanson, 2010; Tromp et al., 2016; WHO et ExpandNet, 2010b). La solidité des systèmes de santé est notamment considérée comme un déterminant charnière de la mise à l'échelle, quoique non suffisant pour assurer le succès de ces processus (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Mangham et Hanson, 2010).

2.1.2.2 L'équilibre entre l'offre et la demande au regard des innovations

Par ailleurs, un équilibre est à trouver entre les aspects interreliés de la 'demande' des éventuels utilisateurs ou bénéficiaires de l'innovation, et de l'offre, qui concerne ceux qui en assurent la conception ou la livraison. Cet équilibre jouerait un rôle important dans l'accès aux innovations et l'obtention de résultats durables des processus de mise à l'échelle. Ceci requiert autant de jauger et maintenir les attentes envers les innovations par les populations et milieux ciblés, que d'assurer leur solidité, durabilité et caractère équitable (Edwards, 2010; Ensor et Cooper, 2004). Cet équilibre offre-demande soulève notamment des enjeux en rapport à l'extension de la couverture, autant 'universelle' (s'adressant à l'ensemble de la population) que 'sélective' (adaptée aux besoins de groupes sociaux ou personnes à risques), et au maintien de la qualité (Edwards, 2010; Greenhalgh, 2004; Mangham et Hanson, 2010; Victora et al., 2004).

Les acteurs de santé publique, mais aussi divers intermédiaires (par ex. communautaires, privés, autres secteurs gouvernementaux, médias), pourraient contribuer à orchestrer des rapports favorables entre la demande et l'offre (Edwards, 2010). La nécessité d'un équilibre 'offre-demande' questionne, à la base, la nature et les caractéristiques des innovations qui sont portées à l'échelle, soit leur 'substance' (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010; Rogers, 1995; Rogers et

al., 2005). L'aspect pratique et la faisabilité des innovations, leur intérêt relatif et le fait qu'elles soient perçues comme 'abordables' et compatibles avec et par les milieux qui les reçoivent, sont des déterminants identifiés importants pour leur adoption (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010; Milat et al., 2015; Rogers, 1995).

La simplicité des innovations est également soulevée comme élément facilitateur de la mise à l'échelle (Greenhalgh et al., 2017; Milat et al., 2015). Une typologie des innovations, ou alors l'analyse de critères de complexité reliés à leur mise en œuvre, pourraient contribuer à définir leur potentiel de mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010; Greenhalgh et al., 2017; Gupta et al., 2016; Milat et al., 2013). Toutefois, certains soulignent que même des technologies plus tangibles ou des pratiques circonscrites peuvent impliquer des stratégies de mise à l'échelle et des processus de changement relativement complexes (Edwards, 2010; Greenhalgh et al., 2017; Milat et al., 2015). Dans leur revue exploratoire de la littérature (*scoping review*) sur les processus de *spread*, *sustainability* et *scale-up* (3S)¹¹, Côté-Boileau et collaborateurs affirment par ailleurs qu'une innovation 'adaptable' plutôt que statique serait un facteur de succès au regard de ces processus, de même qu'un contexte décrit comme plus 'absorbant' que tendu (Côté-Boileau et al., 2019).

L'adaptation des innovations aux nouveaux contextes par les gens qui les proposent, et l'adoption relative de celles-ci par les acteurs des nouveaux contextes, soulèvent la question des sens et valeurs qui sont accordés aux innovations par l'une et l'autre parties - ceux qui les 'offrent', et ceux qui les 'demandent' ou reçoivent (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2004; Greenhalgh et al., 2017; Lehoux et al., 2017). Ces sens et valeurs varient selon les individus et les situations, et se construisent et se reconstruisent dans le temps (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017). Par exemple, pour des intervenants de santé, l'excellence et l'aspect éthique des soins aux personnes vulnérables peut primer par rapport à l'intérêt technologique; la perception de pertinence d'un nouvel instrument se construirait au travers de relations humaines et du développement de connaissances situationnelles (Shaw et al., 2017).

¹¹ concernant des innovations de santé populationnelle et de nature clinique individuelle

De plus, une ‘substance’ davantage adaptable que statique, et un contexte plus absorbant que tendu contribueraient favorablement aux processus de 3S, mais soulèvent des questions sur l’équilibre entre la fidélité et l’adaptabilité des innovations. Le maintien des ‘ingrédients actifs’ d’une innovation est nécessaire pour assurer son efficacité, mais son adaptabilité favorise l’adéquation aux besoins et spécificités des nouveaux contextes (Côté-Boileau et al., 2019), ce qui est important au regard de questions d’équité (Mangham et Hanson, 2010), et de possibles effets pervers sur les ISS (K. L. Frohlich et L. Potvin, 2008; Guichard et Potvin, 2010; Potvin et al., 2008). Enfin, la diversification des actions (WHO et ExpandNet, 2010b), ou expansion ‘fonctionnelle’ (Uvin, 1995; Uvin et al., 2000), de même que l’expansion ‘politique’, pourraient augmenter l’impact des innovations en favorisant leur ajustement contextuel (Uvin, 1995; Uvin et al., 2000). Dans le cas d’innovations de santé populationnelle, l’ajustement contextuel serait favorisé par des phases pilotes (d’essai) qui, au-delà de ‘tester’ les innovations à petite échelle, contribuent à les ‘façonner’ (Gupta et al., 2016; Thabane et al., 2019).

2.1.2.3 Processus horizontal et vertical d’expansion

L’étendue ‘verticale’ des innovations dans leur mise à l’échelle réfère à la création, au travers d’actions, de liens entre différents paliers de gouvernance (par ex. locaux, régionaux, nationaux) (Paina et Peters, 2012). L’étendue horizontale a plutôt trait à la multiplication des relations à un même palier de gouvernance dans différents contextes (nouveaux quartiers, secteurs, organisations, départements, etc.) (Edwards, 2010; Victora et al., 2004). L’expansion horizontale ou verticale des actions représente pour certains une question centrale des processus de mise à l’échelle, ces stratégies d’expansion pouvant avantageusement être combinées (Bulthuis et al., 2019; Edwards, 2010; Milat et al., 2016; WHO et ExpandNet, 2010b).

L’équilibre horizontal-vertical de l’étendue nécessite toutefois des ajustements (Edwards, 2010) : un excès d’action ‘verticale’ pourrait conduire à des questions de santé abordées davantage en silo, alors qu’un excès d’action ‘horizontale’ pourrait limiter l’attention aux changements organisationnels, politiques, réglementaires, budgétaires et autres des systèmes, qui sont nécessaires à la pérennisation des innovations (Bulthuis et al., 2019; Edwards, 2010; WHO et ExpandNet, 2010b). Cette dimension d’intégration verticale des innovations – apparentée à l’expansion ‘organisationnelle’ de Uvin (1995; 2000) – est considérée par plusieurs comme un élément important au regard de l’accroissement d’impact et la durabilité des effets de la mise à

l'échelle une fois ce processus achevé (Bulthuis et al., 2019; Edwards, 2010; WHO et ExpandNet, 2010b).

Enfin, une stratégie d'expansion claire, assortie d'un leadership solide, mais 'distribué' entre les niveaux organisationnels, avec des processus autant ascendants (*bottom-up*) que descendants (*top-down*), et une gestion promouvant l'autonomisation des acteurs (Côté-Boileau et al., 2019), seraient des facilitateurs des processus de mise à l'échelle (Milat et al., 2015; WHO et ExpandNet, 2010b). Un leadership exercé de façon *hiérarchique* nuirait plutôt à ces processus (Côté-Boileau et al., 2019).

2.1.2.4 Dimension temporelle et changement adaptatif

Les indicateurs spatiaux de couverture, portée, disponibilité et accessibilité des innovations sont relativement répandus dans l'étude de la mise à l'échelle (Edwards, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Victora et al., 2004), mais on néglige souvent l'inhérente dimension temporelle ou la préparation nécessaire à ces processus (Edwards, 2010; Nguyen, 2012; Nguyen et McIntyre, 2015, 25-28 mai; Paina et Peters, 2012). Alors qu'une attention précoce à la pérennisation faciliterait de façon générale l'intégration des innovations dans les routines institutionnelles et favoriserait la durabilité (Pluye et al., 2000), un manque d'attention précoce à ceci dans la mise à l'échelle pourrait conduire à négliger les capacités des organisations, réseaux et partenariats nécessaires au succès du processus, limitant la croissance et les opportunités d'apprentissage organisationnel et d'adaptation des innovations (Edwards, 2010; Gilson et al., 2014; Greenhalgh et al., 2017). Pour les innovations de santé populationnelle, souvent complexes et conçues sur le terrain, le rôle des phases pilotes de façonnement préalable en regard du contexte et de préparation de la mise à l'échelle, permet notamment d'en identifier les composantes importantes et d'en faire des essais de mise en œuvre. Ceci contribue à assurer leur pertinence et leur efficacité en contexte réel (Thabane et al., 2019).

Dans les processus de mise à l'échelle, des délais particuliers sont engendrés par les efforts de planification, de mise en œuvre et d'intégration des innovations dans leurs contextes (Victora et al., 2004). Il importe de tenir compte de ces délais et allers-retours nécessaires dans l'action pour assurer des changements progressifs et durables à chaque niveau du système et entre ceux-ci (Bulthuis et al., 2019; Edwards, 2010). Le rythme de ces processus doit permettre de déterminer contextuellement ce qui fonctionne le mieux et de favoriser le transfert des compétences par des

mécanismes répétitifs d'adaptation (Subramanian et al., 2011). La présence d'infrastructures susceptibles de soutenir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, le réinvestissement de données issues du monitoring dans la prise de décision (Milat et al., 2015), et le fait d'entrevoir les changements de façon itérative plutôt que linéaire (Côté-Boileau et al., 2019), contribueraient favorablement aux processus de mise à l'échelle.

L'utilisation systématique des connaissances est également identifiée comme facilitateur (Milat et al., 2015), tout comme dédier des espaces et moments spécifiques à l'adaptation, l'apprentissage et aux capacités d'innovation (Côté-Boileau et al., 2019). Donner un caractère formatif aux activités de suivi et d'évaluation, et axer la démarche sur la résolution de problème et le soutien à l'innovation, seraient aussi favorables (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et al., 2014; Subramanian et al., 2011). La prise en compte des savoirs issus du terrain et une approche participative et adaptative misant sur des canaux de diffusion forts, le partage continu d'expérience et le réinvestissement des apprentissages réalisés dans l'action apparaissent également des éléments-clés de succès (Edwards, 2010, 2013; Gilson et Schneider, 2010; Simmons et al., 2007; Subramanian et al., 2011)

Envisager les processus de mise à l'échelle comme des systèmes adaptatifs complexes aiderait à comprendre comment s'y produisent des changements utiles, mais également le statut quo et des phénomènes imprévus (Edwards, 2010; Paina et Peters, 2012). Les aspects sociaux rattachés notamment aux réseaux et collaborations inter-organisationnels peuvent permettre d'assurer la fluidité à l'intérieur et entre les systèmes, et de favoriser le changement adaptatif nécessaire à la mise à l'échelle. La rigidité des systèmes associée à certaines hiérarchies de pouvoir peuvent au contraire nuire aux efforts pour maintenir des changements soutenus (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010).

2.1.2.5 Nature politique des processus de mise à l'échelle

Les politiques publiques sont socialement construites par et avec des acteurs aux valeurs, pouvoir, intérêts et points de vue potentiellement divergents et qui sont à négocier tout au long des processus de mise à l'échelle. Les réalités et visions multiples constituent un défi important en santé publique qui nécessite flair, alliances stratégiques, gestion flexible et engagement solidaire (Edwards, 2010; Gilson et Schneider, 2010). Au regard de la mise à l'échelle d'innovations de santé populationnelle, une volonté politique claire et un plaidoyer fort sont identifiés comme des facilitateurs. Il en va de

même pour une approche participative assurant autant l'engagement actif d'un éventail d'acteurs communautaires que l'adaptation de ces processus au contexte local (Milat et al., 2015). Les défis de la mise à l'échelle opérée dans une perspective d'impact accru et d'apprentissage se trouvent toutefois dans la complexité des processus sociaux, politiques et institutionnels reliée à cette présence d'acteurs de multiples communautés et organisations (Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011). Ceci est particulièrement significatif pour les innovations de promotion de la santé ayant des finalités d'équité, qui constituent des entités politiques où divers intérêts et pouvoirs sont en jeu (Potvin et McQueen, 2008). La négociation des visions et intérêts divergents commande une étroite relation entre les initiateurs des processus, les détenteurs d'enjeux et les éventuels bénéficiaires de l'action (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011).

Une responsabilité assumée de façon réciproque par l'ensemble des acteurs – plutôt qu'unilatéralement par les responsables de la mise à l'échelle – faciliterait la conduite du processus. La reconnaissance par l'ensemble des acteurs des bénéfices potentiels apportés par la valeur d'autonomisation, et le développement de nouvelles collaborations et capacités (Côté-Boileau et al., 2019) seraient également propices au succès de ces processus. Un enjeu particulier serait de garder le cap sur les objectifs de mise à l'échelle et pérennisation tout en étant sensible à des réalités contextuelles qui peuvent être assez éloignées de ce qui était attendu à prime abord (Edwards, 2010; Gilson et al., 2014; Gilson et Schneider, 2010; Okeyo et al., 2020). Une gouvernance solide (Milat et al., 2015) mais décentralisée faciliterait ces processus (Côté-Boileau et al., 2019). En outre, la considération des particularités et enjeux de la gouvernance intersectorielle des innovations de santé populationnelle (Larouche et al., 2021; Potvin et Clavier, 2013) pourrait s'imposer en rapport aux processus de mise à l'échelle; Côté-Boileau et collaborateurs (2019) soulignent notamment le manque de connaissances en rapport au rôle des bénéficiaires, citoyens et diverses parties prenantes des innovations dans ces processus.

En résumé, les conditions évoquées plus haut ressortent comme des déterminants significatifs du succès relatif des processus de *scaling-up*. Cependant, le moment ou les combinaisons appropriées de ces conditions ne font pas consensus dans la littérature (Côté-Boileau et al., 2019). De plus, les contextes nationaux et réalités des systèmes de santé, plus fragiles dans les pays à bas et moyen revenu, sont susceptibles d'amplifier significativement l'ampleur des obstacles rencontrés dans ces

processus (Milat et al., 2015). Greenhalgh et collaborateurs (2017) soulignent par ailleurs que les études sur les déterminants des processus de 3S – *spread* (expansion), *sustainability* (pérennisation) et *scale-up* (mise à l'échelle) – soit leurs obstacles et facilitateurs, sont un 'bon début' mais ne permettent pas de théoriser les échecs et réussites de ces processus. Diverses perspectives théoriques et modèles ont ainsi été développés ces dernières années, et offrent des possibilités de mieux comprendre et guider ces processus en explicitant davantage leurs mécanismes.

2.1.3 Cadres, modèles et approches théoriques à propos de la mise à l'échelle

Dans le contexte de l'intérêt relativement nouveau pour la mise à l'échelle en santé publique, la dernière décennie a vu naître un foisonnement de modèles, cadres conceptuels et approches théoriques visant à guider ceux-ci et en décrire les mécanismes (Brown et al., 2020; Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2017). Ces approches et modèles ont été élaborés dans contextes nationaux, organisationnels et multisectoriels très contrastés. Les processus de mise à l'échelle s'opèrent au sein de diverses réalités économiques, politiques et de systèmes de santé, dans ou à l'extérieur des organisations, et sont davantage circonscrits à ce seul secteur ou mobilisent au contraire plusieurs secteurs d'action gouvernementale et de la société civile (Bulthuis et al., 2019; Côté-Boileau et al., 2019; Milat et al., 2015; Milat et al., 2016; Simmons et al., 2007). Ces approches et modèles concernent également des interventions qui se distinguent tant par leur nature (programmes conçus sur le terrain ou interventions basées sur la recherche) (Thabane et al., 2019), leurs objets d'action (déterminants sociaux, facteurs de risques individuels, problèmes de santé spécifiques) que leurs finalités (par ex. amélioration de la santé populationnelle et l'équité, qualité et efficacité des soins aux individus) (Milat et al., 2016).

Concernant ces cadres, modèles et approches de mise à l'échelle, je distingue ici trois courants de recherche. **Le premier** met l'accent sur l'adaptation relative des processus de mise à l'échelle à leurs contextes. Il est en bonne partie constitué d'une littérature de santé internationale et mondiale (Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). **Le second** courant de recherche centre plutôt l'attention sur les interventions elles-mêmes – soit la *substance* des innovations (Côté-Boileau et al., 2019) portées à l'échelle, et la manière dont celles-ci sont « adoptées » par les acteurs dans leurs contextes de mise en œuvre. Ce courant est essentiellement composé de la littérature liée aux soins de santé individuels. **Le troisième** courant de recherche tend à amalgamer les éclairages

de la contextualisation des processus de mise à l'échelle et de l'adoption des innovations portées à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Subramanian et al., 2011) en des modèles qui articulent la relation entre les éléments de processus, d'innovations et de contexte. Ce troisième courant inclut plus spécifiquement des éclairages récents sur la mise à l'échelle d'interventions de santé populationnelle (Bulthuis et al., 2019; Milat et al., 2015).

Les modèles et approches présentés dans les prochaines sections illustrent les spécificités de ces trois courants de recherche sur la mise à l'échelle. Ils en reflètent certaines considérations, enjeux et débats particuliers au regard de la prise en compte de considérations sociales et de spécificités contextuelles, dans des processus de mise à l'échelle menés au sujet d'innovations portant sur des questions de santé et d'équité.

2.1.3.1 Processus et contextes

Le premier courant de recherche, relatif aux éclairages sur l'adaptation des processus de mise à l'échelle à leurs contextes, est principalement constitué d'écrits en santé internationale et mondiale (Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). Cette littérature concerne l'intérêt et l'aide de certains états pour des problèmes de santé vécus dans les pays à bas et moyen revenu, ou se concentre sur des problèmes qui transcendent les frontières nationales et affectent plus ou moins directement la santé (Koplan et al., 2009; Smith et al., 2006). Plusieurs initiatives de mise à l'échelle étudiées, qui ont été menées dans le contexte des OMD et des ODD (Organisation des Nations Unies, 2014; United Nations, 2015), sont financées dans le cadre de l'aide internationale offerte à des états ayant pour dénominateur commun des systèmes de santé plus ou moins accessibles ou précaires (Mangham et Hanson, 2010; Victora et al., 2004). Cette littérature soulève les aspects émergents ou 'préformatés' des processus de mise à l'échelle, associés alternativement à la réplique d'interventions modèles ou à des projets pilotes ponctuels. On y questionne également le développement de l'action dans les axes horizontal (à un même niveau de gouvernance) et vertical, soit au travers de niveaux de gouvernance allant du bas vers le haut (*bottom-up*) ou l'inverse (*top-down*). Cinq modèles représentatifs de cette littérature sont présentés ci-dessous.

1) Typologie des processus de mise à l'échelle par Carl Taylor (2001)

Carl Taylor est une figure majeure en santé internationale. Impliqué dans la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (Brown et Fee, 2011; Organisation mondiale de la Santé, 1978),

il s'est aussi intéressé aux processus de mise à l'échelle menés dans les pays à bas revenu au sujet de projets de développement communautaire. Taylor a proposé en 2001 (cité dans Chopra et Ford, 2005) une typologie de ces processus qui s'articule en quatre catégories, soit des approches par plan technique, d'explosion, additive et organique.

L'approche par **plan technique** implique des experts pour la sélection et la réplique d'interventions fructueuses, qui est planifiée à l'extérieur des contextes de mise en œuvre. L'approche privilégie des balises et objectifs précis, une supervision stricte et des incitatifs favorisant l'obtention rapide de résultats. Il s'agit d'une procédure couramment employée en santé publique, mais qui soulève des questions de validité externe et de transférabilité des résultats (Cambon et al., 2013; Cambon et al., 2010). L'approche d'**explosion** implique que des interventions soient sélectionnées pour devenir des priorités nationales. On alloue à celles-ci des ressources importantes et favorise un contrôle serré et une gestion hiérarchique verticale. Cette approche est susceptible de combler des lacunes d'infrastructure et de favoriser la mobilisation sociale, mais peut nuire au renforcement des systèmes locaux si elle ignore leurs priorités. L'approche **additive**, stimulée et financée par des organisations non gouvernementales, consiste plutôt en un lent processus ascendant (*bottom-up*) culturellement adapté qui s'effectue au rythme de la communauté, et où l'on vise le transfert progressif du contrôle des projets au niveau local. La dépendance financière et matérielle des acteurs peut toutefois nuire à ce transfert, et un processus descendant (*top-down*) peut être requis pour faciliter la mise à l'échelle et l'intégration de l'intervention dans un système national. Enfin, l'approche **organique** est fondée avant tout sur les atouts des communautés. On y identifie des projets communautaires autonomes réussis, et encourage chaque communauté à devenir un terreau de croissance rapide. Des agents externes sont chargés de soutenir des environnements favorables, l'autonomisation communautaire et le partage d'expériences.

La typologie des processus de mise à l'échelle de Taylor illustre des positions contrastées sur la manière de voir la mise en œuvre d'interventions et le rapport au contexte. Elle illustre un continuum de perspectives sur la mise à l'échelle, allant de visions davantage préformatées à des processus émergents et adaptatifs. Cette typologie s'apparente à celle de Peter Uvin du champ des *development studies* (Uvin, 1995; Uvin et al., 2000), qui insiste sur ces mêmes éléments.

2) Mise à l'échelle vue par Uvin et collaborateurs (1995, 2000) : une typologie issue des 'development studies'

Peter Uvin envisage les processus d'expansion quantitative de projets en quatre voies distinctes: 1) la réplication d'interventions fructueuses par des personnes extérieures formées; 2) l'intégration d'interventions participatives dans les systèmes organisationnels pour accroître leur impact et leur durabilité; 3) la diffusion progressive de projets par leur adoption plus ou moins spontanée; et 4) une *nurture methodology* de croissance des projets allant du 'bas' (pratiques terrain) vers le 'haut' (paliers décisionnels), soit une perspective *bottom-up* favorisant l'engagement des communautés locales et le renforcement de l'action communautaire (Baum, 2007; Minkler, 2010; Nyongato et al., 2005; Springett, 2010). Il s'agit d'une stratégie couramment utilisée en promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

3) Subramanian et collaborateurs (2011) : dynamique interactive de la mise à l'échelle et apprentissage social

Dans le contexte des OMD, plusieurs auteurs ont émis des réserves au regard d'une approche de mise à l'échelle par plan technique centrée sur l'atteinte rapide d'objectifs de couverture, des cibles de résultats peu flexibles et une réplication relativement uniforme des interventions d'un pays à l'autre (Gilson et Schneider, 2010; Mangham et Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). Cette approche essentiellement rationnelle des processus de mise à l'échelle, impliquant une planification préalable et standardisée (Chopra et Ford, 2005; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011) et une gestion centralisée et procédurale, a été critiquée pour ses résultats peu fructueux et ses préconceptions de causalité linéaire des déterminants et prédictibilité des résultats de santé (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011). Il a été proposé de s'inspirer davantage d'avancées conceptuelles et éclairages théoriques relatifs à l'apprentissage collectif, susceptibles de favoriser un impact accru et plus soutenu des actions (Chopra et Ford, 2005; Gilson et Schneider, 2010; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011).

Face au constat que près de la moitié des pays engagés dans des actions liées aux OMD (Organisation des Nations Unies, 2014) n'étaient pas en voie d'atteindre leurs objectifs, et en

l'absence d'utilisation de modèles ou théories du changement pour les processus de mise à l'échelle, Subramanian et collaborateurs (2011) ont mené une revue systématique de la littérature pour apporter certains éclairages conceptuels utiles à ces processus. Le but était de recenser des cadres ou modèles et leçons apprises de la mise à l'échelle de programmes de santé de pays à bas et moyen revenu utiles à la poursuite des OMD. Sur la base des caractéristiques communes de six cadres et modèles recensés, issus d'études d'innovations et de projets pilotes [dont ceux d'Uvin (1995) cité plus haut et de Rogers (1995) abordé en section 2.1.3.], les auteurs caractérisent ces manières de mener les processus d'expansion en rapport à celles des OMD. L'analyse compare cinq dimensions-clés de la mise à l'échelle : la signification du processus, les ressources nécessaires et les perspectives de planification, de mise en œuvre, et de suivi-évaluation.

Dans les cadres et modèles recensés, la **signification** de la mise à l'échelle est centrée sur l'*impact* du processus à moyen et long terme plutôt que sa *couverture* à plus court terme, et sur la durabilité dans des dimensions fonctionnelle, organisationnelle et politique, plutôt qu'uniquement quantitative. On y favorise aussi des approches contextualisées plutôt que des préconceptions de validité externe des interventions. En plus des aspects financiers, les **ressources** et capacités d'absorption considérées sont d'ordre légal, politique, humain et organisationnel, et définies notamment en termes de contextes physiques (installations), et de valeurs, climat, leadership et vision stratégique plus ou moins favorables aux nouveaux apprentissages. On y souligne l'importance de l'équilibre entre, d'une part, les visions et besoins des bénéficiaires, et d'autre part les caractéristiques des services, capacités organisationnelles et processus décisionnels. La **planification** émane des éclairages apportés par des acteurs-clés, les apprentissages par l'action et le réinvestissement continu de ceux-ci dans le processus, plutôt que d'être basée sur l'excellence d'une planification externe *a priori* que l'on adapte localement (Subramanian et al., 2011). La **mise en œuvre**, plutôt que d'être gérée du haut (paliers décisionnels) vers le bas (terrain), assumant ainsi une qualité constante des activités, s'inscrit dans une perspective participative centrée sur l'adaptation et l'accroissement de capacités du bas vers le haut. Des apprentissages systématiques et ajustements progressifs sont réalisés dans des activités techniques, politiques, sociales et économiques qui sont définies durant le processus. Enfin, **l'évaluation et la surveillance** sont axées sur la *résolution* de problème par l'observation, les récits, les échanges rétroactifs et l'interprétation, plutôt que sur le *statut* du problème et les enquêtes, communications écrites et analyses statistiques.

Le cadre de Subramanian et collaborateurs, qui contraste les éclairages de différents modèles liés aux innovations avec la manière ‘préformatée’ dont sont menés les processus de mise à l’échelle dans les OMD, met de l’avant une dynamique collective interactive de ces processus. Cette dynamique, ancrée dans les contextes et l’apprentissage par l’expérience, est avancée par les auteurs comme potentiellement plus porteuse pour l’atteinte des OMD (Subramanian et al., 2011).

4) Chopra et Ford (2005) : développement communautaire et droits humains

Dans une optique de promotion de la santé mondiale axée sur l’équité et les droits humains, Chopra et Ford (2005) proposent d’envisager la mise à l’échelle de programmes de santé comme un processus d’association stratégiquement planifié entre des acteurs étatiques et la société civile. Cette approche de la mise à l’échelle est basée sur l’adoption de la définition de l’ONU des droits de l’homme : celle-ci concerne la conduite des individus et l’organisation des institutions sociales qui facilitent ou garantissent les capacités et libertés nécessaires au développement humain. La mise à l’échelle ainsi envisagée s’opère au travers d’un partage d’expérience vu comme un puissant processus d’apprentissage collectif.

Afin de répondre aux enjeux d’engagement communautaire observés dans la mise à l’échelle de nombreuses initiatives de santé de pays à faible et moyen revenu (VIH-SIDA, malaria, tuberculose, etc.), l’approche propose de délaisser les modèles essentiellement basés sur la diffusion de messages de promotion de la santé et l’augmentation de services standardisés dans une bureaucratie centralisée, qui dictent ce que les gens devraient vouloir et comment ils devraient se comporter. Plutôt que ces modèles basés sur la croyance que les gens prennent des décisions rationnelles en fonction des informations dont ils disposent, les auteurs favorisent un engagement *avec* les communautés pour réellement comprendre les pratiques et préférences locales, et leurs tenants et aboutissants. L’approche implique une programmation en quatre étapes principales, qui consistent à :

- 1) effectuer une analyse causale approfondie du problème, basée sur le plaidoyer, la mobilisation sociale et la recherche participative;
- 2) effectuer une analyse de rôles et relations pour situer les personnes-clés et leurs responsabilités en rapport au problème, ceci auprès d’une diversité d’acteurs de la communauté (citoyens, leaders communautaires, autorités municipales, etc.), tous à la fois porteurs de droits et d’obligations;

- 3) effectuer une analyse de « capacité » identifiant les raisons pour lesquelles les détenteurs d'obligations faillent à leurs responsabilités (évaluation systématique des responsabilités des acteurs et de leurs motivations, leadership, autorité, ressources, et capacités de communication, décision et apprentissage);
- 4) identifier des actions potentielles en favorisant le consensus de manière participative, et en renforçant à la fois les capacités à revendiquer des droits et à s'acquitter de devoirs.

Cette approche participative de développement communautaire n'est pas sans défis. Les difficultés concernent par exemple les différences de valeurs et expériences entre les acteurs (dont les perceptions des capacités communautaires), les rôles et responsabilités, notamment ceux de l'état et de la communauté, la décentralisation des actions, et le manque de canaux de communication avec les plus démunis, susceptible d'augmenter les inégalités sociales. L'accroissement de valeurs et visions communes peut toutefois être supporté par des principes de solidarité, autodétermination, inclusion, justice sociale, et valorisation de positions contrastées qui sous-tendent l'approche et sont utiles pour développer des solutions adaptées aux droits humains (Benatar, 2016). Néanmoins, cette approche a été critiquée pour sa vision idéaliste qui ignore les inégalités sociales, dont le fait que la vie et les pratiques des individus sont socialement ancrées et structurées par des relations de pouvoir et des significations qui sont constamment négociées et renégociées (Braun, 2015; Chopra et Ford, 2005). Pour parvenir à ses fins, ce type d'intervention doit être davantage qu'un exercice communautaire, et être conduit du niveau local au niveau mondial, en faisant l'objet d'un engagement politique explicite de la part d'organisations internationales telles que l'ONU (Chopra et Ford, 2005).

5) Paina et Peters (2012) : des perspectives de systèmes complexes

Face aux écueils des OMD, et afin d'offrir aux populations en besoin des services de santé davantage efficaces, efficients et équitables, Paina et Peters (2012) ont pour leur part proposé d'analyser les processus de mise à l'échelle sous l'angle de la complexité. La mise à l'échelle est envisagée par ces auteurs comme un processus dynamique plus ou moins prévisible d'expansion et pérennisation de couverture et de renforcement de capacités organisationnelles, financières et de gestion, dans des systèmes de nature complexe et changeante. Le concept de 'systèmes complexes adaptatifs' (SCA) est suggéré pour analyser les comportements liés à la mise à l'échelle dans les systèmes de santé de pays en développement. Appliqué à l'objet de la mise à l'échelle, le concept

de SCA implique de délaisser une vision linéaire et prévisible (par plan technique) de ces processus pour adopter une perspective ‘d’incertitude’ ; celle-ci permet d’embrasser les caractéristiques émergentes et de reconnaître l’unicité du contexte local, de même que la dynamique singulière de l’implantation en contexte. Cette perspective analytique, utilisée notamment en épidémiologie et dans la littérature organisationnelle et de politiques publiques de pays à haut revenu, est considérée par les auteurs innovante et prometteuse pour l’étude des processus de mise à l’échelle menés dans les pays à bas et moyen revenu, susceptibles de bénéficier des avancées des modèles et méthodes proposés.

Les auteurs suggèrent notamment d’explorer l’incidence de phénomènes tels que : la dépendance à une trajectoire particulière, qui fait en sorte que certaines conditions initiales et choix mineurs en cours d’action peuvent avoir des effets importants; les comportements émergents liés aux interactions complexes des systèmes, et qui ‘structurent’ et restructurent ceux-ci ; et les effets de rétroaction, où les résultats de certains processus réintégrés dans le système créent des cercles vicieux ou ‘vertueux’. Ces phénomènes pourraient par exemple être considérés dans les phases de planification de la mise à l’échelle en cartographiant le réseau d’acteurs et créant des conditions d’émergence du changement, plutôt qu’en ‘planifiant’ celui-ci; en favorisant l’adaptation, l’apprentissage continu et la flexibilité, et facilitant le dialogue et la création de liens par différents moyens dans les phases de mise en œuvre et monitoring; et en documentant les effets inattendus de la mise à l’échelle dans l’évaluation de ces processus. En bref, une vision de SCA implique d’accorder d’emblée davantage d’attention aux particularités du contexte local, aux dynamiques organisationnelles et aux incitatifs susceptibles de modifier favorablement le cours des événements. Cet éclairage théorique s’intéresse aux possibles conséquences négatives des actions posées, et favorise l’engagement d’acteurs-clés et l’utilisation transparente des données du monitoring pour l’adaptation et la résolution continue des problèmes dans l’action (Paina et Peters, 2012).

Plus largement, les sciences de la complexité promeuvent une vision holistique des systèmes, considérant ceux-ci comme ayant des frontières floues, et étant ouverts et en adaptation constante avec leur environnement (Jayasinghe, 2011). Les tenants des perspectives des systèmes complexes voient celles-ci et leurs concepts comme pouvant être utilisés de manière flexible, aidant à embrasser des réalités ‘désordonnées’ et examiner des problèmes complexes d’une manière plus

adaptée, et soutenant des ‘intuitions’ et actions potentiellement plus utiles. Une perspective de systèmes complexes s’éloigne d’une vision réductionniste, linéaire et hiérarchique des systèmes, et implique que la définition des plans d’action dépende fortement du contexte (Ramalingam et al., 2008).

Dans une perspective de SCA, la santé populationnelle est envisagée comme une propriété émergente de systèmes dynamiques comportant de nombreuses interactions non linéaires entre différents sous-systèmes et agents interconnectés. Les SCA étant caractérisés par l’auto-organisation et une redéfinition constante des rôles, les stratégies d’intervention prennent en compte la diversité des acteurs, des déterminants et des contextes. Ces stratégies doivent comporter plusieurs volets, mobiliser les connaissances et perspectives de diverses disciplines, et inclure des rétroactions précoces et soutenues favorisant l’adaptation de l’action aux enjeux dynamiques rencontrés (Jayasinghe, 2011). Une voie jugée intéressante pour comprendre la complexité des interrelations entre les connaissances et idées est celle de l’analyse des réseaux et relations (Ramalingam et al., 2008), dont les applications aux interventions seront abordées plus loin (section 2.1.3.2).

Les perspectives des systèmes complexes ont été critiquées entre autres pour le fait qu’elles n’ajoutent rien de très nouveau à d’autres approches traitant de la compréhension de phénomènes sociaux (Ramalingam et al., 2008). Pour certains, la popularité de ces perspectives serait moins liée à leur valeur inhérente qu’au besoin actuel de mieux comprendre un monde de plus en plus interconnecté et incertain (Ramalingam et al., 2008). En santé publique, cette incertitude se manifeste toutefois au regard des connaissances elles-mêmes, dont l’accroissement ne se traduit pas nécessairement par plus de prévisibilité et de contrôle, mais plus de complexité et de doutes quant à l’impact de l’action ou ses effets collatéraux (Potvin et al., 2007).

2.1.3.2 ‘Adoption’ des interventions portées à l’échelle

Le second courant de recherche sur la mise à l’échelle apporte des éclairages sur la manière dont les interventions sont plus ou moins ‘adoptées’ par les acteurs des contextes de mise en œuvre. Ces éclairages proviennent essentiellement de la littérature relative aux soins de santé individuels, qui s’intéresse plus largement aux 3S, donc non seulement à la mise à l’échelle mais aussi aux processus d’expansion (*spread*) et pérennisation (*sustainability*). Il y est plus spécifiquement question des caractéristiques de la ‘substance’ des innovations (Côté-Boileau et al., 2019;

Greenhalgh et al., 2017), notamment des produits ou technologies plus ou moins tangibles et malléables que l'on cherche à intégrer dans les routines des organisations de santé; ayant pour but d'améliorer la qualité des soins, ceux-ci impliquent de nouvelles modalités de travail. Des adaptations - envisagées de façon plus ou moins 'mutuelle' selon les auteurs - doivent s'opérer entre cette 'substance' et leurs organisations réceptrices, qui sont caractérisées par des attributs, antécédents et pratiques spécifiques (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2017; Shaw et al., 2017). Cinq modèles issus de la littérature de soins de santé sont présentés ci-dessous.

1) *Greenhalgh et collègues (2004) : expansion et mise en œuvre des innovations de santé*

Le cadre de Greenhalgh et collaborateurs (2004) s'intéresse aux questions de diffusion, expansion et pérennisation d'innovations de différentes nature dans les organisations de services de santé. Les auteurs n'y abordent pas précisément la question de la mise à l'échelle; ce processus est pris en compte dans des travaux de recherche ultérieurs (Greenhalgh et al., 2017)¹². Le modèle conceptuel présenté est le fruit d'une imposante revue méta-narrative¹³ des écrits dans divers domaines et traditions de recherche. Il représente une tentative de combinaison d'une vaste littérature diversifiée en un seul cadre unifiant susceptible de guider l'action. Les auteurs rendent compte de la variété des perspectives recensées sur un continuum allant d'une approche des processus naturelle et émergente, qualifiée d' 'adaptative' et 'auto-organisée', à une approche managériale 'scientifique' programmée et régulée, de systèmes dits 'correctement gérés'. On y considère notamment les apports conceptuels des *development studies*, s'intéressant au rapport des innovations avec leurs contextes; de la promotion de la santé, avec ses approches participatives de co-construction des interventions, plutôt que leur transmission unidirectionnelle; de l'*Evidence-based Medicine*, ayant à prime abord adopté une perspective relativement linéaire et individuelle de ces processus; de perspectives des systèmes complexes (mentionnées plus haut); et de divers courants de la littérature organisationnelle.

Le modèle prend particulièrement appui sur les premières études ayant eu pour objet la 'diffusion' des innovations envisagée au travers des réseaux, ceci dans les domaines de la sociologie médicale (nouvelles pratiques); du marketing (décision rationnelle); des *communication studies* (nouveaux

¹² Ce modèle présenté plus bas dans cette même section

¹³ Décrite par ses auteurs comme une 'technique de narration' à propos de programmes de recherche développés dans des traditions scientifiques particulières

moyens liés à l'information); et plus spécifiquement de la sociologie rurale (innovations technologiques), soit des travaux de Rogers (1995), qui sont décrits plus bas dans cette section. Le modèle, qui illustre des déterminants de 'diffusion' (processus passif d'expansion), de persuasion d'adoption (efforts actifs) et de 'mise en œuvre' des innovations (efforts d'intégration au sein d'une organisation), comporte les éléments suivants :

- *l'innovation* et ses caractéristiques et attributs-clés : nature, avantage relatif, compatibilité avec les valeurs, normes et besoins du milieu, complexité, etc.;
- le *système d'utilisateurs*, caractérisé par : ses antécédents (structure, capacité d'apprentissage, réceptivité face au changement, etc.), son état de préparation (tension de changement, ajustement système-innovation, ressources, etc.), ses possibilités d'adoption et assimilation (liées aux besoins, motivations, valeurs et objectifs, compétences, styles d'apprentissage, réseaux sociaux, etc.), ses possibilités de mise en œuvre (leadership, gestion, décision, formation, collaborations, etc.), et ses possibilités de conséquences (qui s'inscrivent comme nouveaux antécédents du système);
- le *système de ressources* : coûts, ressources humaines, temps, etc.;
- les *fournisseurs de connaissances et agents de changement*, qui exercent leur rôle dans la diffusion davantage passive ou l'expansion plus active et planifiée;
- les *liens entre les systèmes* (liés aux utilisateurs, ressources, fournisseurs de connaissances, agents de changement), qui président aux phases de préparation et mise en œuvre de l'innovation;
- et le *contexte extérieur* : climat socio-politique, mandats et incitatifs, normes et réseaux inter-organisationnels, stabilité environnementale.

D'autre part, les auteurs y définissent – sans toutefois l'intégrer formellement au modèle – la notion de *pérennisation* comme le fait de rendre routinière une innovation jusqu'à ce que celle-ci devienne obsolète (Greenhalgh et al., 2004). Dans ce cadre qui a ouvert la voie à des travaux ultérieurs des auteurs intégrant l'étude des processus de mise à l'échelle (Greenhalgh et al., 2017), le système d'utilisateurs, avec ses attributs et dynamiques particuliers, est conçu comme pouvant entraver ou faciliter les processus étudiés. Les auteurs soulignent par ailleurs que le *sens* attaché aux innovations par les acteurs peut être négocié et recadré de différentes manières dans et à l'extérieur de l'organisation, et que les efforts de recadrage du sens produisent des résultats variables et difficiles à prévoir (Greenhalgh et al., 2004). Le but ultime est ici d'intégrer les innovations dans

les organisations, alors qu'on remet peu en question leur valeur intrinsèque ou leur pertinence au regard de ces contextes.

2) Rogers et la 'diffusion des innovations'

Greenhalgh et collaborateurs (2004) s'intéressent particulièrement à Rogers (1995) et son concept de 'diffusion des innovations', où ces dernières sont définies comme des idées ou pratiques perçues comme nouvelles par des 'praticiens' (provenant à la base de l'agriculture, mais ensuite de différents domaines) (Rogers, 2004). La diffusion des innovations est envisagée en tant qu'idées véhiculées entre les gens, en grande partie par imitation relativement passive (Bisset et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Fréquemment cité en rapport à la littérature sur la mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Edwards, 2010; Milat et al., 2013; Subramanian et al., 2011), Rogers a d'abord cherché avec ce modèle, ainsi que par l'étude des réseaux sociaux, à expliquer *comment, pourquoi et à quel rythme* les nouvelles idées et technologies s'infiltrent et se diffusent à travers les cultures, en s'intéressant aux caractéristiques des innovations, et leurs canaux de communication et systèmes 'récepteurs', ainsi qu'à l'aspect temporel de leur diffusion (Greenhalgh, 2004; Subramanian et al., 2011). Rogers introduit notamment la notion de réseaux *horizontaux* et *verticaux* de diffusion, les premiers étant décrits comme d'une plus grande efficacité pour répandre l'influence des pairs et construire et recadrer le sens des innovations, et les seconds comme facilitant le passage d'informations 'codifiées' et l'officialisation des décisions (Greenhalgh et al., 2004).

Quoique le modèle de Rogers ait fourni de solides bases de connaissances sur les facteurs techniques et sociaux qui déterminent la diffusion et l'adoption d'une amélioration technologique, il a été critiqué pour sa vision à prime abord individualiste des processus, sa conception relativement passive et 'fixe' des individus, autant que des innovations (Bisset et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Lundblad, 2003; Lyytinen et Damsgaard, 2001). Au regard des programmes, on a aussi reproché à ce modèle la division artificielle qu'il instaure entre ceux-ci et leurs contextes de mise en œuvre (Bisset et al., 2009). L'insuffisance de prise en compte d'aspects changeants de sens, d'apprentissages humains, de capacités d'agence et de transformation des innovations a été soulignée par différents auteurs (Bisset et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Lundblad, 2003; Lyytinen et Damsgaard, 2001); les modèles de diffusion offrent des moyens limités pour comprendre la manière dont les innovations sont 'interprétées' et transformées par les acteurs (Bisset et al., 2009).

Le modèle de Rogers a toutefois été complexifié avec le temps et fait l'objet d'intéressants développements notamment dans le domaine du développement organisationnel (Leeuw et al., 2008; Rogers et al., 2005). Des perspectives contemporaines¹⁴ abordent la diffusion et l'expansion des innovations comme un processus d'échange et de construction sociale de significations et valeurs qui leur sont attribuées, processus influencé par les propriétés des innovations et différents facteurs contextuels jouant un rôle dans leur acceptabilité ; ces facteurs sont par exemple liés à la gestion organisationnelle, la diversité locale et la communication au sein et entre les contextes impliqués (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017).

3) Greenhalgh et collaborateurs : cadre théoriquement informé des '3S' d'innovations technologiques

En continuité avec ces travaux (2004), Greenhalgh et collaborateurs (2017) ont par la suite élargi la réflexion aux processus de 3S,¹⁵ spécifiquement en lien avec l'intégration de technologies dans les programmes de santé. Le but des auteurs était de proposer un cadre accessible et utile à la pratique de ces processus, à la fois issu d'expériences terrain et fondé sur la théorie. Élaboré sur la base d'une revue systématique de littérature et d'études de cas multi-niveaux concernant six programmes de soins de santé supportés par la technologie, le cadre *Nonadoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability* (NASSS) théorise spécifiquement les *échecs* liés à ces processus, et en dégage des leçons au travers de questions proposées aux utilisateurs. Le cadre se décline en 7 domaines de questions qui concernent la condition de santé visée; la technologie utilisée; sa valeur ajoutée; le système 'd'adoptants' (niveau 'micro'); le système organisationnel (niveau 'mésos') ; le contexte institutionnel et sociétal (niveau 'macro'); et l'interaction entre les six domaines précédents. À ces domaines sont associés un éventail de défis qualifiés de simples, compliqués ou complexes qui permettent au final de juger du potentiel d'intégration des innovations dans les organisations. Le NASSS a pour ambition d'identifier les technologies les plus prometteuses, de planifier les processus de 3S, d'affronter leurs défis au fil du temps et d'apprendre des échecs éventuels en exerçant un monitoring participatif et réflexif. À la lumière de ce cadre, les innovations technologiques qui s'avèrent complexes à différents égards ont peu de chances de succès.

¹⁴ Processus de *spread* (expansion), mise à l'échelle et *sustainability* (pérennisation), mentionnés en section 2.1.3.3

¹⁵ Voir section 2.1.1.2 sur les approches à la mise à l'échelle pour la définition de ces termes

Bien que le NASSS mette l'accent sur l'apprentissage et la réflexion dans l'action, et que l'on y considère les propriétés symboliques des innovations et non uniquement matérielles, et la pertinence des innovations au regard de leurs contextes, le but de ce cadre sur les processus de 3S demeure de soutenir la décision d'intégrer ou rejeter des innovations technologiques qui sont envisagées comme étant relativement fixes. La finalité demeure d'adopter ou abandonner celles-ci plutôt que de chercher comment elles pourraient être (où ont été fructueusement) intégrées dans les habitudes personnelles et les routines collaboratives profanes et professionnelles (Shaw et al., 2017). Le NASSS apparaît ainsi peu adapté à la nature flexible et évolutive des innovations de santé populationnelle (Figueiro et al., 2016; Minary et al., 2018) que l'on souhaite porter à plus grande échelle, et qui sont socialement transformées pour répondre aux spécificités contextuelles (Larouche et al., 2021; Thabane et al., 2019). Ce modèle pourrait également amener à envisager de façon d'emblée assez pessimiste leur mise à l'échelle, vue leur fréquente et inhérente complexité (Milat et al., 2015; Minary et al., 2018).

4) Lanham et collaborateurs : des systèmes complexes 'à orienter'

Lanham et collaborateurs (2013) utilisent pour leur part une perspective de systèmes complexes sur l'expansion et la mise à l'échelle des innovations qu'ils appliquent à deux cas de technologies de soins. Ces auteurs soutiennent que si les processus d'auto-organisation propres aux systèmes complexes ne peuvent être entièrement contrôlés, ils peuvent néanmoins être 'orientés'. Les résultats de l'étude démontrent que ces processus s'avèrent facilités par l'utilisation de stratégies d'amélioration d'interdépendances et de création de sens entre les parties prenantes, ce qui augmente la probabilité de propager des pratiques efficaces dans divers contextes (Lanham et al., 2013).

5) Shaw et al (2017) : pertinence des théories de la pratique sociale

Enfin, dans une étude comportant des volets théoriques et empiriques, Shaw et collaborateurs (2017) avancent la pertinence des théories de la pratique sociale pour l'étude de la mise à l'échelle de technologies utilisées dans des environnements de soins de santé. De façon générale, des perspectives telles que celles de pratique sociale de Bourdieu, de l'acteur-réseau de Callon et Latour, du *sensemaking* technologique de Weick et de la structuration de Giddens illustrent que l'utilisation soutenue des technologies dépend d'actions contingentes et de jugements localement

situés de leurs utilisateurs potentiels. Ces actions et jugements sont eux-mêmes influencés par différents facteurs contextuels qui composent la réalité des acteurs (Shaw et al., 2017).

À la lumière de la théorie de la structuration de Giddens (1984), l'analyse d'un cas d'utilisation d'une technologie de positionnement par des professionnels de santé avec des personnes atteintes de démence mène les auteurs à trois constats : la pratique professionnelle est d'emblée orientée vers l'excellence et l'aspect éthique des soins à des personnes vulnérables plutôt que la mise en œuvre de la technologie elle-même; le bon fonctionnement de la technologie repose fortement sur les relations humaines et connaissances situationnelles; et au-delà de son 'adoption' par les individus, la technologie doit être intégrée dans des réseaux 'socio-techniques' (incluant des objets, des personnes et leurs interrelations) qui démontrent des habitudes et routines collaboratives autant profanes que professionnelles. Au-delà des éclairages apportés par Giddens, il ressort de l'analyse menée par ces auteurs que des perspectives théoriques incluant la co-construction de sens entre différents acteurs dans des réseaux *socio-techniques* – comportant des objets et humains interreliés – favoriseraient des éclairages intéressants sur la mise à l'échelle (Shaw et al., 2017). La *théorie de l'acteur-réseau* (TAR) (Akrich et al., 2002; Callon, 1986; Callon et Ferrary, 2006; Latour, 2005; Potvin et Clavier, 2012) est présentée comme l'une des perspectives potentiellement utiles.

La TAR (sociologie de l'innovation ou de la traduction) a été mobilisée en promotion de la santé pour éclairer les processus de mise en œuvre des innovations (Bisset et al., 2009; Bisset et Potvin, 2007; Bisset et al., 2013), et pour avancer certaines propositions théoriques et méthodologiques 'sociologiquement informées' au sujet d'interventions complexes (Bilodeau et Potvin, 2016); la sociologie de l'innovation peut permettre de mieux appréhender les processus liés aux interventions qui réunissent une multiplicité d'acteurs (Bilodeau et Potvin, 2016; Bisset et al., 2009; Bisset et al., 2013). Dans la TAR, une innovation sous la forme d'une intervention ou d'un programme, est conceptualisée comme un « réseau qui est construit à partir d'un besoin de corriger ou d'améliorer une situation pratique » (traduction libre de Bisset et al., 2009, p.558). Compte tenu du besoin évoqué plus haut de tenir compte de la nature sociale des processus de mise à l'échelle, adopter cette vision des innovations comme des réseaux d'acteurs interconnectés (humains et non humains) apparaît un bon point de départ pour la conceptualisation de la mise à l'échelle (Larouche et al., 2021).

2.1.3.3. Mise à l'échelle, innovations et contexte : amalgame de perspectives, spécificités de santé populationnelle

Cette section présente les modèles et perspectives du troisième courant de recherche sur la mise à l'échelle, qui amalgame la littérature relative au rapport de ces processus au contexte (Chopra et Ford, 2005; Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995), et celle davantage orientée vers l'adoption ou l'intégration des innovations par les acteurs (Greenhalgh et al., 2017; Shaw et al., 2017)¹⁶. Les modèles présentés articulent la relation entre trois éléments : les innovations, leurs processus de mise à l'échelle et les contextes dans lesquels ceux-ci s'actualisent (incluant différents acteurs). Ils entrevoient cette relation avec plus ou moins de fluidité, et spécifiquement ou non au regard d'interventions de santé populationnelle, soit de politiques, règlements, projets ou programmes plus ou moins complexes qui s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé et à la répartition des risques sanitaires et inégalités dans des collectivités (Hawe et Potvin, 2009; Milat et al., 2015). Les trois modèles illustrés ont des façons distinctes de concevoir les questions d'adoption ou de transformation relative des innovations en rapport à la spécificité des contextes, qui sont ici mises en relief.

1) Cadre conceptuel Expandnet/Who (2010)

Le Cadre conceptuel pour le 'passage à grande échelle' WHO/ExpandNet (WHO et ExpandNet, 2010a), s'appuie sur des travaux antérieurs des membres de l'organisation menés dans divers pays, la recherche sur la mise à l'échelle et l'opinion d'experts. Ce cadre générique est abondamment cité dans la littérature de santé publique (Brown et al., 2020; Côté-Boileau et al., 2019). Il est structuré en quatre éléments de base et cinq domaines de choix stratégiques sur le processus de mise à l'échelle qui sont considérés devoir être systématiquement analysés afin de formuler une stratégie adaptée au contexte.

Les 'éléments de base' concernent l'innovation elle-même, les organisations utilisatrices, l'équipe d'appui au processus et le contexte plus général. Ce dernier se décline en aspects politiques et d'administration, secteurs et institutions pertinents, conditions socio-économiques et culturelles, et besoins, points de vue et droits de la population. Les domaines où des choix stratégiques doivent être opérés ont trait au type de mise à l'échelle préconisé (expansion horizontale, verticale,

¹⁶ dans le cadre de la mise à l'échelle et plus largement des processus 3S

fonctionnelle, spontanée), aux mécanismes de diffusion et de plaidoyer, au processus organisationnel envisagé, aux coûts et ressources ainsi qu'aux mécanismes de suivi et d'évaluation.

L'élaboration d'une stratégie contextuellement adaptée s'opère en neuf étapes, qui comportent chacune des questions particulières à propos des éléments et domaines susmentionnés pour permettre de spécifier les actions à mener. Selon l'analyse, celles-ci peuvent viser à accroître la *scalability* de l'intervention réalisée à petite échelle - soit sa capacité à être étendue pour atteindre une plus grande proportion de la population en maintenant son efficacité (Milat et al., 2013), à renforcer la capacité de l'organisation utilisatrice et de l'équipe d'appui au processus, à évaluer le contexte général pour augmenter les chances de succès, ou à faire des choix de type de mise à l'échelle préconisé pour l'intervention, soit davantage *vertical* (relié à son institutionnalisation) ou horizontal (relié à son extension ou reproduction), et davantage fonctionnel ou spontané. Ces étapes permettent ensuite d'élaborer la stratégie globale de mise à l'échelle et les étapes à venir.

Le cadre WHO/ExpandNet favorise une réflexion détaillée et approfondie sur la mise à l'échelle et ses éléments contextuels et de gestion, de nature davantage technocratique ou contextualisée; il reflète la prise en compte d'une diversité de perspectives sur le processus, et intègre, au travers de domaines de choix stratégiques, un continuum de visions sur la mise à l'échelle (Greenhalgh et al., 2004), allant d'une gestion très centralisée, préalablement planifiée et fixe à une approche très décentralisée, adaptative et participative. Il offre toutefois peu d'avenues concrètes sur la manière dont on peut, dans la mise à l'échelle, tenir compte et mieux définir les adaptations à effectuer au contenu des innovations pour assurer leur adéquation au contexte. Il n'apporte pas non plus de réponses sur la manière de négocier le sens qu'on accorde aux innovations, ou sur des moyens favorisant l'apprentissage social.

2) *Guide méthodologique de Milat et collaborateurs (2016)*

Comme le cadre ExpandNet, le cadre de Milat et collaborateurs (Milat et al., 2015) est aussi fréquemment cité dans la littérature de santé publique (Brown et al., 2020; Côté-Boileau et al., 2019). Développé via une revue systématique des modèles de mise à l'échelle et d'une méthode Delphi¹⁷ avec panel d'experts, ce cadre est spécifiquement conçu pour les interventions de santé

¹⁷ Méthode d'enquête flexible et itérative basée sur l'anonymat des interviewés, l'administration répétée de questionnaires et la rétroaction, qui aide à obtenir un consensus sur certaines questions d'intérêt.

Ekionea, J. B., Bernard, P. et Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.

communautaire ou populationnelle. Il vise à orienter les choix méthodologiques liés à des processus de mise à l'échelle menés dans les pays à haut revenu, en considérant autant ce qui est faisable que souhaitable.

Les processus de mise à l'échelle y sont envisagés en quatre étapes qui consistent à :

1) évaluer la *scalability*¹⁸ de l'intervention, selon : ses données d'efficacité et taille d'effet provenant d'études expérimentales contrôlées (efficacité 'potentielle') ou en situation naturelle (efficacité 'réelle'); son potentiel de portée et adoption; son alignement avec le contexte stratégique (orientations politiques); et son acceptabilité et faisabilité (ressources, temps requis, visions des parties prenantes);

2) développer un plan pratique du processus de mise à l'échelle, qui inclut : la description de l'intervention et la justification de son expansion ; une analyse situationnelle sociale, politique et organisationnelle des obstacles et catalyseurs potentiels; le rôle des parties prenantes; l'approche prévue (dans les axes vertical et horizontal); les moyens de monitoring et d'évaluation; et les ressources à mobiliser (humaines, techniques, financières);

3) construire une base de légitimité et de soutien au plan de mise à l'échelle, ceci par : la communication stratégique et le plaidoyer auprès des parties prenantes (pertinence/acceptabilité de l'intervention et du plan) ; l'obtention de l'appui des décideurs (solution perçue crédible, abordable, prioritaire à propos d'un problème urgent) ; la création d'une large communauté de pratiques ; et la sécurisation et le réaligement des ressources selon les besoins ;

4) appliquer le plan de mise à l'échelle élaboré, avec une attention : à la gestion du changement organisationnel; aux aspects de coordination et gouvernance du processus et d'utilisation des ressources (comment, quand, où, par qui); aux structures de gouvernance et de résolution des problèmes; à la surveillance des performances et de l'efficience (mesures d'efficacité, portée, fidélité, acceptabilité, coûts); à la durabilité de l'intervention et ses effets, par des changements visant à intégrer celle-ci dans les pratiques courantes (Milat et al., 2016).

À première vue, le cadre de Milat et collaborateurs présente une cartographie utile des éléments de base des processus de mise à l'échelle. Cet outil aborde toutefois la mise à l'échelle d'interventions

¹⁸ Capacité de l'intervention réalisée à petite échelle à être étendue à une plus grande proportion de la population en maintenant son efficacité

communautaires et populationnelles d'une manière relativement linéaire et standardisée qui suggère que la communication stratégique, et la planification et l'identification préalable de ses déterminants (obstacles, facilitateurs) en sont d'importants facteurs de succès; la mise à l'échelle est ici essentiellement conçue comme un 'élargissement' d'interventions prometteuses assurant leur mise en œuvre de manière relativement fidèle à l'original. Les auteurs soulignent tout-de-même la fréquente transformation des interventions dans la mise à l'échelle, la pertinence de considérer les connaissances sur des interventions similaires. La nécessité d'adapter les interventions aux contextes locaux et ressources disponibles y est aussi soulignée. Toutefois, l'imprévisibilité du processus, la récursivité des étapes de la mise à l'échelle, la nature changeante des contextes et des besoins, et l'adaptabilité et la variabilité du sens accordé aux innovations par les différents acteurs font moins partie des préoccupations.

Bien que l'on promeuve la réunion des acteurs en une 'large communauté de pratiques', la mise à l'échelle y est plutôt envisagée comme impliquant d'un côté les acteurs du système de santé, initiateurs du processus, et de l'autre des bénéficiaires et autres acteurs externes, davantage vus comme des personnes à convaincre que des partenaires de la mise à l'échelle susceptibles d'enrichir le processus de leurs perspectives. La nature intersectorielle de nombreuses interventions de santé populationnelle (Hawe et Potvin, 2009) n'est par ailleurs prise en compte qu'implicitement, et on y passe conséquemment sous silence les complexités de gouvernance qui les sous-tendent (Potvin et Clavier, 2013). En outre, les perspectives sur l'utilisation des données de performance y sont minces (Grøn et al., 2020). Bien que les auteurs reconnaissent les limites de ce type de données pour éclairer la prise de décision, ils offrent peu d'avenues de réflexion sur la manière de prendre en compte des données contextuelles issues de la pratique ou les éclairages apportés par des 'experts'.

Par son concept de *scalability*, et ses notions d'efficacité, de portée¹⁹ et d'adoption des interventions²⁰, ce cadre – de même qu'un modèle subséquent établi en collaboration avec d'autres auteurs (Indig et al., 2017a) – s'intéresse d'abord à la pertinence ou non de réaliser certaines interventions en fonction de leurs effets escomptés (Rychetnik et al., 2004). On y considère aussi prioritairement 'l'adéquation contexte-intervention' (Glasgow et al., 2003; Rychetnik et al., 2012)

¹⁹ niveau de participation individuelle

²⁰ proportion de milieux qui adoptent une intervention

et la validité externe²¹ des études pour la mise à l'échelle. Quoique l'on souligne la valeur d'autres études que le 'gold standard' des expérimentations contrôlées, telles que les *natural experiments* (Hawe et Potvin, 2009; Milat et al., 2016; Petticrew et al., 2005), ce cadre insiste sur la hiérarchie de l'évidence au regard de l'efficacité des interventions et la magnitude des leurs effets. Le cadre s'inscrit ainsi dans une logique de réplication d'interventions conçues à l'extérieur de leurs contextes de mise en œuvre (Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011).

Cette logique de réplication néglige le fait que plusieurs interventions communautaires et populationnelles sont développées sur le terrain (*field based*) en réponse à des particularités locales, et mobilisent à cette fin différents types de connaissances (Juneau et al., 2011; McQueen, 2001; Potvin et al., 2005; Thabane et al., 2019). La recherche sur l'efficacité, la portée et l'adoption des interventions offre en effet peu d'indices sur la *relation dynamique* qui existe entre les innovations et leur contexte (Larouche et al., 2021), et sur *la manière* dont les interventions peuvent être utilement adaptées, ou s'avèrent transformées en rapport à des derniers (Figueiro et al., 2016; Thabane et al., 2019).

La recherche '*translationnelle*' (*translation research*), de nature autant qualitative que quantitative (O'Hara et al., 2013; Rychetnik et al., 2012) s'intéresse à ces questions. Elle aborde par exemple des enjeux liés à la conception et mise en œuvre des interventions dans certains contextes; à la manière dont celles-ci y sont reçues et perçues (O'Hara et al., 2013; Rychetnik et al., 2004); à la transférabilité des résultats à d'autres réalités (locales, populationnelles, à plus grande échelle, etc.); et à la reproduction ou modification de différents aspects des interventions (Rychetnik et al., 2012). On s'y s'intéresse ainsi à l'équilibre entre la *fidélité* (préservation des éléments fondamentaux) des interventions et leur *adaptabilité* - réalisation d'ajustements contextuels nécessaires pour assurer l'utilité des interventions (Cambon et al., 2010; Côté-Boileau et al., 2019; Hawe, 2015). Relever ce défi d'équilibre requiert de tenir compte à la fois de données tangibles, tels que les indicateurs de monitoring et performance, et moins tangibles, reliées aux aspects sociaux et politiques du développement des partenariats (Côté-Boileau et al., 2019).

En résumé, la recherche *translationnelle* s'intéresse au 'comment' des interventions (Rychetnik et al., 2012; Rychetnik et al., 2004). Elle est susceptible d'éclairer les processus de mise à l'échelle en s'intéressant à l'équilibre entre la rigidité et la flexibilité des innovations (Côté-Boileau et al.,

²¹ mesure dans laquelle les résultats d'une étude peuvent être généralisés à d'autres contextes

2019; Greenhalgh et al., 2015; Kilbourne et al., 2007); on y met en relief l'importance de l'interface contexte – intervention (Bisset et al., 2009; Minary et al., 2018). En outre, ces considérations sur le rapport contexte-intervention et les connaissances mobilisées dans les processus de mise à l'échelle renvoient plus largement au débat en promotion de la santé entourant la nature, la provenance et l'applicabilité des connaissances en rapport à de nouveaux contextes (Cambon et al., 2010; McQueen, 2001; Rychetnik et al., 2012).

Le débat 'des connaissances' en promotion de la santé est né de l'application à la santé publique du concept d'*evidence based medicine*' (Kohatsu et al., 2004; McQueen, 2001; Sackett et al., 1996). L'*evidence based public health*', ou santé publique fondée sur les données probantes, a été définie comme « *une entreprise de santé publique dans laquelle il y a une utilisation éclairée, explicite et judicieuse des données probantes dérivées d'une variété de méthodes de recherche et d'évaluation en sciences et sciences sociales* » (Rychetnik et al., 2004 p.538, traduction libre avec ajout de caractères gras). Le débat qui se joue autour des connaissances met en lumière la valeur différente qui est assignée à différents types de connaissances – illustrée ici par la distinction subtile qui est faite entre, d'une part, la (vraie) 'science', que l'on peut comprendre ici comme regroupant les sciences 'de la vie' (Contandriopoulos, 1999), et d'autre part les sciences sociales.

Dans le domaine de la santé, dominé par les sciences de la vie (Contandriopoulos, 1999), les résultats issus d'*essais contrôlés randomisés* se situent encore au sommet de la hiérarchie des 'preuves' (Bacchi, 2016; Canadian Medical Association, 2004; Contandriopoulos, 1999). La polémique est liée au fait que bien au-delà des essais randomisés, les acteurs de promotion de la santé (praticiens, chercheurs) valorisent et mobilisent de façon fructueuse, au sujet des interventions, une variété de données et connaissances locales (Contandriopoulos, 1999; Li et al., 2015; McQueen, 2001), ce qui questionne de manière fondamentale la nature des données probantes à y considérer. L'apport des théories sociales est notamment avancé pour guider l'adaptation et l'extension d'innovations prometteuses à de nouveaux contextes, et pour mieux comprendre les relations entre une multiplicité d'acteurs (Contandriopoulos, 1999; Juneau et al., 2011; McQueen, 2000; Potvin et al., 2005).

Par ailleurs, certaines perspectives théoriques des sciences sociales s'intéressent plus particulièrement à la manière dont les réseaux se forment et agissent dans et par les interventions (Bilodeau, Galarneau, et al., 2019; Bilodeau et Potvin, 2016; Bisset et al., 2009; Leeuw et al., 2008).

Ces approches à la complexité sont susceptibles d'apporter des éclairages sur la *manière* de considérer, négocier et intégrer diverses perspectives des acteurs tout au long du processus afin d'y favoriser la réflexion et l'apprentissage collectifs, qui peuvent significativement influencer l'impact de l'intervention portée à l'échelle et le succès de la mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011)

3) Cadre de '3S' de Côté-Boileau et collaborateurs (2019)

Prenant appui sur les perspectives de Rogers sur la diffusion des innovations et leur 'périple' dans les organisations (Côté-Boileau et al., 2019; Rogers, 2004), le récent cadre-guide de Côté-Boileau et collaborateurs (2019) intègre les notions de sens, adaptabilité des innovations, et apprentissage social en combinant les connaissances du domaine de la santé sur les processus de 3S; avec ce modèle qui s'intéresse aussi aux mécanismes de *spread* et *sustainability*, les auteurs souhaitent particulièrement combler le manque constaté au regard des mécanismes de la mise à l'échelle. Le modèle de Rogers (2010) est jugé par les auteurs propice à la compréhension des dynamiques de systèmes relativement centralisés du secteur de la santé où le pouvoir des acteurs face aux innovations est variable (Rogers et al., 2005). Une revue exploratoire de la littérature qui traite de la manière de diffuser, soutenir et porter à plus grande échelle des innovations de santé permet de dégager des mécanismes et implications politiques et pratiques de ces processus, principalement à l'intention des décideurs de santé. En outre, cette revue amalgame des travaux de nature variée, à propos d'innovations cliniques (par ex. nouvelles pratiques de soins à domicile, intégration de technologies médicales de pointe), mais aussi de santé communautaire et populationnelle (stratégies politiques, environnementales ou comportementales concernant différents milieux et déterminants ou problèmes de santé).

Le modèle des mécanismes de 3S des innovations de Côté et collaborateurs est articulé autour de quatre éléments et leurs contenus et interrelations :

- la 'substance' plus ou moins tangible de l'innovation (produit, procédé, politique ou ensemble d'actions que l'on souhaite mettre en œuvre) : celle-ci doit être en cohérence avec l'évaluation des besoins, et illustrer un équilibre relatif entre sa reproduction à l'identique (sa fidélité à la substance d'origine) et son adaptation contextuelle;

- les processus '3S' : ils doivent inclure des modalités liées au monitoring, à la réflexion et à l'apprentissage collectif, et il est nécessaire de s'y préoccuper « d'institutionnalisation » des innovations;
- le contexte : celui-ci entraîne une imprévisibilité des événements importante à reconnaître, et une adaptation continue des innovations aux réalités rencontrées;
- les diverses 'parties prenantes' : comme celles-ci dépassent souvent les frontières organisationnelles (et sectorielles dans le cas d'interventions communautaires et populationnelles)²², cela implique la nécessité de promouvoir des capacités 'distribuées' parmi les acteurs (Côté-Boileau et al., 2019).

S'appuyant sur ce modèle des mécanismes de 3S, et sur des principes transversaux de valeur et faisabilité, capacité, inclusivité et apprentissage liés aux innovations, les auteurs proposent ensuite un cadre destiné à orienter la réflexion sur ces processus. Le cadre comporte cinq composantes qui s'intéressent :

- 1) *au 'pourquoi'* des innovations et à l'incontournable variabilité temporelle et selon les personnes du sens qui leur est accordé; on y souligne la nécessité de valoriser plutôt que 'standardiser' la diversité des réponses pour renforcer les processus 3S, quoique cela puisse mettre au défi les pratiques existantes et la valeur des innovations au regard de leur contexte;
- 2) *à la perception de valeur et faisabilité* des innovations, et à leur aspect 'déstabilisateur' en lien aux nécessaires changements de pratiques et manque d'unanimité face leurs objectifs premiers (améliorer l'expérience de soins, accroître la santé populationnelle, diminuer les coûts, etc.); on y propose de rechercher la complémentarité des visions, les buts communs et l'alignement des innovations et des systèmes dans lesquels celles-ci s'insèrent;
- 3) *aux actions réelles plutôt que 'désirées'*; au lieu de 'forcer' un changement rapide (contre-productif et nuisible à la pérennisation), on suggère de mettre l'accent sur ce que les gens font réellement pour comprendre les problèmes de faisabilité et la valeur accordée aux innovations, et pour supporter une incontournable démarche d'apprentissage;
- 4) *au dialogue politique-exécution*; on y souligne les nécessaires allers-retours entre la 'livraison' des innovations et leur conception, qui permettent des ajustements assurant la

²² Précision de A.L.; élément non spécifié par les auteurs

complémentarité des acteurs et la cohérence de leurs actions; ceux-ci sont considérés d'autant plus nécessaires que les acteurs et les contextes d'innovation sont diversifiés;

5) à *l'inclusivité des acteurs et au renforcement des capacités* : l'implication de nouveaux acteurs et multiples visions, valeurs et intérêts aident à lutter contre le statut quo et peuvent favoriser le changement; de plus, ces acteurs peuvent remettre en question les pouvoirs établis et 'l'économie politique' qui sous-tendent la circulation des ressources; les transformations à plus grande échelle seraient favorisées par une gouvernance distribuée (plutôt que centralisée), le renforcement des capacités organisationnelles et l'utilisation de divers leviers (comparaison des pratiques, mise en relief de la rentabilité, diffusion d'expériences prometteuses, etc.) (Côté-Boileau et al., 2019).

Issu de leur modèle des mécanismes de 3S, les composantes ou 'leçons' du cadre de réflexion de Côté et collaborateurs sont présentées comme des ingrédients susceptibles de supporter le 'travail d'innovation', en d'autres termes 'l'action qui consiste à innover' en regard de la manière d'influencer les déterminants, facteurs de risques ou états de santé au niveau individuel ou populationnel. Ainsi, en continuité avec les travaux de Rogers, les innovations n'y sont pas envisagées comme les produits eux-mêmes, composantes de services ou événements isolés des interventions (i.e. les diverses 'substances'). Les innovations correspondent plutôt aux *changements de pratiques* que l'introduction de ces substances provoquent dans leurs contextes d'insertion ou de développement, et qui mobilisent les idées et capacités dynamiques d'une diversité d'acteurs (Côté-Boileau et al., 2019). La perspective d'adaptabilité des innovations et d'imprévisibilité de la mise à l'échelle des auteurs, qui implique de considérer les innovations comme étant structurées par des aspects sociaux itératifs, est vue comme permettant de réconcilier des visions dichotomiques déterministes ou d'imprévisibilité de ces processus (Côté-Boileau et al., 2019). En somme, les 3S y sont envisagés comme des processus sociaux de changement et construction du sens des innovations qui sont opérés par une multiplicité d'acteurs.

En continuité avec les perspectives de Shaw et ses collègues (Shaw et al., 2017), le cadre de Côté et collaborateurs soulève à la fois la nécessité d'adopter une perspective inclusive face à la multiplicité des acteurs impliqués dans les processus sociaux de la mise à l'échelle, et d'y tenir compte et valoriser la variété des significations que ceux-ci accordent aux innovations. Manifestement, cette façon d'envisager la mise à l'échelle est pertinente au regard d'innovations

de santé populationnelle pour lesquels des acteurs de différents secteurs sont appelés à s'arrimer autour d'un objet de santé commun, et à entretenir une certaine forme de gouvernance intersectorielle des actions (Hawe et al., 2012; Hawe et Potvin, 2009; Potvin et Clavier, 2013).

Une théorie de la pratique sociale comme celle de l'acteur-réseau (Callon et Ferrary, 2006; Latour, 2005; Potvin et Clavier, 2012), proposée au sujet de la mise en œuvre d'innovations (Bisset et al., 2009; Bisset et Potvin, 2007; Bisset et al., 2013) et la conceptualisation d'interventions complexes (Bilodeau et Potvin, 2016), pourrait être avantageusement mobilisée au regard de la mise à l'échelle. La TAR pourrait permettre de mieux comprendre comment les humains et les objets sont liés dans des réseaux dynamiques et instables des interventions (Shaw et al., 2017), qui sont en expansion et transformation dans les processus de mise à l'échelle (Larouche et al., 2021). Cette approche théorique ouvrirait la voie à une meilleure compréhension des rôles et relations entre acteurs dans la mise à l'échelle, pour lesquels les connaissances sont à développer (Côté-Boileau et al., 2019). Elle pourrait aussi permettre de mieux prendre en compte ce qui émerge des relations entre acteurs en termes de pratiques, apprentissages et constructions de significations intrinsèquement associés à ces processus (Côté-Boileau et al., 2019; Paina et Peters, 2012; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011).

2.1.4 Sommaire et constats sur les connaissances relatives aux processus de mise à l'échelle

Cette synthèse des connaissances a révélé une croissance importante des publications sur la mise à l'échelle, dans les deux dernières décennies. La littérature tend à s'éloigner d'une vision essentiellement technique et procédurale de cet objet de recherche pour offrir des perspectives d'analyse intégrant davantage les dimensions sociales et de sens. La mise à l'échelle y est dorénavant envisagée en tant que processus d'accroissement d'impact et de pérennisation d'innovations dont les 'substances' diversifiées confrontent de nouveaux contextes, et impliquent une panoplie de sens évolutifs (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017). Cette question de sens appelle à être davantage considérée au sujet des processus de mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017), particulièrement pour les innovations de santé populationnelle, qui impliquent des relations entre de nombreux acteurs dans et à l'extérieur du domaine de la santé (Bilodeau et Potvin, 2016; Hawe et al., 2012; Hawe et Potvin, 2009).

De façon complémentaire aux perspectives de la TAR, un éclairage conceptuel et méthodologique sur la question du *sens* pourrait permettre de mieux documenter cette question dans les réseaux

propres à la mise à l'échelle. La pertinence du concept de *frame* a été mentionnée par plusieurs auteurs en rapport aux réseaux d'acteurs (Browne et al., 2017; Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Shawar et Shiffman, 2017; Shiffman et al., 2016). La combinaison des perspectives de réseaux et de *frames* pourrait éclairer tant sur le *comment* des interventions – leurs mécanismes de formation ou transformation – que sur le *quoi* – soit les contenus véhiculés et leurs conséquences (Browne et al., 2017; Hawe et al., 2009; Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Shawar et Shiffman, 2017; Shiffman et al., 2016; Van Hulst et Yanow, 2016). La prochaine section est ainsi consacrée à la notion de *frame*, et passe en revue la manière dont ce concept a été mobilisé dans la littérature de sciences sociales et du domaine de la santé.

2.2 Frames et framing

2.2.1 Origines du concept

La notion de *frame* est conçue dans la littérature scientifique alternativement comme un paradigme (Maher, 2001), une théorie, une méthodologie ou une méthode d'analyse de discours (Braun, 2015; Entman, 1993; Fisher, 1997; Foley et al., 2019). Depuis les années 1970, les écrits sur les *frames* et le *framing* sont abondants dans diverses disciplines des sciences sociales telles que la sociologie, la politique, la psychologie, l'économie et les communications (Benford et Snow, 2000; Cacciatore et al., 2016; Scheufele et Iyengar, 2012), mais aussi en littérature, musique et beaux-arts (Fisher, 1997; Van Hulst et Yanow, 2016). On y retrouve ainsi une diversité de définitions et perspectives théoriques liées à ces concepts (Creed et al., 2002; Dewulf et al., 2009). Les *frames* ont divers objets d'application empirique et les chercheurs empruntent des approches méthodologiques variées pour étudier leur déploiement, processus et effets dans le monde social (Benford et Snow, 2000; Braun, 2015; Chong et Druckman, 2007a; Cornelissen et Werner, 2014; Entman, 1993; Koon et al., 2016; Levin et al., 2002; Scheufele et Iyengar, 2012).

L'analyse des *frames* trouve son origine dans la sociologie et la psychologie sociale, et plus particulièrement l'interactionnisme symbolique (Braun, 2015; Mills et al., 2007; Van Hulst et Yanow, 2016) et l'ouvrage fondateur de Erving Goffman *Frame Analysis: An essay on the organization of experience* (1974). Goffman envisage le *framing* comme une technique de construction du sens dans la vie quotidienne (Creed et al., 2002) et insiste sur la nature 'interactionnelle' de l'appréhension des situations. Les *frames* sont pour lui des 'principes

d'organisation' de situations sociales, à la source de sens spécifiques qui sont accordés aux interactions (Van Hulst et Yanow, 2016):

I assume that definitions of a situation are built up in accordance with principles of organization which govern events - at least social ones - and our subjective involvement in them; frame is the word I use to refer to such of these basic elements as I am able to identify. That is my definition of frame. (Goffman 1974, p. 10-11)

Au fil du temps, les *frames* guident les perceptions des individus à propos des situations sociales et des interactions, et structurent la manière dont ils se représentent l'expérience à eux-mêmes et aux autres. Dans la vision de Goffman, les *frames* offrent une vision équilibrée des éléments de structure sociale et d'agence individuelle ; ils contribuent d'une part à la représentation que nous nous faisons du monde, et nous les créons d'autre part activement au travers des événements et expériences que nous vivons (Gamson et al. 1992, dans Koon et al., 2016). Si les *frames* sont envisagés comme des principes plus ou moins inconscients, leurs 'composants de base' sont susceptibles d'être détaillés et analysés (Van Hulst et Yanow, 2016). Toutefois, l'appareillage offert par Goffman a été qualifié d'incomplet au plan conceptuel et méthodologique (Gamson, 1975). Ceci pourrait expliquer en partie le fait que les *frames* aient été envisagés d'une manière aussi éclectique et diversifiée d'une discipline à l'autre (Cornelissen et Werner, 2014; Koon et al., 2016), où l'on a tenté de les classer selon différents niveaux d'abstraction (Koon et al., 2016). C'est aussi le cas au sein même des disciplines (Braun, 2015; Cacciatore et al., 2016), où l'analyse des *frames* peut représenter des 'choses très différentes' (Braun, 2015).

Développée à l'origine en psychologie autour de l'idée de *schéma* (Koon et al., 2016), la notion de *frame* a été élaborée avant Goffman par l'anthropologue Gregory Bateson pour désigner les 'modèles cognitifs' d'interprétation et d'évaluation d'un message (Bateson, 1955). La compréhension des situations y était aussi conçue comme dynamiquement construite et modifiée via l'interaction entre les individus (Van Hulst et Yanow, 2016); le *framing* représentait en outre pour Bateson les 'métacomUNICATIONS', soit les messages implicites livrés 'à propos des messages' qui permettent aux individus de comprendre à quel 'type de conversation' ils prennent part (Van Hulst et Yanow, 2016), par exemple un échange ludique ou une interaction conflictuelle (Bateson, 1955).

2.2.2 Définitions et usages du concept dans différents domaines de recherche

Dans différents domaines et objets d'utilisation, les définitions accolées au concept de *frame* varient à plusieurs égards. La notion revêt un caractère plus dynamique et social (processuel) ou davantage statique, individuel et socialement décontextualisé. Les *frames* sont également envisagés sous l'angle expressif (production ou produit de sens) ou réceptif (construction du sens perçu, interprétation) (Bateson, 1955; De Vreese, 2005; Fisher, 1997; Foley et al., 2019; Gitlin, 1980). Ils sont aussi caractérisés à différents niveaux d'abstraction, allant par exemple des valeurs, à une considération globale des questions, à des définitions spécifiques de problèmes, ou des particularités linguistiques ou rhétoriques (Entman, 1993; Koon et al., 2016; Levin et al., 2002; Levin et al., 1998).

Les *frames* sont alternativement conçus en tant que structure sociale et politique globale ou comme contenus contextuellement situés (liés à des lieux, moments et relations spécifiques), (De Vreese, 2005; Foley et al., 2019; Jacobs et Mettler, 2011; Koon et al., 2016; Pan et Kosicki, 1993; Van Hulst et Yanow, 2016). En outre, la nature des *frames* est envisagée de manière inconsciente et tacite ou davantage intentionnelle et stratégique (Braun, 2015; Entman, 1993; Gilliam Jr et Bales, 2001; Gitlin, 1980). Enfin, les perspectives théoriques sur les *frames* et méthodes sont diversifiées, et leur étude poursuit différentes finalités (Benford et Snow, 2000; Braun, 2015; Chong et Druckman, 2007a; Cornelissen et Werner, 2014; Entman, 1993; Koon et al., 2016; Levin et al., 2002; Scheufele et Iyengar, 2012), comme l'explication de leurs effets ou implications (Gallagher et Updegraff, 2012; Tversky et Kahneman, 1981) ou leurs processus de construction et transformation (Benford et Snow, 2000; Snow et al., 1986), ceci à différents niveaux d'analyse (par ex. des individus, des pratiques et processus, des systèmes sociaux) (Cornelissen et Werner, 2014; Foley et al., 2019; Jacobs et Mettler, 2011).

2.2.2.1 Dans le domaine des communications politiques

Les chercheurs du domaine des communications politiques ont abondamment fait usage du concept de *frame* pour analyser les discours liés à l'actualité (Cacciatore et al., 2016; Pan et Kosicki, 1993; Scheufele, 1999; Scheufele et Iyengar, 2012). Sur les traces de Goffman, Gitlin (1980) insiste sur l'aspect 'tacite' des 'théories qui composent les *frames*' et qui permettent d'accoler un sens aux réalités de la vie quotidienne :

Frames are principles of selection, emphasis, and presentation composed of little tacit theories about what exists, what happens, and what matters. In everyday life, (...) we frame reality in order to negotiate it, manage it, comprehend it, and choose appropriate repertoires of cognition and action. (Gitlin 1980, p.6)

Les *frames* sont conçus ici comme un ensemble d'idées théoriques dont l'aspect 'tacite' est susceptible d'en rendre l'identification plus ou moins aisée (Koenig, 2006). Appliquée aux communications médiatiques, la définition de Gitlin intègre les dimensions de *construction* et *production* subjective du sens, qui impliquent inévitablement la catégorisation, la synthèse et le formatage. Comme les *frames* sont possiblement 'restitués' dans les communications (orales, écrites, visuelles), il importe d'interroger leurs contours (contenus, formes) et questionner leurs impacts sur les audiences visées (Gitlin, 1980). De Vreese (2005) distingue ainsi deux objets d'analyse de *framing* : la manière dont certains *frames* émergent et dominent les discours médiatiques, soit le '*frame-building*'; et la manière dont les audiences interprètent et s'approprient ces discours, le '*frame-setting*'.

Pour Gamson, le *frame* est une propriété d'un 'texte' (entendu au sens large comme les discours, systèmes de sens, logiques politiques ou principes constitutionnels); il s'agit d'un concept qui intègre un ensemble d'idées et donne un sens à une séquence d'événements, au travers de l'usages de métaphores, exemples, slogans, représentations et images visuelles (Cacciatore et al., 2016; Creed et al., 2002; Gamson et Modigliani, 1989; Pan et Kosicki, 1993). Dans la même veine, Entman (1993) propose la définition suivante du *framing* et insiste sur une opération de sélection – consciemment exercée – des aspects d'un problème à être mis de l'avant pour en promouvoir une définition et 'remédiation' particulière:

To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described. Typically frames diagnose, evaluate, and prescribe (...) (Entman 1993, p. 52)

Certains *frames* dits 'génériques' ou 'structurels' domineraient ainsi les communications médiatiques (De Vreese, 2005; Jacobs et Mettler, 2011), par exemple les *frames* orientés sur les conflits entre groupes ou institutions, les *frames* économiques qui mettent l'accent sur les coûts ou bénéfices matériels, ou les *frames* centrés sur les intérêts humains, les histoires de vie et l'affectivité (De Vreese, 2005). Les *frames* peuvent être sondés par différentes méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes, qui sont comparatives ou non (Entman, 1993; Koenig, 2006).

L'identification des *frames* peut par exemple permettre d'illustrer des dynamiques culturelles où prévalent certaines valeurs, critères et normes qui alimentent les discours hégémoniques sur certains objets politiques; mettre en relief des variations spatiales ou temporelles dans la manière d'aborder et apporter des solutions à certains problèmes ; identifier leurs effets sur l'opinion publique; et contribuer à remettre ces discours en question et rééquilibrer ou redéfinir l'action politique liée à ces objets (Cacciatore et al., 2016; De Vreese, 2005; Entman, 2004; Foley et al., 2019; Koenig, 2006).

2.2.2.2 *En psychologie comportementale et politique*

De manière plus situationnelle, et davantage dans la lignée des travaux de Bateson, les *frames* ont été étudiés en psychologie comportementale au regard de leurs effets sur les processus décisionnels humains. Traçant le chemin à cet égard, Kahneman et Tversky (1984) se sont intéressés à l'effet psychologique que provoquent différentes manières de présenter l'information sur les décisions prises. Le *framing* consiste ici à *utiliser des formulations particulières* de l'information alors que les contenus informationnels sont 'logiquement équivalents'. Les travaux de recherche menés dans cette voie s'intéressent aux effets de variations dans la manière de formuler une même information, et qui influencent la perception de celle-ci (plutôt qu'à un changement dans le contenu communiqué lui-même) (Cacciatore et al., 2016). Ce type de recherche privilégie les méthodes expérimentales de nature quantitative (Kahneman et Tversky, 1979, 1984; Tversky et Kahneman, 1981) pour documenter les effets de ces modifications sur des décisions notamment économiques (Chen et al., 1998; Kahneman et Tversky, 1979; Levin et al., 1998; Roszkowski et Snelbecker, 1990) ou de santé (Edwards et al., 2001; Gallagher et Updegraff, 2012; Krishnamurthy et al., 2001; Morris, 2010).

En psychologie politique, Chong et Druckman (2007b) définissent pour leur part le *framing* comme le *processus* par lequel les gens développent une certaine conceptualisation d'une question particulière, la prémisse étant que celle-ci peut être vue selon différentes perspectives et grilles de valeurs :

Framing refers to the process by which people develop a particular conceptualization of an issue or reorient their thinking about an issue. (Chong & Druckman 2007, p.104)

2.2.2.3 Dans l'étude des mouvements sociaux

Les études portant sur les mouvements sociaux s'intéressent aux processus de *framing* entendus comme la construction active de sens liée à des aspects culturels. On y vise des développements théoriques à l'égard de la mobilisation sociale qui s'inscrivent dans une perspective interprétative (Benford et Snow, 2000; Snow et al., 1986). Cherchant à développer des taxonomies, les auteurs s'intéressent à la manière dont différents groupes développent et modifient leurs *frames* – conçus comme les définitions particulières des situations et des problèmes qui les concernent - pour accroître la possibilité d'alliances ou de coalitions (Van Hulst et Yanow, 2016). Snow et Benford s'intéressent notamment à la manière dont différents *frames* 's'alignent' dans ces mouvements d'une manière qui permette d'avoir un impact sur la réalité sociale (Benford et Snow, 2000; Snow et al., 1986). Les processus d'amplification, extension, transformation et de pont (*bridging*) entre *frames* permettent de comprendre comment des éléments identitaires et culturels peuvent s'amalgamer fructueusement au regard de ces mouvements (Snow et al., 1986). Les théoristes des mouvements sociaux abordent toutefois le *framing* d'une manière relativement consciente, intentionnelle et stratégique qui est en opposition avec les perspectives initiales de Goffman (1974); celui-ci voit plutôt les *frames* comme se développant au travers de processus interactionnels hautement situés, donc ne se prêtant pas à une 'taxonomisation' susceptible de les 'essentialiser' et d'en réifier le contenu (Van Hulst et Yanow, 2016).

2.2.3 Le *framing* dans l'action publique : processus politiques et organisations

La littérature qui s'intéresse aux enjeux de l'action publique conçoit et analyse ses instruments, tels que les politiques et programmes, notamment en tant qu'outils de changement social implicitement 'théorisants' (Bacchi, 2016; Bacchi et Goodwin, 2016; Lascoumes, 2004; Lascoumes et Le Galès, 2007). Ces outils sont envisagés pour les représentations spécifiques des problèmes et solutions qu'ils contiennent, ces derniers étant vus comme le reflet des relations existantes entre les institutions publiques et d'autres acteurs sociaux (Bacchi, 2016; Broer et al., 2010; Lascoumes et Le Galès, 2007). Les perspectives du *framing* s'inscrivent dans deux pans distincts mais complémentaires – et entremêlés – de cette littérature : celle qui est relative aux processus d'élaboration des politiques, concernant par exemple la formulation et la mise à l'agenda politique des 'problèmes' sociaux, et celle qui s'intéresse davantage aux organisations, à l'administration et la gestion.

2.2.3.1 Littérature sur les processus politiques

La littérature sur le *framing* lié aux processus politiques s'inscrit dans une tradition de recherche qui s'intéresse aux *idées* en rapport au changement et à la dynamique des politiques (Bacchi, 2016; Koon et al., 2016; Smith et Katikireddi, 2013). Les idées représentent un point d'entrée intéressant pour considérer le rôle des institutions et la construction des intérêts dans les processus politiques. Leur analyse permet de dépasser les aspects de rationalité des politiques, entre autres pour l'étude des questions de pouvoir, domination, inégalités et droits humains (Koon et al., 2016; Mah et al., 2014; Van Hulst et Yanow, 2016; Wagenaar, 2015; Yanow, 2015). Les politiques publiques y sont envisagées comme des construits sociaux qui sont le produit de multiples et changeantes interprétations et réinterprétations des humains à propos de leur réalité sociale (Koon et al., 2016).

L'analyse de *frames*, vue par certains comme politiquement nuancée et sensible au pouvoir (Mah et al., 2014; Van Hulst et Yanow, 2016), a inspiré des chercheurs autour de différentes questions comme l'immigration, l'aviation civile et la gestion des déchets (Creed et al., 2002; Van Hulst et Yanow, 2016). Au-delà des processus de définition des problèmes, on y voit également des possibilités d'engagement dynamique au regard de solutions politiques novatrices (Mah et al., 2014; Van Hulst et Yanow, 2016), non seulement dans les arènes politiques formelles, mais aussi les réseaux de gouvernance (Koppenjan & Klijn 2004, dans Van Hulst et Yanow, 2016). Des auteurs tels que Schön et Kingdon ont ainsi mobilisé la notion de *frame*.

Schön a notamment envisagé cette notion en rapport aux pratiques réflexives et aux dynamiques structurées des acteurs dans les processus politiques (Schon, 1984). Avec Rein, il a utilisé la notion de *frames* pour l'analyse des politiques au regard de problèmes sociaux complexes tels que la criminalité ou la pauvreté (Creed et al., 2002; Rein et Schön, 1996; Schön et Rein, 1994; Van Hulst et Yanow, 2016). L'analyse des *frames* y est vue comme une 'méthodologie' pour la définition des problèmes et une opportunité de résolution de controverses politiques, permettant d'y décrire et mobiliser une variété d'arguments et 'contre-arguments' (Creed et al., 2002; Schön et Rein, 1994) afin de rendre les problèmes sociaux 'gérables' (Bacchi et Goodwin, 2016). En rapport à la construction des politiques, John Kingdon utilise également le langage du *framing* (Bacchi, 2016; McIntyre et al., 2018) en lien avec son approche de 'courants de politiques' (*policy streams*) et 'fenêtres d'opportunité', un modèle très cité au regard des politiques de santé (Bacchi, 2016; De Leeuw et al., 2014).

L'analyse de *frames* a crû au cours des années 1990 en relation avec les *études critiques des politiques publiques* (Bacchi, 2016; Bacchi et Goodwin, 2016; Fischer et al., 2015b; Schön et Rein, 1994; Wagenaar, 2015), afin de contrebalancer la dominance d'une perspective technocrate et empiriste des politiques, jugée négliger les éléments de langage, idées, valeurs, jugements normatifs et luttes de sens qui teintent leur élaboration (Braun, 2015). Braun (2015) souligne qu'une distinction doit être faite dans la recherche sur les *frames* entre deux tendances, 'représentationnelle' et 'participative'. L'approche représentationnelle considère les *frames* comme des représentations cognitives relativement statiques, des *entités mentales* devant être représentées par l'analyse aussi précisément que possible en tant que segment de la réalité sociale. L'approche participative à l'analyse des *frames* se situe par ailleurs davantage dans la mouvance de Goffman, et considère ceux-ci comme situés dans des interactions, l'effort de recherche étant de systématiser les différents types de *frames* et leur fonctionnement dans la vie sociale. La dimension temporelle et dynamique étant charnière, les *frames* sont en perpétuelle construction et sont des *activités* au lieu de choses fixes. Ces deux approches sont liées à des ontologies et épistémologies différentes, et impliquent des approches d'analyse distinctes.

2.2.3.2 Littérature organisationnelle et de gestion

La littérature organisationnelle et de gestion foisonne de perspectives éclectiques sur le 'sens'. Par exemple, le '*sensemaking*' introduit en sociologie des organisations par Karl Weick, est une perspective influente qui s'intéresse à la compréhension des pratiques de création de sens dans et autour des organisations. Elle se concentre sur la façon dont les gens s'approprient et mettent en œuvre leurs réalités, par une construction du sens qui s'accomplit en partie par des processus communicatifs et linguistiques. Dans la vision de Weick, influencée par Goffman (Weick, 1995), le *sensemaking*, n'est pas simplement une interprétation de ce qui se passe pour réduire l'ambiguïté, mais plutôt un processus 'd'invention' par lequel les gens 'génèrent ce qu'ils interprètent' (traduction libre de Brown et al 2015, citant Weick 1995, p.13). Ce type de recherche, envisagée comme une construction sociale interprétative, processuelle et phénoménologique (Brown et al., 2015), a notamment été proposée dans le contexte de la mise à l'échelle pour comprendre comment les travailleurs font sens des technologies dans leur milieu, et comment ce sens est négocié durant l'implantation (Shaw et al., 2017).

Dans une tout autre optique, et la lignée des travaux de Kahneman et Tversky (1984), la littérature organisationnelle s'est intéressée à la façon dont les innovations peuvent faire leur 'chemin' dans les organisations. Des procédés rhétoriques qui s'apparentent au *framing* sont vus comme une composante des processus de décision qui accompagne et influence leur éventuelle 'adoption' (King et Kugler, 2000). D'autres travaux utilisant les concepts de *frame* et *framing* s'inscrivent également dans cette perspective, et s'intéressent, par des méthodes expérimentales, aux effets comportementaux de différents types de *framing* – ou formulation - de l'information (Cornelissen et Werner, 2014; Dewulf et al., 2009).

En outre, les notions de *frame* et *framing* sont également omniprésentes dans cette littérature en continuité avec les avancées de ces concepts dans l'analyse des mouvements sociaux (Creed et al., 2002), et avec les travaux de Schon et Rein sur les processus de définition de problèmes (Schon, 1984; Schön et Rein, 1994; Schön et al., 1996) et les approches critiques des organisations (Cornelissen et Werner, 2014). Les auteurs de ce champ de recherche défendent notamment la pertinence des analyses de *frames* pour mieux dépeindre les réalités organisationnelles en rapport à leur contexte social et améliorer la compréhension des processus de changement institutionnel. L'utilisation de ce type d'analyse est avancée pour situer les *frames* dans leur contexte, révéler les logiques sous-jacentes, idéologies implicites et voix opprimées, et par conséquent réaliser des choix organisationnels plus conscients (Creed et al., 2002). Cette littérature présente une variété de perspectives à différents niveaux d'analyse (Creed et al., 2002) qualifiés de micro (schémas qui guident les perceptions, les inférences et les actions individuelles en contexte), méso (actions stratégiques qui définissent des plans d'action et identités sociales dans un but de mobilisation) et macro (modèles culturels qui fournissent des scripts abstraits et des règles de comportements appropriés dans des contextes sociaux particuliers) (Cornelissen et Werner, 2014).

Dans la recherche sur les conflits et négociations, Dewulf et collaborateurs (2009), s'intéressant à la nature des *frames*, établissent une distinction ontologique entre les *frames* comme 'représentations cognitives' ou comme 'co-constructions interactionnelles'. Les 'objets de *frames*' - soit les enjeux, les identités et relations, et les processus d'interaction - y sont abordés et analysés à l'intérieur de ces deux paradigmes *cognitif* et *interactionnel*, avec des épistémologies et méthodologies qui leur sont propres (Dewulf et al., 2009; Van Hulst et Yanow, 2016).

Enfin, Van Hulst et Yanow (2016), à partir de perspectives de *frame* et *framing* issues de la littérature de politiques publiques, développent une approche orientée sur les processus et actions impliquées par le framing, qui rend compte du travail de création du sens, sélection, dénomination/catégorisation et narration. Les auteurs affirment que la théorisation sur les *frames* doit prendre en compte non seulement les *frames* des problèmes eux-mêmes, mais aussi l'enchevêtrement du *framing* et de l'identité des *frame-makers*, et le *framing* 'méta-communicatif' du processus de politiques publiques (Van Hulst et Yanow, 2016).

2.2.4 Framing et frames dans le domaine de la santé

2.2.4.1 Perspectives conceptuelles et recherche empirique

Dans les dernières décennies, le domaine de la santé a reconnu le rôle important du *sens* pour ses politiques et pratiques (Bacchi, 2016; Koon et al., 2016). Les perspectives du *framing* ont été appliquées à des questions telles que l'obésité (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Nixon et al., 2015; Ortiz et al., 2015), le diabète (Rock et al., 2011), le VIH (Woodling et al., 2012), le contrôle du tabac (Roth et al., 2003), la santé mentale (Goldman et Grob, 2006; McGinty et al., 2014; Sieff, 2003) et le développement de l'enfant (Bales et Gilliam, 2009; Shawar et Shiffman, 2017). Les possibilités du *framing* ont aussi été exploitées plus globalement au regard des inégalités et déterminants sociaux de santé (Rock et al., 2011), la santé populationnelle (Aronowitz, 2008; Niederdeppe et al., 2008), la santé environnementale (Garvin et Eyles, 2001; Morris, 2010) et la santé mondiale (McInnes et Lee, 2012).

Plusieurs chercheurs ont par ailleurs mobilisé des perspectives plus larges de sens pour s'intéresser aux conséquences sociales de certaines manières d'envisager des questions de santé, par exemple en termes de 'médicalisation' (Rock, 2005), stigmatisation (Gough, 2006) ou iniquités (Lippman, 1991); certaines de ces publications concernent aussi la question des déterminants sociaux de la santé et la santé populationnelle (Gollust et Lantz, 2009; Hawe, 2009). Par ailleurs, d'autres ont utilisé les concepts de *frame* et *framing* d'une manière large sans faire appel à leurs éclairages conceptuels ou méthodologiques, par exemple en tant 'construction sociale' qui peut être déconstruite par l'analyse de discours (Aronowitz, 2008). Enfin, d'autres encore ont mobilisé des perspectives et concepts connexes ou plus étroits tels que le '*labeling*' (étiquetage) relatif à l'identification de clientèles (Dobransky, 2009; Haynes-Lawrence, 2008).

Pour Smith et Katikireddi (2013), le concept de *framing* représente une façon parmi d'autres de penser le rôle des idées dans le domaine politique. Les auteurs envisagent ce processus dans un angle intentionnel et stratégique, affirmant que le *framing* peut être vu comme une 'arme de plaidoyer' permettant d'informer - et possiblement limiter - certaines perceptions particulières des acteurs à propos de questions de santé. L'utilisation du *framing* pourrait alors potentiellement permettre d'alimenter des positions politiques concurrentes (Smith et Katikireddi, 2013).

Plus largement, les conceptualisations et perspectives théoriques associées au *framing* et aux *frames* dans les questions de santé sont empruntées aux domaines de recherche présentés dans les sections précédentes, notamment à Scheufele en lien avec les communications politiques (Scheufele, 1999; Scheufele et Iyengar, 2012; Smith et Katikireddi, 2013); Schön et Rein dans les processus politiques (Mah et al., 2014; Rein et Schön, 1996; Rychetnik et al., 2004; Schon, 1984; Schön et Rein, 1994) et Benford et Snow dans l'étude des mouvements sociaux (Benford et Snow, 2000; Koon et al., 2016). Plusieurs réfèrent également à la conceptualisation des *frames* d'Entman²³ (1993) du domaine des communications politiques (Donaldson et al., 2015; Foley et al., 2019; Garvin et Eyles, 2001; Koon et al., 2016; Lloyd et Hawe, 2003; Rock et al., 2011; Rychetnik et al., 2004). Toutefois, encore récemment, peu de cadres théoriques ou conceptuels de *frame* ou *framing* étaient utilisés dans la recherche sur les processus politiques mobilisant ces concepts (Koon et al., 2016).

Dans un glossaire de 'santé publique basée sur les données probantes'²⁴, Rychetnik et collaborateurs (2004), s'appuyant sur les perspectives de Entman (1993) et Schön (1984), proposent une définition du *framing* des problèmes centrée sur la diversité des perspectives individuelles :

Problem framing refers to how different people often have different ways of thinking about a problem, and their various perspectives are enmeshed in the way they define, present, and examine that problem. (Rychetnik et al. 2004, p. 543)

En lien avec les travaux de Little (1998) sur l'assignation du sens en épidémiologie, les auteurs questionnent particulièrement les présuppositions et perspectives qui orientent les démarches de recherche, et par conséquent les connaissances disponibles dans le domaine de la santé. Ils soulignent que ces perspectives, auxquelles sont associés des *frames* particuliers des 'problèmes',

²³ Présentée à la section 2.2.2

²⁴ Voir à ce sujet la section 2.1.3.3

sont le fruit de contextes disciplinaires, idéologiques, historiques ou politiques particuliers, et ont un caractère souvent implicite et parfois opaque qui peut rendre la formulation des questions de recherche relativement ‘inconsciente’ (Rychetnik et al., 2004).

Dans le domaine de la santé, l'identification des *frames*, leurs processus de construction ou leurs effets sont envisagés à différents niveaux d'analyse (par ex. individus, pratiques cliniques et organisationnelles, arènes politiques, espaces publics et médiatiques), identifiés comme davantage ‘structurels’ ou ‘situationnels’ (Jacobs 2011). Les *frames* des problèmes et solutions sont discutés notamment dans le contexte des communications médiatiques (Foley et al., 2019; McGinty et al., 2014; Rock et al., 2011; Sieff, 2003), de la diffusion de messages de santé préventifs (Gallagher et Updegraff, 2012; Krishnamurthy et al., 2001; Rock et al., 2011; Viswanath et Emmons, 2006), et au regard des expériences et soins individuels de santé (Edwards et al., 2001; Everingham et al., 2006; Gallagher et Updegraff, 2012). L'analyse de *frames* a également été appliquée aux programmes et politiques de santé (Bales et Gilliam, 2009; Garvin et Eyles, 2001; Goldman et Grob, 2006; Jacobs et Mettler, 2011; Koon et al., 2016; Lloyd et Hawe, 2003; Morris, 2010). Le concept ne semble toutefois pas avoir été mobilisé dans le contexte spécifique de la recherche sur la mise à l'échelle, malgré que les perspectives de sens y aient été identifiées récemment comme nécessaires (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017).

Une récente revue critique de littérature de Koon et collaborateurs (2016) menée au sujet des processus politiques en santé pour en mesurer les apports potentiels, a recensé divers travaux de nature interprétative mobilisant l'analyse de *frames*. On visait spécifiquement à comprendre la manière dont les *frames* ‘influencent’ le processus politique en santé (Koon et al., 2016). Dans les études recensées, le terme *frame* était utilisé pour décrire une variété d'éléments (valeurs, problèmes sociaux, métaphores, arguments) à différents niveaux d'abstraction, allant d'orientations idéologiques globales à des prises de positions spécifiques de politiques. La plupart des articles illustraient des ‘compétitions’ de plusieurs *frames* pour lesquels les acteurs menaient différentes actions de plaidoyers dans des processus de contestation politiques intenses; l'utilisation de l'analyse de *frames* y était présentée comme pouvant potentiellement faciliter les processus politiques, et y résoudre les controverses (Koon et al., 2016). Toutefois, les *frames* étaient présentés comme des éléments – structurels - préexistants et relativement ‘extérieurs’ au processus politique; ce type d'analyse de *frames* considérés ‘extérieurs’ au processus politique est jugée par certains

d'une capacité limitée pour interroger les relations de pouvoir et les dynamiques sociales qui y sont à l'œuvre (Bacchi et Goodwin, 2016; Braun, 2015).

En outre, les éclairages des *frames* ont été utilisés pour envisager de manière critique certaines questions de santé (Foley et al., 2019; Lloyd et Hawe, 2003; McGinty et al., 2014). Des analyses critiques de *frames* ont été menées au regard de la dominance d'une vision biomédicale dans les discours (Clarke et Everest, 2006), et de questions d'inégalités sociales de santé, d'iniquités sociales et de stigmatisation (Aronowitz, 2008; Dorfman et al., 2005; Gattuso et al., 2005; Niederdeppe et al., 2008; Viswanath et Emmons, 2006). On y cherche entre autres des moyens de promouvoir des actions de plaidoyer dans les espaces publics et les arènes politiques (Jacobs et Mettler, 2011), ou à utiliser certains *frames* de manière stratégique pour promouvoir l'action intersectorielle ou agir sur les déterminants sociaux de la santé (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Ortiz et al., 2015).

Par exemple, au sujet des déterminants sociaux et des inégalités de santé, certains auteurs soulignent la nécessité de promouvoir les objectifs d'amélioration de la santé populationnelle et d'équité dans l'opinion publique afin que celle-ci supporte les politiques de santé orientées vers ces objectifs (Dorfman et al., 2005; Niederdeppe et al., 2008). Pour définir les questions de santé d'une façon qui soutienne spécifiquement l'objectif d'équité, il est proposé que la santé publique mette de l'avant les valeurs de justice sociale et la notion de responsabilité collective (Dorfman et al., 2005; Hawe, 2009). Certains se sont ainsi intéressés au *framing* des messages dans les communications médiatiques, à leurs effets sur différents types d'auditoires et leurs conséquences sur la santé publique (Dorfman et al., 2005; Gattuso et al., 2005; Gollust et al., 2009; Jacobs et Mettler, 2011; Niederdeppe et al., 2008; Rock, 2005; Rock et al., 2011). Les effets différentiels de certains *frames* ont aussi été analysés pour leurs conséquences sur les disparités de santé et la stigmatisation sociale (Aronowitz, 2008; Sieff, 2003; Viswanath et Emmons, 2006).

2.2.4.2 Ancrage paradigmatique de la notion de *frame*

Dans un récent article sur la question des 'problématisations' dans les politiques de santé, Carol Bacchi (2016) identifie quatre paradigmes de recherche porteurs d'hypothèses de base et implications politiques distinctes : le positivisme, le réalisme critique, l'interprétativisme et le post-structuralisme. Paradigme dominant de la recherche médicale, le **positivisme** cherche à accéder à des informations sur le fonctionnement du 'réel' en étudiant des associations entre certains facteurs

par des moyens contrôlés. Il repose sur une hypothèse d'objectivité des chercheurs, et une division franche entre ces derniers et leur matériel de recherche. Les faits et les valeurs y sont considérés séparément, et les entités 'chercheur' et 'matériel de recherche' y ont un caractère fixe. On y postule des règles universelles et des conjectures causales linéaires et constantes dans un modèle de causalité dit 'successionniste' (Bacchi, 2016).

Le modèle positiviste est à la base des *essais contrôlés randomisés*, dont les résultats se positionnent au sommet de la 'hiérarchie des preuves' en sciences de la vie (Bacchi, 2016; Canadian Medical Association, 2004; Contandriopoulos, 1999; McQueen, 2001). Une telle approche appliquée aux politiques publiques cherche à répondre à la question de 'ce qui fonctionne' (Bacchi, 2016; Lincoln et al., 2011). Les problèmes sociaux et économiques y sont considérés exogènes à l'analyse, et leur statut de 'phénomène indépendant' n'est pas questionné (Bacchi, 2016); le processus d'élaboration des politiques est ainsi envisagé à partir d'une préconception de problème qui requiert une action à 'identifier' par un processus décisionnel (Bacchi, 2016). Les étapes du processus politique sont considérées relativement distinctes et linéaires : 'mise à l'agenda' du problème, puis formulation, mise en œuvre, et évaluation de politique (Bacchi, 2016; De Leeuw et al., 2014). Cette linéarité correspond toutefois peu à ce qui peut être observé en pratique dans l''entreprise compliquée' (De Leeuw et al., 2014) que représente l'élaboration de politiques (Clavier et de Leeuw, 2013; De Leeuw et al., 2014; Koon et al., 2016; Smith et Katikireddi, 2013).

Dans le paradigme du **réalisme critique**, la réalité existe indépendamment des acteurs sociaux, mais on accepte que les interprétations des acteurs puissent influencer celle-ci. On reconnaît également qu'une variété de processus et structures dits individuels, collectifs, organisationnels et sociétaux influencent l'action humaine (Bacchi, 2016). Ce paradigme est notamment associé aux perspectives de 'théorie du changement' de Carol Weiss (1997b), et à l'approche 'réaliste' d'évaluation de programmes de santé (Bacchi, 2016; Lacouture et al., 2015; Pawson et Tilley, 1997) qui adopte un modèle de causalité dit 'général' (Bacchi, 2016); l'approche réaliste s'éloigne d'une vision d'universalité des règles en s'interrogeant sur *ce qui fonctionne pour qui, dans quel contexte, comment et pourquoi*, et en cherchant à établir des patrons causaux de type 'mécanisme-contexte-résultat' (Bacchi, 2016; Lacouture et al., 2015). On y reconnaît donc l'importance du contexte (Clavier et de Leeuw, 2013), quoique sa conceptualisation demeure à préciser (Bacchi,

2016). C'est d'ailleurs ce qui a fait l'objet de plusieurs travaux de recherche en santé publique ces dernières années (Craig et al., 2018; Edwards et Barker, 2014; Frohlich et al., 2002; Minary et al., 2018; Pfadenhauer et al., 2016; Poland et al., 2008; Potvin et al., 2001; Shoveller et al., 2016; Williams, 2003).

Bacchi (2016) souligne que l'objectif principal de l'approche demeure l'étude des *comportements* des acteurs sociaux, '*les programmes (politiques) [étant] décrits comme des théories soulevant des hypothèses sur la façon dont les gens se comporteront dans des circonstances spécifiques*' (Bacchi, 2016, p. 6, traduction libre). Comme d'autres, l'auteur estime cette approche limitée au regard de l'action sur les DSS compte tenu de son 'individualisme méthodologique' qui sonde les motivations et comportements individuels ; l'approche réaliste pourrait par inadvertance contribuer à une centration sur l'étude des 'modes de vie' pour expliquer les écarts sociaux de santé (Bacchi, 2016). De plus, la définition des 'sujets', des 'problèmes' et des significations qui leur sont accordées doit y être précisée, et questionnée afin de contrer un agenda potentiellement normatif où la santé deviendrait une 'métaphore pour le succès de l'État face aux personnes gouvernées' (Mc Queen et al. 2012, dans Bacchi, 2016).

Le troisième paradigme relatif aux problématisations dans les politiques de santé, le **post-structuralisme**, comporte plusieurs approches théoriques. Dans les perspectives post-structuralistes influencées par Michel Foucault, l'accent est mis sur la pluralité des pratiques qui produisent des 'technologies de règles hiérarchiques et inégales' (Bacchi 2016, p. 8, traduction libre). Les réalités singulières sont vues comme des 'créations politiques' plutôt que des 'données ontologiques' ; le 'réel' est produit par les discours sous forme de connaissances socialement construites. La notion de 'vérité' est remplacée par un accent sur les discours et sur la manière dont les pratiques reliées au savoir 'constituent' les 'choses' (soit les objets et les sujets); ces choses ne sont pas des 'essences' fixes, elles sont en transformation (Bacchi et Goodwin, 2016). Ainsi, le sujet n'est pas pris comme point de départ d'idées spécifiques, mais comme *point d'arrivée*. C'est la constitution du sujet lui-même (l'être pensant) et sa constante reconstitution qui est l'objet de l'analyse (Bacchi et Goodwin, 2016).

Dans une perspective post-structuraliste, gouverner consiste à mener des activités de 'problématisation', soit produire et se représenter des 'problèmes'. Comme les sujets sont 'provisaires', en constant développement, les problématisations gouvernementales en produisent

différents types, qui déterminent ce que les sujets ‘peuvent devenir’. Ce sont donc les ‘acteurs sociaux’ qui doivent être ‘interprétés’ par l’analyse (Bacchi et Goodwin, 2016). La vision conventionnelle selon laquelle les politiques ‘s’attaquent’ aux problèmes préexistants est remplacée par une analyse de ce qu’on entend par ‘problème’ dans les politiques et les pratiques gouvernementales, et de ce que comprend – ou non - l’agenda politique. Le post-structuralisme constitue une ‘éthique du politique’ qui laisse l’espace ouvert pour considérer comment les problèmes y sont constitués et comment il pourrait être possible de produire une société plus juste (Bacchi et Goodwin, 2016).

Bacchi situe les perspectives du *framing* dans **l’interprétativisme**. Dans un paradigme interprétatif, les acteurs sociaux ‘souverains’ et leurs interactions sont le point de départ de l’analyse, et ce sont les problématisations que ceux-ci *produisent* qui retiennent l’attention. On cherche à comprendre la manière dont les acteurs sociaux interprètent leurs expériences et créent le sens. L’approche interprétative est sensible aux changements de perspectives dans la décision politique, et revêt un caractère pragmatique.

Le *framing* des problèmes, envisagé en tant qu’*activité* des acteurs sociaux, inclut le rôle des valeurs. Les ‘problèmes’ politiques sont envisagés comme des jugements portés par une multiplicité d’acteurs aux perspectives variées et ‘en compétition’, à propos de situations sociales qui requièrent des actions, et de la manière dont on peut résoudre ces situations (Bacchi et Goodwin, 2016). Comme l’analyse ne remet pas nécessairement en question le bien-fondé des politiques (dont elle peut d’emblée admettre le point de départ comme valable), elle peut se limiter à comprendre comment les problèmes peuvent être amenés à être ‘gérables’ (Rein & Schön 1977, cité dans Bacchi 1977).

Les perspectives du *framing* sont toutefois pour certains une alternative utile à l’analyse de discours de Foucault dans les questions de santé (Fox 1997, dans Foley et al., 2019, p.1812), particulièrement lorsque les *frames* y sont vus comme illustrant des mécanismes de pouvoir (Braun, 2015; Foley et al., 2019). L’analyse peut permettre de comprendre et appréhender comment certains *frames* émergent, interagissent, deviennent dominants dans les discours entre acteurs, et activent ensuite certaines interprétations particulières (Foley et al., 2019). En santé publique, les éclairages des *frames* ont en outre été utilisés en rapport aux réseaux d’acteurs (Browne et al., 2017;

Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017), et ont notamment été mis en lien avec les questions de gouvernance (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Shawar et Shiffman, 2017).

2.2.5 Constats sur les écrits reliés aux *frames* et sommaire de cette revue

La littérature de sciences sociales et du domaine de la santé révèle des définitions et usages variés de la notion de *frame*. On y conceptualise les *frames* de manière plus ou moins abstraite, et davantage cognitive, individuelle et relativement statique, ou plus interactionnelle, collective et dynamique. On s'intéresse en outre à 'l'effet' des *frames*, à leurs conséquences et à leurs processus de construction et transformation. Quoique les perspectives de sens soient significatives pour les processus de mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017), et que le concept de *frame* soit mobilisé en rapport à divers contextes de construction de sens dans le domaine de la santé (politiques, programmes, interventions cliniques, messages préventifs, communications médiatiques), il ne semble pas encore l'être au regard de la mise à l'échelle.

C'est ce que cette thèse propose de faire en mobilisant une approche représentationnelle aux *frames* dans l'étude d'un cas de mise à l'échelle d'innovation éducative concernant le développement de jeunes enfants socialement désavantagés. Les articles empiriques du chapitre 5 portant sur les représentations du développement des jeunes enfants en termes de 'problème' et de solution préconisée (Larouche et al., Art. 1; Larouche et al., Art. 2) illustrent les éclairages que les *frames* comme 'représentations' apportent sur l'évolution des contenus véhiculés dans la mise à l'échelle de l'innovation – soit sur le 'quoi' de cette innovation.²⁵ Les *frames* offrent par ailleurs une occasion d'examiner les conséquences de cette évolution au regard de l'impact sur les inégalités sociales de développement et l'équité.

Mais d'abord, une perspective sociale qui combine les éclairages des *frames* et ceux de la TAR pourrait répondre au besoin d'approches théoriques, conceptuelles et méthodologiques sur les dynamiques de construction et transformation du sens dans la mise à l'échelle. Ces développements de nature conceptuelle et théorique, qui remplissent le premier objectif de la thèse, font l'objet du prochain chapitre. Le processus de mise à l'échelle y est conceptualisé à partir de la notion d'*acteur-réseau*, et un appareillage théorique mariant cette conceptualisation avec les perspectives

²⁵ Voir en page 78 les éclairages apportés par les *frames* au regard du 'comment' et du 'quoi' des interventions

du *framing* y est développé pour comprendre la manière dont le sens est transformé dans les réseaux d'acteurs.

Chapitre 3. Cadre théorique

Ce chapitre est composé d'un article dont je suis première autrice et qui constitue l'appareillage théorique de la thèse. L'article vise à construire la mise à l'échelle comme objet d'étude se situant au carrefour de la santé publique et de perspectives théoriques à caractère social. J'ai développé des idées liées à la TAR, avancé la pertinence du concept de *frame*, conçu l'argument principal et rédigé l'article en anglais. Louise Potvin et Angèle Bilodeau ont contribué à certains éléments de contenu, Louise Potvin a effectué des corrections sur des versions précédentes du manuscrit, et Isabelle Laurin a relu celui-ci. La version finale a été publiée en mars 2021 dans la revue *Health Promotion International*.²⁶

3.1 Article #1: Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity

Annie Larouche^{1,2,3,5*}, Angèle Bilodeau^{1,2,3,4}, Isabelle Laurin^{2,3,4,5}, and Louise Potvin^{1,2,3,4}

¹ Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal, Qc, Canada

² Centre de recherche en santé publique (CReSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

³ Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Qc, Canada

⁴ Centre de recherche Léa-Roback, Montréal, Qc, Canada

⁵ Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

*Corresponding author E-mail: a.larouche@umontreal.ca

²⁶ L'article original et les droits de reproduction figurent en annexes de la thèse.

3.1.1 Summary

There are numerous hurdles down the road for successfully scaling up health promotion innovations into formal programmes. The challenges of the scaling-up process have mainly been conceived in terms of available resources and technical or management problems. However, aiming for greater impact and sustainability involves addressing new contexts and often adding actors whose perspectives may challenge established orientations. The social dimension of the scaling-up process is thus critical. Building on existing conceptualizations of interventions as dynamic networks and of evolving framing of health issues, this paper elaborates a social view of scaling up that accounts for the transformations of innovations, using framing analysis and the notion of ‘expanding scaling-up networks’. First, we discuss interventions as dynamic networks. Second, we conceptualize scaling-up processes as networks in expansion within which social learning and change occur. Third, we propose combining a ‘representational approach’ to frame analysis and an ‘interactional approach’ that illustrates framing processes related to the micro-practices of leading public health actors within expanding networks. Using an example concerning equity in early childhood development, we show that this latter approach allows documenting how frames evolve in the process. Considering the process in continuity with existing conceptualizations of interventions as actor-networks and transformation of meanings enriches our conceptualization of scaling up, improves our capacity to anticipate its outcomes, and promotes reflexivity about health promotion goals and means.

Key words: scaling up, frame analysis, actor-network theory, problematizations, equity.

3.1.2 Introduction

Public health actors are in search of effective health promotion interventions and successful strategies that can be replicated and expanded to improve health and equity; programmes are often developed by scaling up promising innovations from pilot projects (Simmons et al., 2007). An innovation has been defined as a package of practices perceived as new in a particular programme context. Scaling up is the process of expanding these innovations to increase their impact and sustainability (Simmons et al., 2007; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). Reproducing and expanding promising interventions has proven to be challenging in many ways (Glasgow et al., 2003; Chopra and Ford, 2005; Milat et al., 2016): resource availability, quality and equity issues, and conflicting visions between actors are among the difficulties (Victoria

et al., 2004; Edwards, 2010; Mangham and Hanson, 2010). This paper builds on existing conceptions of intervention complexity and of transformation of meanings in relation to the networks of actors that support complex interventions, for conceptualizing scaling up.

Scaling up has been discussed mainly as a procedure, with current definitions revolving around resources and technical aspects (Gilson and Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011; Milat et al., 2016). Less attention has been given to the social aspects related to the fact that public health and health promotion interventions involve human actors and their relationships. The social dynamics in scaling up are thus often neglected, as is the evidence that innovations are action systems closely linked to their contexts (Hawe et al., 2009; Paina and Peters, 2012; Yates-Doerr, 2015). While not denying the importance of technical issues, this paper emphasizes that scaling up and the challenges associated with it requires a conceptual approach that takes into account social relations between social ‘actors’.

To account for these social dimensions in scaling up, we build on two concepts that have been introduced in relation to intervention complexity. Following Bilodeau and Potvin (2016), and Minary et al. (2018), we conceive that health promotion interventions are made of and supported by sociotechnical networks, that is, human and non-human entities assembled and whose actions are coordinated to achieve specific aims. Because interventions convey meanings and world views with regard to a problematic situation that needs to be changed, we follow Hawe et al.’s (2009) proposition to pair framing perspectives applied to interventions with longitudinal analysis of networks. In this paper, we explore the theoretical implications of considering how changes in the networks that are brought by scaling up processes shape and transform the meaning of health issues, that is, the framing of problems and their solutions.

3.1.3 Health promotion interventions

Events in dynamic systems. System thinking has gained much attention in public health, and complexity is currently conceived of as a key characteristic of health promotion interventions (Potvin and McQueen, 2008; Hawe, 2015). To achieve their goals, interventions often deploy multiple actions at different administrative levels, and involve a variety of actors from health and other sectors to activate relevant levers pertaining to the determinants of health and equity (Hawe, 2015). Rather than viewing interventions as a package of activities being adapted to shifting circumstances (Hawe et al., 2009; Rod et al., 2014), scholars are increasingly proposing a

systemic and dynamic conception of interventions (Bisset et al., 2009; Minary et al., 2018), which takes into account the necessary relational dimensions involved when considering that these interventions imply human actions. Some authors suggest that interventions be considered as creating critical events within existing contextual dynamic systems they intend to transform (Shiell et al., 2008; Figueiro et al., 2017), in order to ‘reconfigure’ social relations that constitute determinants of health (Rod et al., 2014; Hawe, 2015).

Complex interventions as actor-networks. Actor-network theory (ANT), also known as sociology ‘of innovation’ or ‘of translation’, is a useful conceptual tool and methodology for ‘appraising complex situations and analysing the production of change’ [(Bilodeau and Potvin, 2016), p. 1] in complex health promotion systems. Since its very beginnings in the 1970s, a defining characteristic of ANT is to conceptualize networks as ‘sociotechnical’, i.e. composed of intertwined human and non-human entities (such as material objects, knowledges, resources, rules), all considered being ‘actors’ (Callon, 1984; Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006). ANT is specifically interested in ‘following’—mostly qualitatively—how entities operate in their scattered actions within shifting network configurations (Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006; Vicssek et al., 2016), using for all entities a single conceptual repertoire (Callon, 1984; Callon and Ferrary, 2006; Bilodeau and Potvin, 2016). ANT considers that action, although being structured (i.e. constrained or enabled) by relations between network entities, also ‘structures’ the network itself and its connections, and the meanings that connections convey (Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006; Bilodeau and Potvin, 2016).

Based on ANT perspectives, and given that action is not produced by isolated entities, Bilodeau and Potvin (2016) conceptualize health promotion interventions as social action systems ‘in the form of’ sociotechnical networks. In this conceptualization, relations within intervention networks, and with the larger contextual networks, are key (Bilodeau and Potvin, 2016; Minary et al., 2018). It is the construction, expansion, and strengthening of the ‘intervention network’ that makes the action possible, and the network structure is gradually constructed, and reconstructed, by action and its outcome (for instance, intersubjective meanings). Hence, instead of the entities and their relative position in the network, the focal point is the ‘connections between entities’ and ‘what they convey’ (Latour, 2005; Bilodeau and Potvin, 2016)—whether it is, for instance, some problematizations about the context, or actions conducted to transform the latter (Bilodeau

and Potvin, 2016). Interventions thus assume different network forms and convey changing meanings and actions in the course of social action within specific contexts (Bisset et al., 2009; Hawe et al., 2009).

Research on network-based interventions is not new, but the study of their organization and governance, with regard to new forms of public action, has increased significantly in recent decades within the organizational and public policy literature (Rhodes, 2012; Klijn and Koppenjan, 2016). Likewise, dynamic perspectives on public health action are increasingly discussed (Bilodeau and Potvin, 2016; Figueiro et al., 2017; Shiffman et al., 2016). The presence of networks and the new modes of public governance that they entail justifies devoting greater efforts to studying them, and their transformation over time, whether inside or outside scaling-up processes. The relational considerations of scaling up proposed below arise from this conceptualization of interventions as transforming networks.

3.1.4 Scaling up as networks in expansion

About scaling up: two trends. Scaling up has been a growing topic in public health literature since the early 2000s, capturing the attention of policy and decision makers, as well as practitioners (Simmons et al., 2007; Mangham and Hanson, 2010; Milat et al., 2014), notably in relation to the United Nations' Millennium Development Goals (Subramanian et al., 2011), and the 2015 Sustainable Development Goals (Shiffman et al., 2016). Scaling up is defined as a process that consists in a systematic approach to reach more people, where sustainability of actions, quality and impact of interventions, fairness in coverage and adaptation to the environment are of concern (Edwards, 2010; Mangham and Hanson, 2010). Two different trends defining the scaling-up process are described in the literature, which are summarized here as the 'blueprint' approach and the 'social learning' approach (Uvin et al., 2000; Chopra and Ford, 2005; Subramanian et al., 2011).

The blueprint approach suggests that the expansion of coverage to other individuals or populations is more or less an end in itself. As some authors object, the effectiveness of scaling up is also considered to be selfevident (Gilson and Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012). The goal is to 'become big' (Uvin et al., 2000; Subramanian et al., 2011), and the impact of scaled-up interventions is deemed to follow quantitative expansion. Interventions are conceptualized as somewhat fixed objects, locally implemented using a standardized technical

process through successive steps of planning, implementation and monitoring/evaluation (Mangham and Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011; Milat et al., 2016). Scaling up is focused on interventions' coverage and health outcomes (Victora et al., 2004; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011), though the complexity of attributing outcomes to scaled-up interventions is acknowledged (Mangham and Hanson, 2010). Although this approach recognizes the importance of contextual factors, rational action planning is deemed to have a central role; interventions are replicated and planned relatively independently of their implementation context (Chopra and Ford, 2005; Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012). One critique of this perspective points out that there is a lack of social change models to guide practice and research, and that the approach generally rests on the assumption of the external validity of interventions (Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012). It seems to be taken for granted that interventions successfully tested in specific contexts are applicable, replicable and expandable to new environments, and that their results are transferable (Glasgow et al., 2003).

In the social learning approach, the main purpose of scaling up interventions is to increase their impact (Uvin et al., 2000; Gilson and Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011). Scaled-up interventions are viewed as malleable and complex objects with emergent properties, deployed and developed in new environments (Hawe, 2015; Figueiro et al., 2017) in a recursive process of planning, implementation, and evaluation (Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012). They are the result of a complex process of social learning rooted in the literature on innovation, implementation of pilot projects and complexity studies (Uvin et al., 2000; Subramanian et al., 2011; Yates-Doerr, 2015), and involving both scientific and experiential knowledge (Popay and Williams, 1996; Gilson and Schneider, 2010; Hawe, 2015). In this conceptualization, the context–intervention interface (Bisset et al., 2009) is key, and the size of the intervention is only one type of expansion to be considered (Uvin et al., 2000; Subramanian et al., 2011).

In line with conceiving of interventions as social objects in the form of networks (Bilodeau and Potvin, 2016), an approach to scaling up as a social learning and change process appears particularly relevant. Although this approach is of particular interest in recent health systems research (Gilson et al., 2014; Kiendre'be'ogo et al., 2020), scaling-up processes have mainly been considered in relation to resources and to technical aspects of interventions, for instance management devices or health personnel competencies (Gilson and Schneider,

2010; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). However, conceptualizing interventions as more or less ‘fixed objects’ misses the importance, diversity and specificity of the dynamic contexts within which interventions take place, and neglects the relational aspects of many of the challenges encountered during the scaling-up process. For instance, the question of costs and availability of resources highlights issues of actors’ roles, interests and power related to the distribution of resources: challenges may arise from the difficulty in establishing partnerships between health and community actors that provide services relevant to the innovation (Potvin and McQueen, 2008; Paina and Peters, 2012; Hawe, 2015) (e.g. early childhood educational services) for various reasons including limited resources or priorities given to certain values.

Even though a ‘social learning’ approach fostering participation and insights from experience provides opportunities to tackle scaling up complexities, and contributes to more effective and sustainable programmes, it does not guarantee success. Facilitating and monitoring dialogue may not always be easy, and specific theoretical and methodological frameworks are still required for studying the social change process of scaling up (Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012). Our position is that we need research methods for tracking social action and transformations within networks over time. We think that the conceptualization of scaling up as networks in expansion provides this opportunity.

Networks in expansion. Scaling up health promotion innovations often involves addressing new contexts (e.g. neighbourhoods), recruiting or reinforcing the links between a variety of intersectoral actors with disparate organizational mandates or accounting systems (Potvin and Clavier, 2013), and using (or living with) specific organizational mechanisms and tools (Mangham and Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). This enlarged implementation endeavour involves interactions to share and negotiate diverse—and sometimes contradictory—perspectives on an issue, and related values, resources, goals and roles concerning a shared purpose (Potvin and Clavier, 2013; Hawe, 2015). While leading actions commonly known as being part of the scaling up process—such as planning, administrative monitoring of implementation, or evaluation (Mangham and Hanson, 2010), health promotion leaders from public health organizations mobilize specific entities (both human and non-human) considered central to reinforce action in relation to the broader context (Milat et al., 2014), thereby creating, or expanding interrelated and

evolving action groups. Given that, it seems most relevant to consider the scaling up processes as sociotechnical networks in expansion, specification and consolidation, composed of a certain amount of ‘action groupings’ (Latour, 2005).

Health promotion leaders engage in a continuous process of adaptation and problem-solving (Subramanian et al., 2011; Paina and Peters, 2012) within these groupings; in ANT terms, they initiate a mediation process called translation (Callon, 1984; Potvin and Clavier, 2013; Bilodeau and Potvin, 2016), which ‘makes [the network entities] converge on common problematizations, negotiate shared interests, engage in new roles and mobilize a critical mass of actors for collective projects’ [(Bilodeau et al., 2019), p. 166]. Translation is how the ‘identity of actors, possibilities of interaction and margins of manoeuvre are negotiated and delimited’ [(Callon, 1984), p. 203]. It is the dynamic principle by which the network, eminently unstable at the start, expands, stabilize and acts (Potvin and Clavier, 2013; Bilodeau and Potvin, 2016), creating new links and reinforcing or weakening others in order to reduce situations of ‘uncertainties’ related to the proposed solution (Latour, 2005; Potvin and Clavier, 2013).

Health promotion leaders, often acting as *translators* (Potvin and Clavier, 2013) in scaling up processes, call for others when network actors ‘cannot attain what they want by themselves’ [(Callon, 1984), p. 206]. However, the more disparate the interests and identities of the actors, the more their alignment poses challenges to the actors and to the stability of the network (Potvin and Clavier, 2013). This may encourage more ‘conservative’ partnerships, containing for instance more actors from health sector organizations (Potvin and Clavier, 2013), even if scaling up innovative solutions may require more eclectic and context-based partnerships (Chopra and Ford, 2005; Potvin et al., 2010). In seeking consensus solutions to controversies that may arise—for instance due to disparate ways of understanding the problem, consideration of specific local conditions or issues of effectiveness—it is assumed that health promotion leaders, in their day-to-day practices, seek a balance between stakeholder interests, a commitment to core elements of efficiency, and organizational imperatives. The process may thus be viewed as trading off between stability and flexibility within the network (Shawar and Shiffman, 2017), wherein multiple reconceptualizations or ‘reproblematizations’ of innovations may occur (Callon, 1984; Potvin and Clavier, 2013; Bacchi, 2016).

3.1.5 Framing in scaling-up networks

Public action and conceptualization of issues. The social sciences are naturally concerned with the conceptualization of issues concerning public action in general, including in health promotion. This is notably addressed in critical policy analysis literature (Wagenaar, 2015; Bacchi, 2016), as well as in the literature focusing on the development of public instruments, such as policies and programmes (Lascoumes and Le Gale's, 2007). These social change tools are viewed and analysed as implicitly 'theorizing objects' that produce specific representations of problems and their solutions (Lascoumes and Le Gale's, 2007; Bacchi, 2016). The importance of problem and intervention conceptualizations is also well documented in theory-based evaluation literature as a means to ensure effectiveness (Weiss, 1997; Donaldson, 2012). Documenting or 'revealing' problem and programme theories and their plausibility, for instance, through logic analysis or realistic evaluation, is now common. However, in this literature, less importance has been given to the definition of problems and solutions in relation to specific contexts, and to their evolution over time, even though this evolution may impact on the transformative functions of interventions (Figueiro et al., 2017).

Interventions may be viewed as both carriers and drivers of particular conceptualizations of issues. Interventions do not only 'drive' social changes in contexts to amplify them in the desired way (or conversely, create inertia that goes against the pursued objectives) (Lascoumes and Gale's, 2007; Broer et al., 2010); they also carry the existing interactions between public institutions and other social actors. Viewing interventions as dynamic systems in the form of networks allows problematizing relationships to understand not only how interventions 'transform the contexts' in which they are implemented, but also how contexts themselves 'transform interventions' (Bilodeau and Potvin, 2016). Studying the dynamic social processes at work in conceptualizing interventions, focusing on the negotiations, struggles and compromises among actors, notably within 'discreet places' (e.g. reflection groups, steering committees) where they may take place (Gilbert and Henry, 2012), sheds light on how issues are constructed as public problems and as proposed solutions.

Embracing both problem and programme theories, frame and framing are unifying concepts that offer a way to acknowledge the importance and evolution of problematizations in scaling-up networks. The framing perspectives provide conceptual foundations to explain how health-related

issues and solutions are constructed and transformed, and enable us to track the social change process involved in scaling up.

Framing, frames and frame analysis. Frame analysis has its origins in sociology and social psychology, and, more specifically, in symbolic interactionism, as developed in Erving Goffman's seminal work *Frame Analysis: an essay on the organization of experience* (Goffman, 1974). For Goffman, frames are thought of as principles of organization at the source of specific meanings given to situations, these being located in interactions (Goffman, 1974; Braun, 2015). The anthropologist G. Bateson previously used the term 'frame' in the 1950s to refer to cognitive models of interpretation and evaluation of a message, and metacommunications, i.e. 'messages about message' (Bateson, 1955; Goffman, 1974; Chong and Druckman, 2007). Frames are understood as patterns of interpretation that highlight certain aspects of reality and give rise to certain ideas instead of others (Entman, 1993; Rychetnik et al., 2004), thereby influencing the definition of a situation or problem (Bateson, 1955; Goffman, 1974; Entman, 1993). They are considered by some as enmeshed in historical and political contexts, disciplinary perspectives, and individual subjectivities and ideologies, and have been linked to values, work and life experience, and organizational and professional culture and goals (Entman, 1993; Lloyd and Hawe, 2003; Rychetnik et al., 2004). Frames, thus, have been seen as more static cultural representations located in texts, and considered as informing about identities, preferences and interests of people (Braun, 2015).

Since the 1970s, the concepts of framing and frames have been used in a number of social science disciplines and fields of study such as behavioural psychology (Kahneman and Tversky, 1984), political communication (Entman, 1993; Cacciatore et al., 2016), organizational management (Cornelissen and Werner, 2014), social movement (Benford and Snow, 2000) and policy studies (Braun, 2015), resulting in a variety of perspectives from one discipline to another (Cornelissen and Werner, 2014; Koon et al., 2016), as well as within disciplines (Braun, 2015; Cacciatore et al., 2016), where frame analysis 'may mean very different things' (Braun, 2015). We refer readers to other publications for an overview of this eclectic field of research (Entman, 1993; Chong and Druckman, 2007; Dewulf et al., 2009; Cornelissen and Werner, 2014; Braun, 2015; Cacciatore et al., 2016; Koon et al., 2016; Van Hulst and Yanow, 2016).

In the last two decades, the field of public health has recognized the important role of meaning in policy and programming, and has integrated conceptual and methodological perspectives of framing to inform health issues and actions, or to critically examine the ways in which they are addressed (Garvin and Eyles, 2001; Lloyd and Hawe, 2003, Koon et al., 2016). The identification of frames, their construction processes, and their effects are discussed, notably in relation to problem definition (Ortiz et al., 2015), clinical intervention (Edwards et al., 2001), health messages dissemination (Gallagher and Updegraff, 2012), and the content of programmes and policies (Garvin and Eyles, 2001; Lloyd and Hawe, 2003). Framing has also been used to address issues such as the effectiveness of interventions, the biomedical model, and simplification of complex problems and solutions, as well as stigmatization and health inequities (Rock, 2005). Koon et al. (2016) recently published a scoping review of framing research in the health sector that focuses on understanding how frames ‘influence’ the policy development process. This review and other works show that framing analysis addresses social dynamics and power relations to varying degrees (Braun, 2015). For instance, as suggested by Braun (2015), the aim of the analysis may be to provide a causal explanation of the way in which frames—viewed as pre-existing and somewhat external to the political process—influence agenda-setting (Koon et al., 2016) or frames may be considered as a resource being transformed by interventions (Hawe et al., 2009), or to be mobilized strategically to help enrol key sectors to promote social change (Hawe, 2015; Khayat-zadeh- Mahani et al., 2018).

Scholars in the health domain are increasingly interested in the links between framing and actor-networks. For instance, Hawe et al. (2009) proposed the use of 2-mode network analysis to explore how material things become ‘active’ through networks by fostering new relationships and meanings, consistent with ANT (Latour, 2005). More recently, Shiffman et al. investigated the role of the framing of global health issues in the emergence, evolution, and efficiency of networks in terms of output, such as adoption of policies, budgets, resolutions, or decisions to scale up programmes for certain specific health problems (Shiffman et al., 2016). Other examples are Browne et al.’s study focusing on Aboriginal health and the link between frames and the structure of an actor-network (Browne et al., 2017), and Khayat-zadeh-Mahani et al.’s study, who advocate for a network-based governance approach to facilitate multisectoral collaboration and adopt a co-framing strategy in relation to obesity prevention (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017).

Combining framing and ANT views. Braun (2015) underlines that beyond relatively consensual definitions of frames, a distinction has to be made in research between two tendencies or approaches to frame and frame analysis, ‘representational’ and ‘participational’ – similar as what Dewulf et al. (2009) call ‘cognitive representations’ and ‘interactional co-constructions’. The representational approach sees frames as relatively static cognitive representations, in other words, as ‘mental entities’ to be represented as accurately as possible through frame analysis as a segment of social reality. The participational approach to frame analysis sees frames as located in interactions, the research endeavour being, ‘not to enlighten actors about the frameworks they find themselves in, but to systematize the different types of frameworks and how they operate in social life’ [(Braun, 2015), p. 444]. In line with Goffman, frames are ‘being done’, and are ‘activities’ instead of ‘things’, the temporal, dynamic, dimension being key. These two distinct approaches are linked to different ontologies and epistemologies, and entail different methodological approaches to framing analysis. The researcher must be clear about towards which model he or she gravitates.

As they are seen here, ‘frame’ and ‘framing’ analysis are part of an interpretive approach that is analytically critical of public policies and programmes regarding health and equity. Based on the recognized importance of problem and intervention conceptualization in theory-based evaluation literature (Weiss, 1997; Donaldson, 2012) and critical policy studies (Wagenaar, 2015; Bacchi, 2016), we believe in the utility and complementarity of representational and interactional (i.e. ‘participational’) approaches to frames and framing; combining these two approaches allows both to track social changes within innovations in the scaling-up process that may impact their transformative functions, and to explain how and why these changes occur in expanding networks. This combination of approaches serves to investigate not only the meanings given to various forms of public action—what we label here as ‘frame analysis’—but also the ways in which these meanings are produced in interactions between entities in groupings, named here ‘framing analysis’. Even though we adhere to a ‘social learning’ view of scaling up, we abstain from a purely rational idea of public health action and foster a critical view of public policies and programmes by casting light on interpretation patterns that impede social change, which, in turn, reinforce exclusion and social inequalities (Braun, 2015; Wagenaar, 2015; Van Hulst and Yanow, 2016). Obviously, this is highly relevant for health promotion interventions.

In our view of the ‘representational’ side of analysis, frames can be thought of as dynamic co-constructions produced by inter-individual processes, thus in constant transformation (Dewulf et al., 2009). Frames are considered as ‘temporarily crystallized forms of organization of meaning’, which are ‘the traces’ of the transformational social process occurring within scaling-up networks where the framing process takes place. ‘Frame analysis’ seeks to construct ‘freeze frames’, from the scattered elements of the problem and solutions proposed in the documents of an initiative, which reflect particular alignments of conceptions related to the health-related question addressed (Callon, 1984; Broer et al., 2010; Paina and Peters, 2012). This may be done at key moments of the scaling-up process, such as the beginning of a pilot project, and of a formal expanded programme. The differences between frames may display the additional or lower potential of the innovation scaled up to foster health or equity.

In an ‘interactional’ approach, the analysis seeks to trace the ‘framing process’ of health-related issues during scaling up, viewed here as the ways by which meanings transform within evolving networks’ structures and interactions, i.e. based on actor-network dynamics. Health-related issues are continually evolving over time, through successive problematizations, or ‘co-constructions’, produced by interactional processes where individuals from various organizations are intertwined with different kinds of objects. The network and the meanings assigned to health-related issues are deemed to coevolve. Qualitative empirical analysis of the sociotechnical networks’ pathways through time conjugated with these transitional problematizations enables us to keep track of how co-constructions transform in relation to the network structures and interactions (Gilbert and Henry, 2012; Wagenaar, 2015). Looking at the ‘micropractices’ of health promotion leaders, and at the interactions among entities, provides a way to understand how intervention meanings are constructed through relationships in the everyday process of scaling up, in other words, in discreet places (Gilbert and Henry, 2012) where entities interact, both inside and outside of the intervention network (Bilodeau and Potvin, 2016). It allows to *grasp how* changes in the content of the innovations – noticeable in official documents – are produced in scaling-up processes.

An example. The scaling up of an initiative aimed at promoting early childhood development in socially disadvantaged young children through intersectoral collaborative projects, may serve to illustrate how insights from ANT and framing analyses might be combined. Starting from

the micro-practices of health promotion leaders, and based on various sources of data like direct observation notes of meetings and events, logbooks, documents and interviews (Bilodeau et al., 2019), one may produce an ethnography describing: main poles of action (i.e. groupings such as a community of practice of local actors, a public health regional evaluation team on the field, or a sectoral steering committee), and external events (e.g. a new programme on a similar topic with which the innovation must be linked or the implementation of a regional public health plan).

The chronological ordering of actions and events allows constructing a timeline of the groupings that marked the network expansion (Latour, 2005). One must also develop a system of inscriptions to follow and document transformations in the sociotechnical network, interpretation of actions and events by the actors, and outcomes (Bilodeau and Potvin, 2016; Bilodeau et al., 2019) in terms of successive ‘problematizations’. This timeline is conceived of as a chain of critical events (Callon, 1984; Hawe et al., 2009; Bilodeau et al., 2019) wherein human and objects (budgets, material resources, knowledges, organizational tools and rules), consciously mobilized or simply involved, are intertwined within successive operations of translation (Callon, 1984; Latour, 2005). Which actor, enters or leaves the groupings? Which institutional objects, material or immaterial (e.g. budget rule, partnership agreement, scientific knowledge) are involved, how and why are they mobilized? Which translation operations are conducted by health promotion leaders, what role does the objects and various actors play in social interactions within the network and in carrying out actions, and what are the consequences? For example, the presence of a specific budgetary rule may have performative capacities, as it might constrain the possible use of allocated resources and guide the definition of specific roles by actors in implementing the enlarged programme.

From the new or expanding action groupings and the identified activities, one can extract the contents concerning dimensions of interest, for instance equity in early childhood development, identity of the actors involved (managers, service providers, parents, practitioners in educational settings, children), and role actors should play. How are people, objects and places defined in the problem and the solution proposed (Bacchi, 2016)? For instance, what are the reasons given for favouring certain types of actions, certain educational systems over others, certain children and families, and what is anticipated outcome? Translation result in transitional collective problematizations about: the addressed issue, ongoing actions to expand and reinforce the network,

and identities and relationships between the actors involved in solving the problem (Dewulf et al., 2009). These problematizations mark the progression towards ‘temporarily crystallized forms of organization of meaning’ observable in the frameworks documents of the pilot project, and of the at-scale programme.

Linking data about the network (entities, translation operations), and about transitional problematizations, allows us to trace the key characteristics of the coconstruction process, and makes it possible to outline how framing operates in social actions of scaling up. It also highlights the key role of public health actors and organizations as active meaning makers (Aukes et al., 2018), possibly impeding promising innovative elements and facilitating others. As intersectoral initiatives are still frequently promoted by, and under the strong influence of, the health sector (Potvin and Clavier, 2013; Breton, 2016), this is, of course, highly relevant. Such an approach thus allows considering which aspects of the network can be acted on to foster a greater impact on health and equity.

3.1.6 Conclusion

Seeing scaling up as a social process occurring through the expansion of a sociotechnical network, and using framing insights to track changing problematizations of health issues enriches the conceptualization of scaling up. Understanding the transformation of innovations and unpacking changing action systems involved in scaling-up processes may offer valuable insights into how to address its relational aspects. Since this may influence the success of scaling up by creating either synergy, or inertia effects, this may prove critical to navigate the scaling up process. The proposed approach sheds light on how innovations may remain, or become, truly ‘innovative’ adaptive interventions, able to fully achieve their intended impact regarding health and equity. This not only bring about reflection on strategies to meet the challenges of scaling up, but also fosters a critical and reflexive stance towards public health action.

3.1.7 Acknowledgements

We sincerely thank the two HPI anonymous reviewers for critical and constructive comments. Annie Larouche also thanks members of the Québec sciences sociales et santé (Q3S) writing group for helpful feedback in the process of developing this manuscript.

3.1.8 Funding

Annie Larouche was funded by the following doctoral grants:

- Excellence scholarship program for doctoral recruitment, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM);
- Strategic Research Training Program on Public Health Interventions: Promotion, prevention and Public Policy (4P), a partnership of Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Québec Population Health Research Network;
- InterActions grant from the Centre de recherche et partage des savoirs InterActions of the CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU and Fonds Marie-Anne Lavallée (Fondation Gracia).

3.1.9 References

Aukes, E., Lulofs, K. and Bressers, H. (2018) Framing mechanisms: the interpretive policy entrepreneur's toolbox. *Critical Policy Studies*, 12, 406–427.

Bacchi, C. (2016) Problematizations in health policy: questioning how “problems” are constituted in policies. *SAGE Open*, 6, 1–6.

Bateson, G. (1955) A theory of play and fantasy. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39–51.

Benford, R. D. and Snow, D. A. (2000) Framing processes and social movements: an overview and assessment. *Annual Review of Sociology*, 26, 611–639.

Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. and Potvin, L. (2019) Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on actor–network theory. *Sociology of Health & Illness*, 41, 165–179.

Bilodeau, A. and Potvin, L. (2016) Unpacking complexity in public health interventions with the actor–network theory. *Health Promotion International*, 33, 173–181.

Bisset, S., Daniel, M. and Potvin, L. (2009) Exploring the intervention – context interface a case from a school-based nutrition intervention. *American Journal of Evaluation*, 30, 554–571.

Braun, K. (2015) Between representation and narration: analysing policy frames. In Fischer F., Torgerson D., Durnova', A. and Orsini, M. (eds), *Handbook of Critical Policy Studies*. Edward Elgar Publishing, Massachusetts, USA, pp. 441–461.

Breton, E. (2016) A sophisticated architecture is indeed necessary for the implementation of health in all policies but not enough: comment on “understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities”. *International Journal of Health Policy and Management*, 5, 383–385.

Broer, T., Nieboer, A. P. and Bal, R. A. (2010) Opening the black box of quality improvement collaboratives: an actor-network theory approach. *BMC Health Services Research*, 10, 265.

Browne, J., de Leeuw, E., Gleeson, D., Adams, K., Atkinson, P. and Hayes, R. (2017) A network approach to policy framing: a case study of the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan. *Social Science & Medicine* (1982), 172, 10–18.

Cacciatore, M. A., Scheufele, D. A., Iyengar, S. (2016) The end of framing as we know it. . . and the future of media effects. *Mass Communication and Society*, 19, 7–23.

Callon, M. (1984) Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32, 196–233.

Callon, M. and Ferrary, M. (2006) Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, 13, 37–44.

Chong, D. and Druckman, J. N. (2007) Framing theory. *Annual Review of Political Science*, 10, 103–126.

Chopra, M. and Ford, N. (2005) Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International*, 20, 383–390.

Cornelissen, J. P. and Werner, M. D. (2014) Putting framing in perspective: a review of framing and frame analysis across the management and organizational literature. *Academy of Management Annals*, 8, 181–235.

Dewulf, A., Gray, B., Putnam, L., Lewicki, R., Aarts, N., Bouwen, R. et al. (2009) Disentangling approaches to framing in conflict and negotiation research: a meta-paradigmatic perspective. *Human Relations*, 62, 155–193.

Donaldson, S. I. (2012) *Program Theory-Driven Evaluation Science: Strategies and Applications*. Routledge.

Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E. and Pill, R. (2001) Presenting risk information a review of the effects of framing and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, 6, 61–82.

Edwards, N. (2010) *Scaling-up Health Innovations and Interventions in Public Health: A Brief Review of the Current State of the Science*. Unpublished manuscript presented at the Inaugural conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs, Washington, DC, USA.

Entman, R. M. (1993) Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43, 51–58.

Figueiro, A. C., de Araujo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. D. S. M. et al. (2017) A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health*, 62, 177–110.

Gallagher, K. M. and Updegraff, J. A. (2012) Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 43, 101–116.

Garvin, T. and Eyles, J. (2001) Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of Sun Safety in Australia, Canada and England. *Social Science & Medicine*, 53, 1175–1189.

Gilbert, C. and Henry, E. (2012) La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion. *Revue Française de Sociologie*, 53, 35–59.

Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P. and Lehmann, U. (2014) Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12, 30.

Gilson, L. and Schneider, H. (2010) Commentary: managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25, 97–98.

Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. and Marcus, A. C. (2003) Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93, 1261–1267.

Goffman, E. (1974) *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press, Massachusetts, USA.

Hawe, P. (2015) Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307–323.

Hawe, P., Shiell, A. and Riley, T. (2009) Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43, 267–276.

Kahneman, D. and Tversky, A. (1984) Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39, 341–350.

Khayat-zadeh-Mahani, A., Ruckert, A. and Labonte', R. (2018) Obesity prevention: co-framing for intersectoral 'buy-in'. *Critical Public Health*, 28, 4–11.

Kiendre'be'ogo, J. A., De Allegri, M. and Meessen, B. (2020) Policy learning and Universal Health Coverage in low-and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1–10.

Klijn, E. H. and Koppenjan, J. (2016) *Governance Networks in the Public Sector*. Routledge, Abingdon, UK.

Koon, A. D., Hawkins, B. and Mayhew, S. H. (2016) Framing and the health policy process: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 31, 801–816.

Lascoumes, P. and Le Galès, P. (2007) Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance*, 20, 1–21.

Latour, B. (2005) *Reassembling the Social - An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press, Oxford, UK.

Lloyd, B. and Hawe, P. (2003) Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression. *Social Science&Medicine*, 57, 1783–1795.

Mangham, L. J. and Hanson, K. (2010) Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25, 85–96.

Milat, A. J., King, L., Newson, R., Wolfenden, L., Rissel, C., Bauman, A. et al. (2014) Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners, and researchers. *Health Research Policy and Systems*, 12, 18.

Milat, A. J., Newson, R., King, L., Rissel, C., Wolfenden, L., Bauman, A. et al. (2016) A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Research & Practice*, 26, e2611604.

Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J. and Potvin, L. (2018) Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72, 319–323.

Ortiz, S. E., Zimmerman, F. J. and Gilliam, Jr F. D. (2015) Weighing in: the taste-engineering frame in obesity expert discourse. *American Journal of Public Health*, 105, 554–559.

Paina, L. and Peters, D. H. (2012) Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning*, 27, 365–373.

Popay, J. and Williams, G. (1996) Public health research and lay knowledge. *Social Science&Medicine*, 42, 759–768.

Potvin, L., Aumaître, F., Potvin, L., Moquet, M. and Jones, C. (2010) Les partenariats : espaces négociés de controverses et d'innovations. Réduire les inégalités sociales en sante'. INPES, Saint-Denis, pp. 318_325.

Potvin, L. and Clavier, C. (2013) Actor–network theory: the governance of intersectoral initiatives. In Clavier, C. and de Leeuw, E. (eds), Health Promotion and the Policy Process. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 82–103.

Potvin, L. and McQueen, D. (2008) Practical dilemmas for health promotion evaluation. In Potvin, L. and McQueen, D. (eds), Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Springer, New York, pp. 25_45.

Rhodes, R. A. (2012) Waves of governance. The Oxford Handbook of Governance. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 33–48.

Rock, M. (2005) Figuring out type 2 diabetes through genetic research: reckoning kinship and the origins of sickness. *Anthropology&Medicine*, 12, 115–127.

Rod, M. H., Ingholt, L., Bang Sørensen, B. and Tjørnhøj- Thomsen, T. (2014) The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research. *Critical Public Health*, 24, 296–307.

Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. and Frommer, M. (2004) A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 538–545.

Shawar, Y. R. and Shiffman, J. (2017) Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *The Lancet*, 389, 119–124.

Shiell, A., Hawe, P. and Gold, L. (2008) Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 336, 1281–1283.

Shiffman, J., Schmitz, H. P., Berlan, D., Smith, S. L., Quissell, K., Gneiting, U. et al. (2016) The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy and Planning*, 31, i110–i123.

Simmons, R., Fajans, P. and Ghiron, L. (2007) *Scaling up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. World Health Organization, Geneva.

Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T. and Peters, D. H. (2011) Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC Health Services Research*, 11, 336.

Uvin, P., Jain, P. S. and Brown, L. D. (2000) Think large and act small: toward a new paradigm for NGO scaling up. *World Development*, 28, 1409–1419.

Van Hulst, M. and Yanow, D. (2016) From policy “frames” to “framing” theorizing a more dynamic, political approach. *The American Review of Public Administration*, 46, 92–112.

Vicsek, L. M., Kiraly, G. and Konya, H. (2016) Networks in the social sciences: comparing actor-network theory and social network analysis. *Corvinus Journal of Sociology and Social Policy*, 7, 77–102.

Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J. and Vaughan, J. P. (2004) Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 364, 1541–1548.

Wagenaar, H. (2015) *Transforming Perspectives: The Critical Functions of Interpretive Policy Analysis*. *Handbook of Critical Policy Studies*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK, pp. 422–440.

Weiss, C. H. (1997) Theory-based evaluation: past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 1997, 41–55.

Yates-Doerr, E. (2015) The world in a box? Food security, edible insects, and “one world, one health” collaboration. *Social Science & Medicine*, 129, 106–112.

Chapitre 4 – Méthodologie

Le but de cette thèse est d'explorer l'utilité des *frames* au regard de la dynamique sociale de la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé. Le second objectif de la thèse consiste à explorer l'utilité des *frames* comme 'représentations' pour documenter l'évolution du contenu d'une innovation au cours de sa mise à l'échelle au regard a) du 'problème' et b) de la solution préconisée. La réponse à cet objectif repose sur l'étude d'un cas de mise à l'échelle d'une innovation de promotion de la santé. Ce chapitre présente une synthèse de la méthode utilisée et aborde certaines considérations ontologiques et épistémologiques qui caractérisent l'étude. Les détails de méthode figurent dans les deux manuscrits empiriques présentés au chapitre 5.

4.1 Devis, contexte et question de recherche

Le devis de recherche consiste en l'étude qualitative et rétrospective d'un cas de mise à l'échelle d'innovation utilisé de manière instrumentale (Stake, 2008); j'y vise l'exploration de l'évolution des *frames* comme 'représentations' plutôt que le processus de mise à l'échelle de l'innovation lui-même. Une analyse documentaire s'intéressant à deux moments distincts du processus de mise à l'échelle a été pratiquée à propos de cette innovation qui concerne le développement de tout-petits socialement désavantagés.

4.1.1 Pertinence du développement de la petite enfance pour la promotion de la santé

Le développement de la petite enfance et la réduction des inégalités sociales de développement des jeunes enfants (DJE) sont des questions de santé publique et de justice sociale significatives. La petite enfance est considérée comme un important déterminant social de santé ainsi qu'un moteur incontournable pour le développement mondial. Tant le droit de tous les enfants à des contextes de vie favorisant leur épanouissement que les conséquences individuelles du développement en bas âge pour la vie future sont soulignés dans la littérature (Britto et Ulkuer, 2012; Zonji, 2018). Le potentiel du DJE est aussi amplement reconnu au regard de la réduction des ISS, de même que pour le développement durable (Daelmans et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2008; Sachs, 2012), ce qui en justifie la pertinence pour le champ de la promotion de la santé.

4.1.2 Mise à l'échelle en promotion de la santé

L'intersectorialité est au cœur des innovations de promotion de la santé, qui mobilisent souvent l'action coordonnée de plusieurs secteurs d'action publique, des secteurs privé et philanthropique et de la société civile pour agir sur les déterminants de la santé et de l'équité dans différents milieux ou populations. (Bilodeau et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 1986; Potvin et al., 2005; Shankardass et al., 2012). Ces innovations visent notamment à aplanir les ISS et promouvoir l'équité des moyens entre divers groupes sociaux plus ou moins avantagés (Potvin et Jones, 2011; Ridde, 2007). Les finalités d'accroissement d'impact et de pérennité des effets de la mise à l'échelle peuvent donc s'y exprimer en ces termes de réduction d'ISS et d'iniquités sociales.

Dans les processus de mise à l'échelle, les projets pilotes constituent d'importantes phases de préparation et façonnement de ces innovations et incluent généralement des activités de suivi et d'évaluation et de multiples délibérations et décisions impliquant divers acteurs (Pluye et al., 2000; Thabane et al., 2019). Ces périodes pilotes peuvent conduire à d'éventuelles différences dans les contenus promus (Indig et al., 2017b; Milat et al., 2016; Nguyen et McIntyre, 2015, 25-28 mai), notamment dans l'équilibre entre les objectifs d'équité et les objectifs globaux de santé (Edwards 2010). Les changements qui surviennent dans la problématisation des questions de santé au cours de ces périodes s'avèrent donc intéressants à étudier. L'étude des changements peut prendre la forme particulière d'une analyse comparative du contenu des *frames* entre les phases pilote (ci-après Pilote) et programme à grande échelle (ci-après Programme) (Larouche et al., 2021) de l'innovation.

4.1.3 Question de recherche

En rapport au cas étudié, la question de recherche est ainsi la suivante :

Les *frames* diffèrent-ils dans le Programme par rapport au Pilote et en quoi peuvent-ils soutenir l'action du Programme à l'échelle sur les inégalités sociales de DJE et l'équité, selon leur représentation :

- a) du 'problème' du DJE ?
- b) de la 'solution' éducative préconisée ?

4.2 Cas de mise à l'échelle à l'étude

Le cas étudié est celui de la mise à l'échelle, de 2005 à 2011, de l'innovation à caractère intersectoriel Éducation des tout-petits en contexte de vulnérabilité²⁷ (Larouche et al., Art. 1; Larouche et al., Art. 2).

L'innovation Éducation des tout-petits en contexte de vulnérabilité (ci-après 'Éducation des tout-petits') cherche à promouvoir le développement de jeunes enfants socialement désavantagés provenant de quartiers urbains défavorisés par l'accroissement de l'accessibilité à des milieux éducatifs de qualité extérieurs à la famille et l'arrimage des ressources de petite enfance. Cette innovation a été développée comme projet pilote par une direction régionale de santé publique dans quelques-uns de ses territoires locaux, puis portée à l'échelle de l'ensemble de la région.

L'innovation Éducation des tout-petits constitue un cas intéressant de mise à l'échelle d'une innovation de promotion de la santé pour plusieurs raisons. D'abord, cette innovation a un caractère intersectoriel indéniable par sa mobilisation d'acteurs de santé, petite enfance, éducation et du milieu communautaire. Ensuite, l'innovation promeut l'accroissement des moyens pour permettre à ces enfants de réaliser leur plein potentiel ; en agissant sur des déterminants des inégalités sociales de développement, elle prône l'équité sociale pour la petite enfance. Enfin, les phases pilotes sont reconnues importantes pour le façonnement des innovations de santé populationnelle (Thabane et al., 2019). Puisque cette innovation démontre une phase pilote bien balisée et documentée et un cadre de référence officiel du programme à l'échelle, il s'agit d'une occasion intéressante d'y étudier l'évolution des *frames*. En outre, j'ai pu avoir accès à cette innovation grâce à un stage doctoral effectué à la direction régionale de santé publique concernée.

4.3 Données de type documentaire

L'étude de l'évolution des *frames* s'appuie sur une analyse documentaire ancrée dans les deux documents cadres de l'innovation Éducation des tout-petits : le document qui guide le projet pilote (cadre Pilote) et celui qui balise le programme formel porté à l'échelle de la région (cadre Programme). Ces documents ayant été conçus à des fins administratives et non d'évaluation ou de recherche, ils ont été complétés des références primaires qu'ils contiennent pour permettre d'en

²⁷ Un nom fictif est utilisé pour préserver l'anonymat

mieux saisir les contenus. Les sources documentaires (au nombre de vingt-neuf) et les détails concernant la sélection des données dans les références primaires figurent au prochain chapitre²⁸ (Larouche et al., Art. 1).

En tant qu'instruments d'action publique, les documents cadres sont pertinents à analyser parce qu'ils sont mobilisés pour la planification rationnelle de l'action et sont 'performatifs', c'est-à-dire capables de faire 'faire' ou non certaines choses aux gens en fonction de leur existence et de ce qu'ils contiennent (Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011). Ces documents cristallisent des visions spécifiques et momentanées des questions de santé (Larouche et al., 2021; Prior, 2011).

4.3.1 Ontologie des documents d'innovations

« Produits, partagés et utilisés de manière socialement organisée » (Bowen 2009, p. 47), les documents sont des constructions sociales (Prior 2011) spécifiques à des contextes et des réseaux d'acteurs particuliers, et 'portent' certaines relations entre les responsables des innovations et leurs bénéficiaires (Lascoumes, 2004; Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011). Au-delà de simples sources ou véhicules de données, en cohérence avec la sociologie des instruments d'action publique, les documents cadres de l'innovation étudiée sont envisagés comme des dispositifs techniques et sociaux porteurs de représentations qui organisent des rapports spécifiques entre la 'force publique' et ses destinataires (Lascoumes et Le Galès, 2005). Par leurs contenus, les documents cadres d'innovations peuvent refléter la présence (ou l'absence) d'acteurs multisectoriels dans le réseau socio-technique de la mise à l'échelle, ainsi que leurs rôles et relations (Larouche et al., 2021).

Les documents cadres sont vus comme des objets 'théorisants' où prédominent certaines idées plutôt que d'autres (Larouche et al., 2021; Lascoumes et Le Galès, 2005; Prior, 2011). Ce que ces documents 'disent' peut pertinemment être décodé par une analyse du discours (Prior 2011, Bacchi 2016) telle que celle des *frames* (Braun 2015, Foley, Ward et al. 2019, Larouche, Bilodeau et al. 2021). Les documents cadres constituent un objet d'étude en soi pour lesquels les *frames* sont vus comme un outil d'analyse et de représentation du sens (Schön et al., 1996).

Les *frames* comme représentations illustrent des segments statiques temporaires de la réalité sociale et peuvent informer des préférences, valeurs et intérêts du moment dans la 'vie' des interventions

²⁸ Voir l'article empirique de la section 5.1

(Larouche et al., 2021). Tel que proposé au chapitre 3 (Larouche et al., 2021), ces *frames* peuvent être construits par le chercheur à partir des problématisations ‘cristallisées’ dans des documents de politiques ou programmes publics (Braun, 2015; Entman, 1993; Van Hulst et Yanow, 2016).

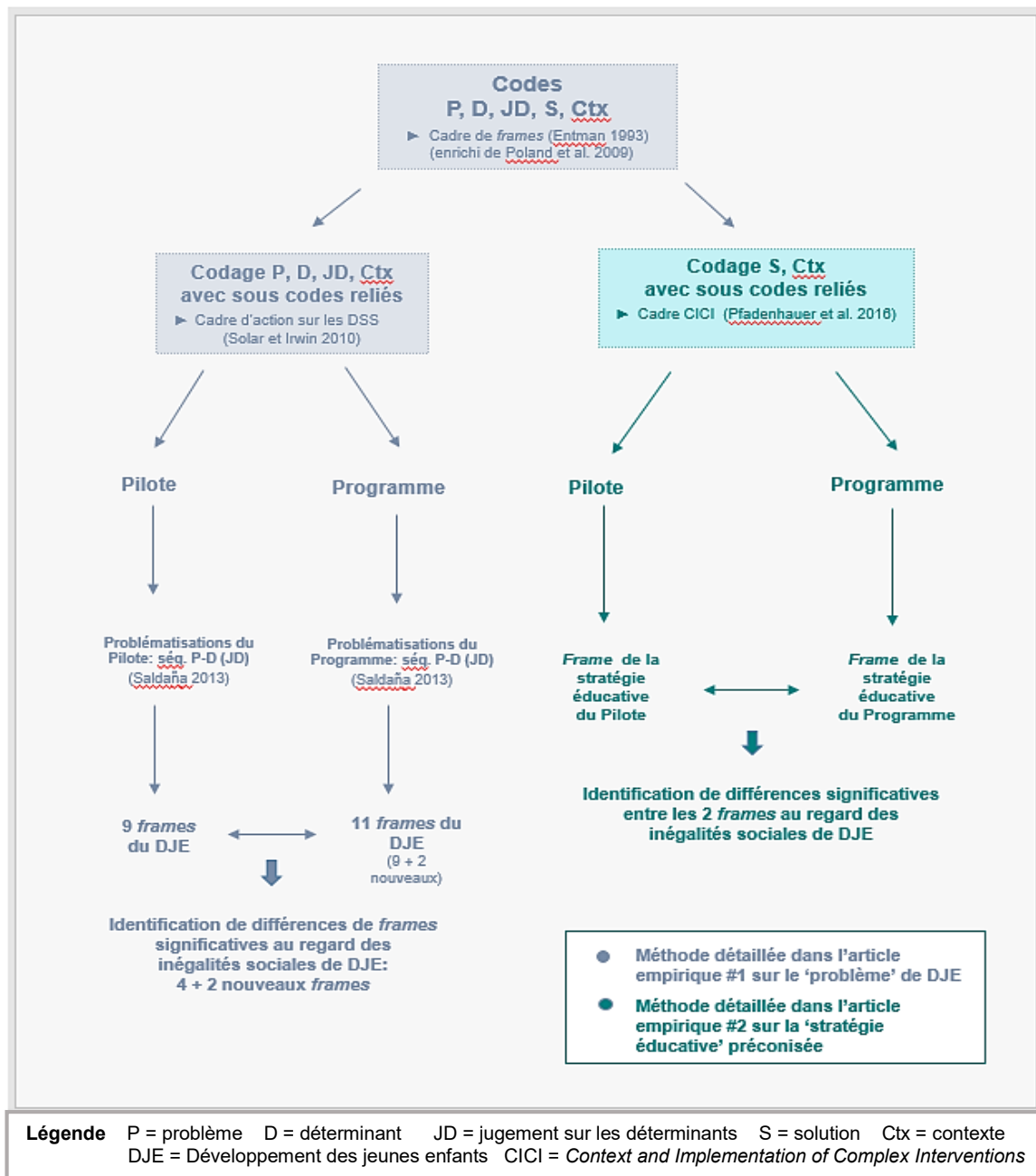


Figure 1. Méthode globale d'analyse des *frames* de l'innovation Éducation des tout-petits

4.4 Construction des *frames* et identification de différences

La **Figure 1** illustre la méthode globale d'analyse des données et les cadres conceptuels employés pour construire les *frames* et établir les différences de *frames* du problème du DJE et de la stratégie éducative préconisée, pour le Programme à l'échelle en rapport au Pilote. Les détails de cette méthode figurent dans les deux articles empiriques présentés au prochain chapitre.

4.5 Analyse qualitative du contenu des *frames* et des différences significatives

Plutôt que d'expliquer des liens de causalité ou d'avancer des prédictions, la recherche qualitative cherche à développer une compréhension en profondeur des phénomènes étudiés pour en dévoiler le sens et les implications (Creswell, 2016; Merriam, 2009). Comme pour la plupart des études qualitatives appliquées, cette étude s'inscrit dans un paradigme interprétatif qui assume que les individus - dont les chercheurs - construisent la réalité en interaction avec leur monde social (Merriam, 2009). Cette thèse s'inscrit plus particulièrement dans la recherche de type 'critique'.

4.5.1 Positionnement épistémologique : interprétativisme 'critique'

Au-delà de 'comprendre' le monde social, la recherche qualitative critique questionne spécifiquement les rapports sociaux de pouvoir qui y sont à l'œuvre (Merriam, 2009; Wagenaar, 2015). L'adoption d'une posture critique au regard des politiques et programmes publics implique de chercher à saisir les intérêts, valeurs et critères normatifs qui les façonnent (Bacchi, 2016; Fischer et al., 2015a; Wagenaar, 2015). On s'y éloigne d'une vision purement 'rationaliste' de l'action publique qui valorise le savoir expert et considère l'analyse comme étant neutre et basée sur des connaissances indépendantes de valeurs ou d'opinions (Bilodeau et al., 2004; Fischer et al., 2015a; Schön et Rein, 1994; Yanow, 2015). Mobiliser les *frames* comme 'représentation' à propos des processus de mise à l'échelle d'interventions publiques et adopter à leur sujet une perspective critique implique d'interroger leur sens et de mettre en lumière la transformation de schémas d'interprétation 'sous-jacents' (Braun, 2015; Van Hulst et Yanow, 2016; Wagenaar, 2015) qui peuvent influencer sur les visées que les interventions poursuivent (Baum et Fisher, 2014; Larouche et al., 2021; McLaren et al., 2020; Whitehead et Popay, 2010).

4.5.2 Analyse des *frames* comme ‘représentations’, discours et sens

L’analyse de *frames* comme ‘représentations’ constitue pour certains un type particulier d’analyse de discours (Entman, 1993; Fisher, 1997; Foley et al., 2019). L’analyse pratiquée ici au sujet des documents-cadres de ce cas est en cohérence avec la vision interprétativiste qu’en a Bacchi (2016); elle ne remet pas fondamentalement en question la constitution même de la question de santé en tant que ‘problème’, ou la pertinence d’une innovation à cet égard. L’analyse est toutefois teintée de poststructuralisme dans le sens où les objets et les sujets y sont envisagés comme étant en constante transformation dans le monde social, et surtout, ‘conditionnés’ par les politiques ou programmes publics face à ce qu’ils peuvent ‘devenir’ (Bacchi, 2016). Partant de l’ontologie présentée des documents politiques, j’examine de manière critique les façons dont le ‘problème’ de santé publique est représenté, et ce qu’on ‘dit’ à propos des sujets impliqués dans ce problème et dans la solution préconisée (dispensateurs, cibles et bénéficiaires de l’action) (Larouche et al., Art. 1; Larouche et al., Art. 2). En lien avec les problématisations avancées dans les documents cadres du cas étudié et les *frames* qui sont construits à leur propos, je m’intéresse aux savoirs qui ‘constituent’ les sujets (Bacchi, 2016; Larouche et al., Art. 2) et qui promeuvent ou minent la capacité à agir sur les inégalités sociales et les iniquités.

L’étude des transformations de *frames* (Braun, 2015 ; Entman, 1993; Foley et al., 2019) entre les documents cadres du Pilote et du Programme à l’échelle fournit des ‘coupes transversales’ de la réalité de cette innovation portée à plus grande échelle, où prévalent certaines représentations particulières du problème et de la solution préconisée. Comparer ces représentations peut mettre en lumière des transformations de nature à affecter les visées d’impact et de pérennité poursuivies par la santé publique au travers du processus de mise à l’échelle (Indig et al., 2017a; Milat et al., 2015; Subramanian et al., 2011).

Chapitre 5 – Résultats

Les deux articles empiriques présentés dans ce chapitre portent sur l'analyse de *frames* réalisée au sujet du cas de mise à l'échelle de l'innovation éducative Éducation des tout-petits pour jeunes enfants socialement désavantagés. Les *frames*, construits à partir des documents cadres qui guident le projet pilote (avant la mise à l'échelle) et le programme à l'échelle (après la mise à l'échelle), y sont analysés de façon critique au regard de la capacité du programme à grande échelle à agir sur les inégalités sociales de développement des jeunes enfants et l'équité.

Le premier article, en anglais, porte sur le 'problème' du développement du jeune enfant. Il est destiné à la revue en libre accès *International Journal of Health Policy and Management* (<https://www.ijhpm.com>). Cette revue s'intéresse à des idées originales entre autres liées aux politiques de santé publique et à la mise en œuvre d'innovations, et s'adresse à un vaste lectorat de chercheurs, praticiens et décideurs de différentes disciplines. Son rédacteur en chef, Dr. Akram Khayat-zadeh-Mahani, s'est récemment intéressé au *framing* d'une question de santé, et suggère d'étudier le '*co-framing*' entre divers acteurs dans les processus politiques en lien avec les modes de gouvernance intersectorielle des réseaux (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017). Cette revue a en outre publié dernièrement une étude concernant la transformation d'une initiative intersectorielle s'intéressant aux jeunes enfants (Okeyo, Lehmann et al. 2020).

Le second article porte sur la 'stratégie éducative' préconisée dans le cas étudié. Cet article rédigé en français sera traduit pour soumission à l'*International Journal for Equity in Health* (<https://equityhealthj.biomedcentral.com>), aussi en libre accès. Cette revue, qui s'identifie comme un 'forum très visible' mondialement, s'intéresse aux influences sur l'équité des politiques et systèmes de santé, et publie entre autres des articles d'études qualitatives. Ce choix est justifié par la nature de l'innovation portée à l'échelle, et l'angle d'analyse en lien aux inégalités sociales de DJE et à l'équité.

Pour l'étude du cas d'Éducation des tout-petits, j'ai effectué des entrevues exploratoires avec les répondantes de l'initiative, mené la collecte et l'analyse des données, rédigé l'intégralité des manuscrits, et les ai révisés suites aux commentaires critiques des co-autrices. Isabelle Laurin a validé les analyses sur des portions du matériel et a fourni des commentaires critiques sur le contenu

des articles. Louise Potvin a supervisé l'ensemble du projet et fourni des commentaires sur plusieurs ébauches des manuscrits. Les deux co-autrices ont approuvé les manuscrits finaux.

En annexes de la thèse figurent quatre tableaux complémentaires mentionnés dans ces deux articles (grilles de codage des contenus reliés à chaque article, et citations et résultats détaillés du second article).

5.1 Article empirique #1: Scaling up a population health innovation for socially disadvantaged early childhood development: pitfalls and promises related to changes in ‘problem’ frames

Annie Larouche^{1,2,3,5*}, Isabelle Laurin^{2,3,4,5}, and Louise Potvin^{1,2,3,4}

¹ Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal, Qc, Canada

² Centre de recherche en santé publique (CRéSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

³ Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Qc, Canada

⁴ Centre de recherche Léa-Roback, Montréal, Qc, Canada

⁵ Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

5.1.1 Abstract

Background: Scaling up promising population health innovations from pilot projects into formal programs aims to ensure their broader and more sustainable impact. These processes often imply expanding the networks of actors, and may lead to renewed definitions of the issues addressed, with potential significant implications for the scaled-up program. This study aims to critically analyse the implications for social inequalities in children's development of changes occurred in 'problem' frames in the scaling up case of an educational initiative for early childhood raised in socially disadvantaged contexts.

Methods: We conducted a qualitative frame analysis of documents guiding the pre-scale-up (pilot project) and post-scale-up (program) periods, and of their references. Problem frames were constructed based on the documents' contents, using Entman's framing, and Solar & Irwin's social determinants of health frameworks. Drawing on critical interpretive perspectives, we analysed and compared their relevance and transformation's implications for supporting action on social inequalities in early childhood development (ECD) in the scaled-up Program.

Results: A significant evolution of the Program frames pertains to two new population-level frames, and four common Pilot-Program frames showing changes in their contents. A downstream slide towards more children-centred processes and proximal contexts, and incidence considerations in the general population raise questions about the relative importance devolved to social inequalities in ECD. However, some promises relate to specific resource concerns and more contextually anchored frames, notably the access of deprived children to quality childcare services.

Conclusion: Changes in the ways problems are framed may lead the way to reduce social health inequalities, and should retain attention in order to foster scaled-up population health innovations pursuing equity goals.

Keywords: Scaling Up, Early Childhood Development, Vulnerable Canadian Populations, Problem Frames, Social Inequalities in Health, Critical Interpretive Analysis

5.1.2 Key Messages

Implications for policy makers

- Innovative early childhood education initiatives, having the potential to act on inequities, may change in contents when they are scaled up, for the best or for the worst.
- How the early childhood development (ECD) ‘problem’ is framed may change, and foster or contrarily impede action on the social contexts at the root of inequalities in children’s development. Framing ECD solely around development statuses of children and behaviors of caregivers is less amenable to act on social inequalities in children’s development, while framing ECD around contextualized mechanisms of resource access, and living situations, is more promising.
- Socially disadvantaged families’ capacities to act for their wellbeing must be recognized, as well as the mechanisms by which they may access quality educational resources, and benefit from them.
- Quality aspects of educational resources should include being sensitive and able to carry out structural adjustments in response to expressed and perceived needs, these resources not only being viewed as normative ‘producers of good individual ECD’. Strengthening the links between various resources is a promising avenue.
- Policy-makers should pay attention to how cross-sectoral actors co-create certain visions of the problem during the pre-scale-up (pilot) period, and be aware that ECD concerns do not slide

downstream towards a single focus on children-centred proximal contexts and processes, regardless of family realities.

Implications for the public

The way health-related problems are ‘framed’ in population health innovations may evolve within scaling up processes. This is particularly relevant regarding innovations aimed at reducing social inequalities in health. We conducted a critical ‘frame analysis’ on policy documents concerning the pilot and scaled-up program phases of an initiative fostering early childhood development (ECD) in vulnerable contexts. ECD frames both favourably and unfavourably evolved during the scaling-up process: being centred only on children proximal contexts is a pitfall, while a greater considering of neighbourhood resources and living conditions of disadvantaged families is a promise.

5.1.3 Background

Health programs are often born from promising pilot project, involving ‘innovations’ that are ‘scaled up’. Innovations may be interventions or set of practices that are perceived as new in a particular organizational context (Simmons, Fajans et al. 2007, ExpandNet 2010); and scaling up has been defined as an expansion process aimed at increasing and sustaining the impact of innovations, involving organizational mechanisms and social learning (ExpandNet 2010, Mangham and Hanson 2010, Subramanian, Naimoli et al. 2011). A number of challenges may be encountered in scaling up processes, for instance related to costs and available resources, equity and quality issues, or the divergence of values among actors, thus possibly impeding scaled-up programs’ impact (Edwards 2010, Mangham and Hanson 2010, Milat, King et al. 2013). It is notably the case for population health innovations involving dynamic social processes (Rod, Ingholt et al. 2014). Their scaling up entails social actions and relations in expanding intersectoral networks that may transform the ways in which problems and solutions are envisioned (Larouche, Bilodeau et al. 2021). However, innovations’ content evolution in scaling up processes has scarcely been discussed in the scientific literature. Policy researchers rarely question problematizations of health issues themselves (Bacchi 2016) and, moreover, in scaling up contexts, where important social considerations may transform (Larouche, Bilodeau et al. 2021). This article proposes to explore problematizations evolution within the documents pertaining to a population health innovation that has been scaled-up, by drawing on the concept of frame.

In a representational approach to this concept (Braun 2015), ‘frame’ refers to the particular ways in which issues may be presented and are socially constructed, in relation to the various perspectives (disciplinary, sectoral, historical, political, etc.) of diverse actors (Rychetnik, Hawe et al. 2004, Foley, Ward et al. 2019, Larouche, Bilodeau et al. 2021). Some researchers in the health domain recently became interested in the link between networks of actors involved in health issues, the framing of problems, and the implementation of solutions (Shiffman, Schmitz et al. 2016, Khayat-zadeh- Mahani et al. 2017, Okeyo, Lehmann et al. 2020, Larouche, Bilodeau et al. 2021). However, until now, scaling up has been considered more from the point of view of available resources and technical aspects, such as management arrangements or health worker competencies (Gilson and Schneider 2010, Subramanian, Naimoli et al. 2011, Indig, Lee et al. 2017). This approach neglects the social aspects of many of the challenges of scaling up that impact on innovation uptake and contents (Shaw, Shaw et al. 2017, Côté-Boileau, Denis et al. 2019, Larouche, Bilodeau et al. 2021). As identifying a ‘problem’ reflects some underlying ideological beliefs (Eakin, Robertson et al. 1996, Labonte, Polanyi et al. 2005, Bacchi 2016), and understandings of how problems are produced leads to certain intervention options rather than others (McLeroy, Steckler et al. 1993, Weiss 2000), we are interested in changes in ‘problem framing’ (Foley, Ward et al. 2019) within scaling up contexts. We think that this kind of knowledge can be useful for scaling up processes and could foster reflexivity about public health action.

5.1.3.1 Population health interventions and inequalities: reconfiguring problematic social relations

Population health interventions (PHI) are policies or programs that have the potential to change the distribution of health risks and their determinants within populations. Instead of focusing on a few individuals, PHIs use a variety of strategies within global or ‘universal’ interventions addressing the ‘whole population’ (Hawe, Di Ruggiero et al. 2012). From an equity perspective, PHIs may also aim at ‘reducing social inequalities in health’ (SIH) – unfair and preventable health disparities associated with social disadvantages – through interventions oriented towards the health gradient¹ (across the whole social hierarchy) or targeting the health gaps of specific groups identified as ‘vulnerable’ based on social characteristics (e.g. income, education level), considered at higher average ‘risk of risks’ relative to the rest of the population. Interventions may also combine SIH and universal aspects (Frohlich and Potvin 2008, Hawe, Di Ruggiero et al. 2012, Benach, Malmusi

et al. 2013). Regardless of the SIH intervention type favoured (gradient or gap), interventions require specific consideration of the particularities of the social context at the root of vulnerability and SIH (Poland, Frohlich et al. 2008, Shoveller, Viehbeck et al. 2016, Frohlich, Poland et al. 2017).

‘Vulnerability’ refers to a more or less temporary situation characterized by a high probability for people - sharing social and economic conditions - of being exposed to risk while not having access to the resources needed to cope without suffering harmful losses (Chambers 2006, 1989, Adam and Potvin 2016). Acting upon vulnerability situations, having both external and internal aspects – i.e. individual – environment relationships (Chambers 2006, 1989), requires putting the spotlight on the problematic social circumstances and exclusionary mechanisms people are likely to face (Poland, Krupa et al. 2009, Shareck, Frohlich et al. 2013, Adam and Potvin 2016, Katz, Hardy et al. 2019). The goal of targeted PHIs is to ‘reconfigure’ these problematic social relations in given contexts (Rod, Ingholt et al. 2014, Hawe 2015), in order to foster greater equity (Popay, Escorel et al. 2008). Contexts may be defined as the local mix of conditions and events - involving people, objects and their relations - offering a unique confluence in time and space (Poland, Frohlich et al. 2008).

5.1.3.2 PHIs scaling-up processes, changing problematizations and policy documents

As instruments of change, public policies and programs such as PHIs are bearers of values, and carry specific views, or problematizations, about the problems they address and the solutions that can improve the situation (Lascoumes and Le Galès 2007, Braun 2015, Bacchi 2016). Larouche et al. (2021) conceived PHIs scaling up processes as ‘expanding and reinforcing’ intersectoral networks of actors (composed of various ‘action groupings’) aimed at increased impact in solving a health-related issue. Actor-networks link-up with new contexts, trying to ‘transform’ them in leveraging the determinants of health and inequalities. PHIs evolution seems unavoidable given the social processes (Rod, Ingholt et al. 2014) leading actors from various sectors of public action and civil society to share, negotiate, and reconfigure their perspectives. The way problems and solutions are constructed and addressed may change (Lascoumes and Le Galès 2007, Subramanian, Naimoli et al. 2011), creating ‘evolving problematizations’ (Larouche, Bilodeau et al. 2021).

In PHIs’ scaling up processes, pilot periods are crucial preparation phases, usually encompassing monitoring and evaluation activities, and multiple deliberation and decision processes involving

various actors. These periods can lead to possible differences in promoted contents (Nguyen and McIntyre 2015, Milat, Newson et al. 2016, Indig, Lee et al. 2017), notably in the balance between equity aims and overall health objectives (Edwards 2010). The changes that occur in problematizing health-related issues during these periods can usefully be tracked using document analysis (Bowen 2009).

Beyond mere vehicles of data, policy framework documents are conceived as ‘social constructions’ (Prior 2011) specific to particular contexts and networks of actors; documents are ‘produced, shared and used in socially organized ways’ (Bowen 2009, p. 47), and crystallize a specific and momentary vision of a health issue (Prior 2011, Larouche, Bilodeau et al. 2021). Documents are important in terms of ‘rational’ action planning, and are also ‘performative’ (i.e. capable of making people ‘doing’ things) (Lascoumes and Le Galès 2007, Prior 2011). What they ‘say’ may relevantly be decoded through discourse analysis (Prior 2011, Bacchi 2016), using the analytical perspectives of framing (Braun 2015, Foley, Ward et al. 2019, Larouche, Bilodeau et al. 2021).

The political rationalities of government are frequently discussed from a Foucauldian poststructural stance. But we agree with other authors that a critical interpretive perspective (Wagenaar 2015, Bacchi 2016, Koon, Hawkins et al. 2016) on social inequalities in early early childhood development (ECD) ⁱⁱ using frame analysis “can provide a useful alternative to Foucault’s dominant ‘discourse analysis’ in tracing the contours of how topics are described and discussed in texts” (Foley, Ward et al. 2019 p. 1812, citing Fox 1997). As more global an interpretive perspective questions the ‘work’ done by policies, notably concerning ‘power dimensions’ (Yanow 2015), it allows the development of required critical views in health promotion and population health intervention research (Eakin, Robertson et al. 1996, Labonte, Polanyi et al. 2005). In this study, we do not question in the first place the legitimacy of the scaled-up initiative as a ‘governmental technology’ (Lascoumes and Le Galès 2007, Wagenaar 2015). We instead pragmatically ‘take it for granted’, deliberately pursuing a utility aim (Fassin 2009) by illustrating the source of possible future harms depending on what ECD frames contents encompass or rub out (Bacchi and Goodwin 2016).

Using the scaling up case of an educational initiative dedicated to ECD in vulnerable contexts, and a policy document analysis concerning its Pilot (pre-scaling up) and Program (post-scaling up) framework documents, this study aims to critically analyse the implications for social inequalities

in children's development of changes occurred in 'problem' frames in the scaling up case of an educational initiative for early childhood raised in socially disadvantaged contexts.

5.1.4 The Case Under Study: scaling up of an ECD Educational Initiative

Early childhood is an important public health topic, and a programmatic focus of major global institutions (e.g. WHO, UNESCO, World Bank) (Zonji 2018). The increased developmental needs of young children in situations of socioeconomic vulnerability are recognized both from a social justice perspective (Machel 2016) and for their importance regarding SIH (Irwin, Siddiqi et al. 2007, World Health Organization 2008, Lynch, Law et al. 2010). A number of innovative initiatives operate through various intersectoral collaborations (Moore, McDonald et al. 2014, Britto, Singh et al. 2018, Torres, Lopez Boo et al. 2018), and propose solutions aligned with the actors' construction of the 'problem' (McLeroy, Steckler et al. 1993, Okeyo, Lehmann et al. 2020).

In the Province of Quebec wherein this study was conducted,ⁱⁱⁱ nearly half of young children being below the low-income cutoff in 2003, the developmental needs of toddlers living in poverty were of particular concern to the Regional Public Health Directorate (RPHD). The Initiative was launched in 2005 as a pilot project by the RPHD in specific deprived neighbourhoods. The pilot project (hereafter the 'Pilot') was dedicated to children aged two to five living in these neighbourhoods^{iv} with high concentration of vulnerable families. It primarily targeted children coming from families having social characteristics associated with a higher average level of risk of developmental difficulties (Ministère de la santé et des services sociaux 2004).^v Moving away from the usual clinical practices of health organizations, the Initiative relied on intersectoral collaborations, and mobilized knowledge about the effectiveness of interventions in vulnerability contexts. Within the targeted districts, the Initiative was fostering stimulating environments for children in order to maximize readiness to school. Collaborative projects were planned to increase children's access to, and participation in, educational interventions outside the family home, either in childcare, community resources or other types of educational settings. The Initiative addressed an early stimulation target of the regional public health plan, and the educational strategy was considered as reducing 'vulnerability' in this specific group; developmental disparities between this group and more socially advantaged children were more or less implicitly considered inequitable, i.e. both unfair and avoidable (Whitehead 1992, Braveman and Gruskin 2003). With its specific focus on the optimal development of socially disadvantaged young children and its

potential impact on the gap between this group and the rest of the population, the Initiative corresponded – at least in the Pilot – to a population health innovation of the ‘socially targeted’ type (Benach, Malmusi et al. 2013).

In 2011, thanks to the allocation of an augmented and recurring budget, the Initiative was extended to all HSSC in the region and became a formal expanded regional program (hereafter the ‘Program’). Because of its timeliness, its innovative aspect, and its start as a pilot project later extended to an entire region, this initiative represents an interesting case of PHI’s scaling up. The research questions are:

- a) Which frames of the ECD ‘problem’ emerge from the ECD problematizations in the Pilot and the Program frameworks? Have the frames of the Program evolved significantly in relation to those of the Pilot with regard to social inequalities in ECD, and if so, in what way? (added or deleted frames, modified contents within frames)
- b) Adopting a critical population health perspective, what is the usefulness of each ECD frame for social inequalities in ECD, considering their relative account of the social context, and how can these ‘problem’ frames open ways to support the action on social inequalities in ECD and equity in the scaled-up Program?

5.1.5 Methods

5.1.5.1 Exploration Stage of the Case and Data Selection Procedure

This research consists in a retrospective ‘instrumental’ case analysis (Stake 2008) of the Initiative’s scaling up. It was approved by the Health Research Ethics Committee of the Université de Montréal (15-079-CERES-D) and the relevant RPHD. The study began with an exploratory stage concerning the Pilot phase, marking off its limits, and collecting information about the general purposes and activities pursued by the Initiative responsible RPHD actors. Using various data (e.g. notes and minutes of meetings, administrative memos, planning and action reports, audio recordings of past interviews), we retraced main scaling up actions groupings and the contents they conveyed. We also collected information about external events and related actions possibly influencing the evolution of the Initiative.

The analysis of the two ‘cornerstone’ Pilot and Program framework documents began during the exploration stage. These consisted in a ‘pre-scale up’ cornerstone document, developed in 2005,

guiding the Pilot phase (2005-2011), and a post-scale up document, published in 2011, guiding the scaled-up Program, i.e. 2011 and after (see Table 1). We made a thorough review of their content. As the two documents were written for the same administrative purpose (guiding/monitoring local action), we considered them suitable for comparison, and they were coded in full by A. Larouche. We also considered as data their primary bibliographic references. ‘Reference documents’ were essentially public health plans and documents, partnership agreements, working tools, scientific articles and knowledge synthesis documents. The Pilot framework document containing only one explicit reference, we identified others based on information gathered during the exploratory phase. All the cited references in the Program document were considered.

The full content of reference documents was then reviewed. We identified passages of text corresponding to the concepts discussed in the cornerstone documents, and selected them for coding. The criteria used to retain segments – that were fairly cohesive across documents - were that these passages usefully contributed to understand the concepts conveyed in framework documents, and only these concepts.^{vi} In sum, eight Pilot and twenty-one Program documents constitute what we call the Pilot and Program ‘frameworks’, which were used to construct the frames. **Table 1** shows the full list of documents from which the relevant parts were systematically coded, according to the theoretical perspectives and conceptual frameworks presented below.

5.1.5.2 First Cycle of Data Analysis Using Frameworks

Entman’s (1993) framework served as a primary topic organizer. According to Entman, frames fulfil 4 interrelated functions:

- 1) Promoting a particular definition of the problem (P component);
- 2) Identifying the causes or determinants of the problem (D component);
- 3) Evaluating determinants, i.e. making more or less explicit judgments about their importance (JD component).

These three P, D, and JD components allow constructing children’s development ‘problematizations’ presented here, from which we derive the various ‘early child development’ frames.

The last component:

4) Proposing specific solutions or course of action (S), served to construct the ‘educational strategy frames’. These results figure in another article (Larouche, Laurin et al. à venir).

As Entman’s framework does not explicitly address *contextual elements* considered in thinking about issues and solutions, we enriched it with the analytical framework of Poland and colleagues (2009), that identify core elements of context in health promotion interventions (Green, Poland et al. 2000). The added elements of Poland et al.’s framework consisted of contextually localized problems and determinants, related concerns and influences of actors, as well as specificities and roles of intervention settings.

In line with interpretive policy analysis, we used an abductive mode of reasoning in analysing the data (Yanow 2015), iteratively moving back and forth between the data (inductive reasoning) and the adopted framework and theoretical perspectives on social determinants of health (deductive reasoning) (Kennedy and Thornburg 2018). We first deductively coded data to a frame component(s) - with P and/or D, or JD, or S root codes - and to a generic ‘context’ code (Ctx) where applicable. The ‘P’ component code was applied to meaning units whose content concerned a characterization of early child development, making it a ‘problem’ (e.g. early child development as an individual developmental status of risk, or as a more or less favourable policy-embedded opportunity).

The ‘D’ component code concerned contents whose causal elements were put forward to explain a specific characterization of the problem (e.g. poverty itself, or lack of access to social resources like childcare services). Critical judgements made about the causes and related actions (e.g. “political commitment is needed to foster access to childcare for children from disadvantaged families”) were coded ‘JD’. The ‘solution’ code (S) was applied to contents specifically concerning the ‘educational strategy’, i.e. the remedial goals, actions and roles put forward in the Pilot or the Program.

Next, we iteratively developed a second set of codes, namely ‘child codes’ specifying content topics within components, based on Poland and coll. framework, Solar and Irwin’s conceptual framework for action on the social determinants of health (Solar and Irwin 2010) (see Figure), a literature review about ECD interventions, and multiple readings of the material, and reflections recorded in a logbook. The codebook (partially hierarchical, i.e. some child codes being nested within root codes and others not) was discussed with an external researcher alongside a sample of

Table 1. Documents pertaining to the Pilot and Program ‘frameworks’, used to construct the frames

| | Pilot framework | Program framework |
|---|---|---|
| Cornerstone document | 1-1 <i>Education of Toddlers in Vulnerable Contexts</i> ¹ | 2-1 <i>Framework of the Toddlers Education Program</i> ¹ |
| Reference documents | <p>1-2 <i>Fondements théoriques et pistes d'action pour l'implantation d'un programme d'intervention précoce en milieu vulnérable</i> (Direction de santé publique du Bas-St-Laurent, 2001)</p> <p>1-3 <i>Public Health Regional Plan</i> (RPHD, 2003)¹</p> <p>1-4 <i>Regional Collaboration Framework between Childcare Centers, Youth Centers and HSSCs</i> (2003)¹</p> <p>1-5 <i>Minutes of the meeting between regional partners of the Initiative</i> (RPHD, 2005)¹</p> <p>1-6 <i>Summary grid for the local status report</i> (RPHD, 2005)¹</p> <p>1-7 <i>Summary grid for planning the steps of the local process</i> (RPHD, 2005)¹</p> <p>1-8 <i>Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence</i> (Ministère de la santé et des Services sociaux, 2004)</p> | <p>2-2 <i>Public Health Regional Plan 2010-2015</i> (DRSP, 2011)¹</p> <p>2-3 <i>Public Health Regional Plan - Children's orientations 2010-2015</i> (RPHD, 2011)¹</p> <p>2-4 <i>Language Services for Children aged 0 to 5 - Regional Action Plan</i> (Regional health and social services agency, 2008)¹</p> <p>2-5 <i>School Readiness survey - 2008 regional report</i> (RPHD, 2008)</p> <p>2-6 <i>School Readiness summits - Summary of the regional process</i> (Regional health and social services agency, 2010)¹</p> <p>2-7 <i>Parents' Views on Preparation for School</i> (RPHD, 2010)¹</p> <p>2-8 <i>Early Years Study 2: Putting Science into Action</i> (McCain, Mustard, & Shanker, 2007)</p> <p>2-9 <i>The science of early child development: Closing the gap between what we know and what we do</i> (National Scientific Council on the Developing Child, 2007) <i>Early intervention and early experience</i> (Ramey & Ramey, 1998)</p> <p>2-10 <i>Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles</i> (Beauregard, Comeau & Poissant, 2010)</p> <p>2-11 <i>Are there long-term effects of early child care?</i> (Belsky, Vandell, et al, 2007)</p> <p>2-12 <i>Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde</i> (Bigras, Blanchard et al, 2009)</p> <p>2-13 <i>Vocabulaire des enfants âgés entre 8 et 30 mois qui fréquentent un service de garde structuré</i> (Bouchard, Trudeau et al, 2008)</p> <p>2-14 <i>The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems</i> (Côté, Boivin, et al, 2007)</p> <p>2-15 <i>From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development</i> (Shonkoff & Phillips, 2000)</p> <p>2-16 <i>Services à la petite enfance et impacts sur le développement des jeunes enfants</i> (Peisner-Feinberg, 2004)</p> <p>2-17 <i>Commencer l'école du bon pied. Facteurs associés à l'acquisition du vocabulaire à la fin de la maternelle</i> (Desrosiers & Ducharme, 2006)</p> <p>2-18 <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003)</p> <p>2-19 <i>Les milieux de garde de la naissance à 8 ans : utilisation et effets sur le développement des enfants</i> (Giguère & Desrosiers, 2010)</p> <p>2-20 <i>La qualité ça compte ! Résultats de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec concernant la qualité des services de garde</i> (Japel, Tremblay et Côté, 2005)</p> <p>2-21 <i>Coup d'oeil sur les services de garde de qualité : Un milieu stimulant et chaleureux pour l'enfant</i> (Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2009)</p> |
| ¹ Note: For ethical reasons, new names have been given to these documents, originally in French. | | |

the data. We then finalized the coding with the last documents, and ‘recoded’ the first documents used to develop the codes. The final codebook^{vii} from which ‘ECD’ frames and ‘Educational strategy’ frames were constituted (i.e. pertaining to the ECD ‘problem’ and to the ‘solution’ put forward), consisted of thirty-six codes in total.^{viii} We then compiled all coded data by ‘component(s)’ code (P-D, or P, or D; JD; S) or ‘component + Ctx’ codes.^{ix}

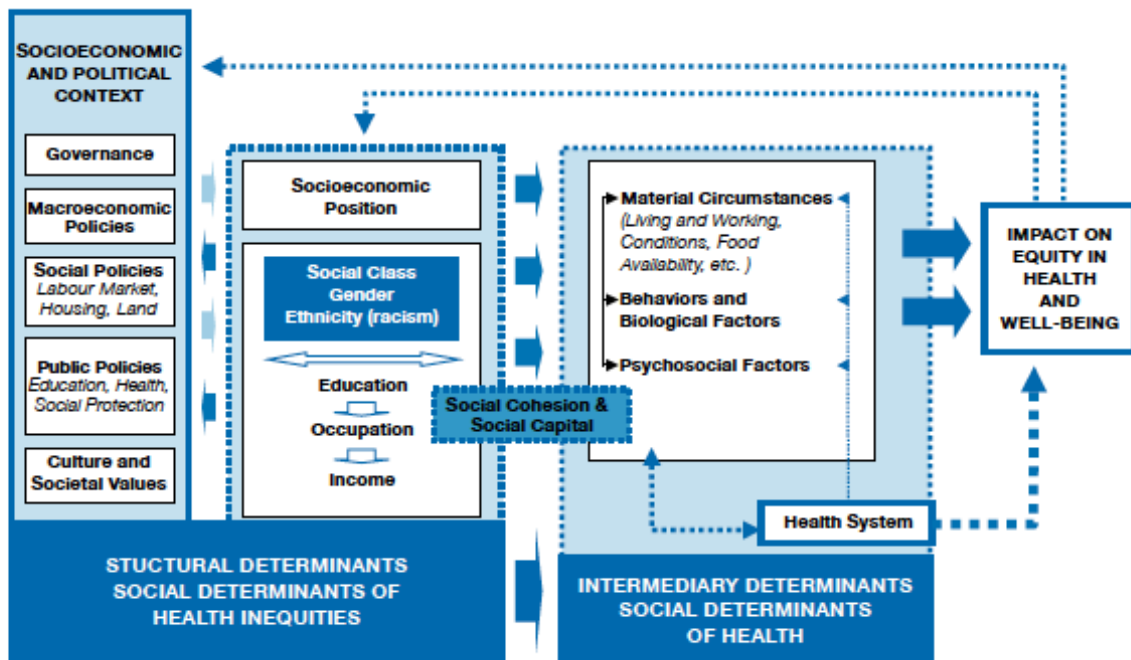


Figure 1. Solar and Irwin (2010)'s conceptual framework for action on the social determinants of health.

5.1.5.3 Second Cycle of Data Analysis: Constructing ECD frames

ECD frames were constructed using a second cycle of analysis along with the ‘causation coding’ method described by Saldana (2013), which aims to “locate, extract, and/or infer causal beliefs from qualitative data” by constructing ‘attributions’. Attributions consist of events, actions, or characteristics that are “an expression of the way [people think] about the relationship between a cause and an outcome” (Saldaña 2013, p. 163, citing Munton et al. 1999). In sequences of attributions, “...an outcome in one attribution can become a cause in the next” (Munton et al., quoted in Saldana, p. 164). We first established sequences of attributions – i.e. ‘problematizations’ – based on Pilot P-D coded data, and inductively used them in a thematic analysis process to

establish problem-centred themes (with the addition of JD coded data where applicable), depending on common salient ideas (Saldaña 2013).

The outcome of this process was nine different ECD frames identified for the Pilot. These frames were then used deductively for analysing the overlaps and differences between the pilot and the program (Foley, Ward et al. 2019). The results of the analyses were submitted to one of the co-authors familiar with the content for validation against certain portions of the material.^x

5.1.6 Results

Two new ‘population-level’ frames emerged from the Program, along with the nine Pilot frames, also found to be present in the Program (although with certain content differences). **Table 2** presents all eleven frames grouped into 4 ‘families’ of frames based on the aspects of the ECD they highlight: Developmental status by life period; Processes involved; Environmental contributions; and Population-level perspective.

We then scrutinized Pilot-Program frames content ‘distinctions’ relevant to an action on social inequalities in ECD. Four common Pilot-Program frames showed significant content differences regarding social inequalities in ECD, besides the two frames unique to the Program. Frame contents are presented in the section below, which highlights salient characteristics and contrasts.

At the end of this process, six Program frames were considered as having relevant distinctive characteristics for action on social inequalities in ECD as compared to Pilot frames. **Table 3** presents a summary of the six Pilot and Program frames with their respective contents and distinctions. These frames results are detailed in the following paragraphs.

5.1.6.1 Significant content differences between the common Pilot and Program frames

Frame 1 - Developmental status in toddlers

The first ECD frame offers a ‘clinical view’ of development in children from 1 to 5 years old. This frame focuses on assessment of risks of problems, which are attributed to more or less disruptive environmental conditions and experiences. In the **Pilot** frame, concerns specifically revolved around increased risk and severity of problems related to harmful consequences of severe and lasting poverty, and of young parental age.

The higher the level of poverty and the longer it lasts, the more harmful the consequences for child development. ... the problems ... are more pronounced... in a situation of permanent poverty. (1-2:1)^{xi}

The young age of parents is one of the factors that increase a child's risk of experiencing behavioural problems and developmental delays (Bonneau et al., 2001). (1-8:1)

‘Vulnerable communities’ are advanced as a relevant entry point for early intervention.

... even if only certain aspects of the various programs [in vulnerable communities] have been documented, ... early intervention no longer has to justify its existence. (1-2:2)

Table 2. ‘Families’ of frames and their respective ECD frames (frames discussed in bold text)

| 4 frame families (definition) | ECD frames (with significant differences in bold text) | Presence in | |
|---|--|--|--|
| | | Pilot | Program |
| <p>Developmental status by life period</p> <p>Considers ECD through developmental statuses with respect to individual biography, in three life stages of individuals</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Developmental status in foetuses and newborns</i> <input type="checkbox"/> Developmental status in toddlers <input type="checkbox"/> <i>Consequences of ECD on children's school life and adolescent-adult pathways</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ |
| <p>Processes involved</p> <p>ECD approached through various processes, either individual and specific in time, or higher-level and more global</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Processes of brain development</i> <input type="checkbox"/> <i>Development of a meaningful relationship with a parental figure</i> <input type="checkbox"/> Contextualized mechanisms pertaining to families and children <input type="checkbox"/> <i>Problem accumulation through the life course</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ |
| <p>Environmental contributions</p> <p>ECD addressed through more or less proximal or distal nourishing contributions of the environment</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Quality of care and education <input type="checkbox"/> Quality of living situations | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ |
| <p>Population-level perspective</p> <p>Population-level ECD concerns (rather than individual-level)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Population distribution of ECD problems <input type="checkbox"/> Population-level consequences of ECD | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ |
| Total number of frames | | 9 | 11 |

By contrast, the **Program** frame focuses on children from all socioeconomic levels. Chronic poverty is recognized as influencing the level of health risk, but problems in children from more affluent social classes are also of concern.

Where families fit on the economic ladder contributes to children's developmental outcomes, but income is not the whole story. Many children in low-income families are doing just fine, and some children living in affluence are not doing well. (2-8:1)

The socioeconomic circumstances in which children are raised are less considered, the focus now being on personal medical history, life experiences, and exposure to 'adverse early environments'.

Thus, ... a child's level of development at the end of early childhood is partly the result of the different experiences they have had. (2-5:1)

... a large body of research ... document the negative impact of adverse early environments on children's developmental outcomes. (2-8:2)

New regional contextual data are provided concerning the educational role and knowledge needs of parents about their children's development and adequate preparation for the school entry.

Parents are the primary actors in children's development and learning ... parents [from the region] indicated that they felt the need for support in terms of knowledge about child development and school readiness. (2-3:1)

Universal childcare programs are advocated as a developmental protective factor for children from all backgrounds, although with targeted measures for high risk families as they benefit more to these children. Such 'high risk' families are identified based on behaviours of caregivers (e.g. parents educational attitudes) or their social characteristics (e.g. mothers' level of education).

Because the children most likely to benefit from [non-maternal quality care (NMC) services] are those less likely to receive them, universal programs ... should include special measures encouraging the use of ... services among high-risk families [such as those with mothers having a low level of education]. (2-15:1)

Frame 2 - Quality of care and education

In this frame, ECD is considered through the care and education role assumed by children's main caregivers. The **Pilot's** concerns revolved around young parenthood and parents in poverty contexts fighting to fulfil their basic needs. Negative attitudes and relationships with children were related to reduced psychosocial resources, and stress experienced in difficult life conditions.

[Families living in poverty] are exposed to chronic stress, continually struggling to meet their basic needs. ... Parents ... are more likely to be distracted, abusive or aggressive towards their children. (1-8:2)

All of these factors [related to young parenthood] affect parenting and child development. (1-3:1)

Excessive responsibility was found to be assigned to parents, with insufficient recognition of the contexts influencing their life, parenthood, and need for support.

...the social discourse ... tends to overemphasize [parents'] responsibility as individuals and 'make them feel guilty' when a problem arises. (1-2:3)

... children need healthy environments for optimal development. Likewise, their parents need to live in conditions that are conducive to the exercise of their role and the realization of their life project. (1-8:3)

In the **Program** frame, regional contextual data pertaining to protection measures for abused or neglected children relates to how certain parents' educational role is not well assumed. The significant disparities underlined between local territories are not mentioned any longer in relation to demography and social conditions.

Data from [youth centres] ... indicate a rate of substantiated reports with protective measures for abuse, neglect or negligent treatment Moreover, data reveal significant [regional] disparities, with some HSSC territories having rates nearly six times higher than other territories. (2-3:2)

The Program frame reflects a general shift in interest regarding parents' behaviours and educational role, towards those of childcare providers. An increased 'quality of care' concern emerges for these settings, notably attributed to adult-to-child ratios and caregivers' training.

It appears that even small improvements in ratios and training [in childcare services], and relatively modest compensation initiatives, can produce tangible improvements in the observed quality of care. (2-16:1)

Frame 3- Contextualized mechanisms pertaining to families and children

The focus of this frame is on the relational processes through which children's development occurs. In the **Pilot**, children's development mechanisms were envisioned from an ecological perspective as a mutual individual-environment accommodation at different levels. Besides immediate meaningful relationships with caregivers, exploration opportunities, and added social value of peers' groups for children, the access to, and adaptation, coherence, and responsiveness of childcare services and other resources to family needs and values were emphasized. Social networks and relations within communities, culture, public policy, and economics also figured as important environmental determinants.

Groups of children have a socialization function distinct from that of the family. (1-2:4)

Interactions involving the various components of the child's immediate living environment –family, neighbourhood, childcare, etc. – also have a definite influence on ... development and social adaptation. ...Thus, the consistency of the values conveyed ..., the match between service schedules and family reality, access to services [and their] continuity ... communication between individuals ... groups in a community, ... parents and municipal authorities all play ... a role. ... Culture, social values, economics and public policy are also powerful determinants. (1-8:4)

Territorial approach and intersectoral action were advocated to jointly address societal responsibility and complexities related to poverty and family vulnerability.

... social reality ... decides and decrees along lines of conformity or nonconformity, performance or non-performance, integration or exclusion ... from the moment children first set foot into school. (1-2:5)

This [ecological] approach ... accounts for the multiple spheres of influence of the family ... broadens the spectrum ... of intervention... (1-2:6)

Intersectoral action is required. It ... signals to all sectors of society their responsibility in solving these complex problems [such as family vulnerability or poverty]. (1-8:5)

In contrast, the **Program** mainly focuses on children's proximal contexts and processes, with fewer considerations of the different aspects of reciprocal individual-environment relations that nurture their development. Supportive adults for children (regardless of their own reality), and enriching or harmful social experiences within immediate everyday life environments, is what counts the most.

... stress in early childhood can be either growth-promoting or seriously damaging, depending on the intensity and duration of the experience, individual differences ... and the extent to which a supportive adult ... help the child deal with adversity. (2-9:1)

Children develop problem-solving strategies from first-hand actions with objects in their world, and from exchanging points of view with other children and with adults. (2-8:3)

Table 3. ECD frames with significant differences regarding social inequalities in ECD

| Frame 1: Developmental status in toddlers | |
|---|--|
| ECD considered as a clinical assessment of risks of developmental issues | |
| Pilot | Program |
| <p>Severity of risks and problems in children relates to duration/level of poverty and young parental age</p> <p>Knowledge on early childhood programs justifies interventions in vulnerable communities</p> | <p>Δ: Broader concerns on risks for all children, with determinants restricted to risky/protective personal attributes and experiences, and parents' educational needs</p> <p>Developmental outcomes of all children relate to personal history (e.g. medical, life experiences, 'adverse' environmental exposure)</p> <p><i>General needs of parents for knowledge regarding child development and school readiness</i></p> <p>Universal childcare programs benefitting all children's development should include specific targeted measures for 'high-risk' families</p> |
| Frame 2: Quality of care and education | |
| ECD considered through the behaviours of children's caregivers | |
| Pilot | Program |
| <p>Negative parental attitudes of socially disadvantaged parents relate to fewer psychosocial resources within difficult life conditions</p> <p>Excessive responsibility and guilt assigned to parents considering difficult life contexts and needs</p> | <p>Δ: Shift in interest in parents' behaviours towards those of childcare providers, addition of contextualized data on protection measures for children</p> <p>Quality of care in childcare settings relates to ratios and training</p> <p><i>Disparities between territories for legal children protection measures (not otherwise specified)</i></p> |
| Frame 3: Contextualized mechanisms pertaining to families and children | |
| ECD considered through relational mechanisms between families / children and their immediate or wider environments | |
| Pilot | Program |
| <p>Ecological perspective: children's development process occurs through mutual accommodation between individuals and environments at different levels</p> <p>Territorial approach and inter-sectoral action needed to overcome poverty and family vulnerability</p> | <p>Δ: Greater focus on proximal contexts and children-centred mechanisms regardless of other social contexts</p> <p>Enriching or harmful social experiences of children in everyday life environments</p> <p>Experience that is 'absorbed under the skin'</p> |
| Frame 4: Quality of living situations | |
| ECD considered through availability and access to resources, and social inclusion | |
| Pilot | Program |
| <p>General lack of resources and social exclusion experienced by poor families</p> <p>CCS as social inclusion device for these families</p> <p>As CPE and other CCS services are promising for deprived children, families, and society, necessity to improve access</p> <p>Necessity to more broadly fight poverty and improve living conditions</p> | <p>Δ: Resource concerns refocused on local availability and access to family services; CCS role mainly framed around children, and deprived ones attend lower-quality services</p> <p><i>Family resources availability and access issues for all parents (e.g. proximity, schedules), and economic barriers for the well-off</i></p> <p>Political will and partners' involvement needed to improve better overall access to resources in the region</p> <p><i>CCS as beneficial for children's development and school readiness</i></p> <p>Children from deprived families, at greater developmental risk, attend lower quality CCS</p> |
| Program frame 5: Population distribution of ECD problems | |
| ECD envisioned as a distribution of ECD challenges within populations | |
| <p>Health gradient discernible in toddlers and increasing with age related to socioeconomic level. The greater number of children in difficulty in the middle class is related to a larger number affected by determinants in middle socioeconomic groupings</p> <p>Overall incidence in the population more counts than socioeconomic disparities in ECD?</p> | |
| Program frame 6: Population-level consequences of ECD | |
| ECD envisioned for its consequences on population health and inequalities | |
| <p>Aggregate health of a population strongly relates to 'opportunities' in early life</p> <p>Good ECD (as an outcome) benefits population health</p> | |
| <p>Abbreviations: Δ, Changes in Program's content; CCS, Childcare services; CPE, Centre de la petite enfance; ECD, Early childhood development. <i>In italics:</i> Regional contextual data provided on problems, determinants, or judgments made on the latter. In bold text: Judgments made on the determinants</p> | |

Related to this socio-proximal process view of children's development is the concern for the ways in which children 'physiologically' assimilate their experiences.

Experiences in early life activate gene expression and ... the formation of critical pathways and processes. (2-8:4)

... research ... is providing evidence of how the social environment of early life gets 'under the skin' in the early years ... (2-8:5)

Frame 4 - Quality of living situations

In this frame, ECD is viewed through the availability of and access to resources in support to family and child development and as social exclusion processes. The **Pilot** frame focused on the general the lack of resources and social exclusion of poor families and low-educated young mothers, viewing childcare services as a social inclusion device for these families.

In addition to facing deprivation of all kinds, families living in poverty are often subject to negative judgements and are often excluded from the main channels of social participation ... (1-8:6) Young mothers often live in poverty and are under-educated ... (1-8:7)

Childcare services relieve the parents [in poverty contexts] of time constraints, thus facilitating their social reintegration, whether by seeking work or returning to school. (1-2:9a)

The *Centres de la petite enfance* (CPE)^{xii} and the childcare network were advocated as worth their cost. These were considered underutilized essential living environments that may benefit to deprived families and to society, which require a clearer policy position on their access.

...CPE have considerable potential for the primary prevention ... in childhood. (1-2:7)

[These] stimulating environments are ... most likely to counter the effects of poverty on development ... the benefits far outweighing the investment: each dollar invested would save seven (Bouchard, 1999). (1-2:8)

... ensur[ing] that children and parents from low-income backgrounds have access to [quality childcare] resources ... is an important political decision that will make a difference in the lives of these families. (1-2:9b)

Moreover, family poverty and living conditions were considered having to be broadly acted on with relevant and harmonized public policies at all levels.

There is a broader need to fight poverty and improve ... living conditions. ... actions should aim at adapting and harmonizing public policies to the particular needs of poor families. ... (1-8:8)

The **Program** differently frames the resource topic for all socioeconomic levels, and considers it more specifically through resources ‘availability’ and ‘access’ regarding ECD, notably with regional contextual data. Parents’ visions on information, proximity, and scheduling issues (among others), were underlined, as well as economic barriers for the less fortunate.

The accessibility of resources and their availability ... Resources close to their place of residence, opening hours in line with workers’ schedules, financial support for less well-off families for paid services and activities... (2-7:1,2)

Resource access in the region is evaluated as requiring political will and partners’ involvement to be improved.

It is with the will and involvement of several partners that the adjustments necessary for better access to resources deemed essential by parents can be made. (2-7:3)

Besides that, the benefits of childcare are mainly framed around children (instead of family or mothers), their development and school readiness, as reported by parents.

Parents think that [early learning and childcare services] provide benefits, such as encouraging their toddler to detach and allowing the child to socialize. They ... contribute to school readiness (2-7:4)

Moreover, the Program frame highlights the lower-quality childcare attended by children from deprived families, and the specific importance of quality for these children.

...children from low-income families who are at greater developmental risk are more likely to receive lower quality [child]care [services].... quality ... be[ing] particularly important ... (2-16:2)

5.1.6.2 The two ‘population-level’ frames unique to the Program

Frame 5 - Population distribution of ECD problems

This frame shifts the focus from individual states of ECD towards the distribution of problems in the population, among the SE groups that make it up. Despite recognition of a health gradient increasing with age among toddlers, this frame emphasizes the greater number of children negatively affected by developmental factors and in difficulty in the middle class.

... the socioeconomic gradients in health could be detected by age three and the steepness of the gradients increased as the population became older. (2-8:6)

Thus, the largest number of individuals affected by factors influencing health, learning, and behaviour are in the two middle groupings, or as often referred to, the

middle-class. ... Because [it is] is the biggest group, the most children experiencing difficulties will be from the middle-class. (2-8:7)

Frame 6 - Population-level consequences of ECD

The consequences of early childhood on population health and social inequalities are also underlined. Based on the strong link existing between equality of opportunity in early life, social disparities, and aggregate health of a population, ECD (implicitly considered as an outcome of the early childhood period) is in itself appraised as beneficial for population health. What ‘equality of opportunities’ means, however, remains unspecified.

The link between more equality of opportunity early in life and more equality in education, income, and health later in life appears to be strong, as does the aggregate link between greater equality in income and the health of a society. ... the benefits begin with early child development. (2-8:8)

5.1.7 Discussion

We used an enriched ‘framing’ conceptual framework to identify ECD frames in policy documents of a population health initiative scaled up to an entire region. We were interested in knowing how the ECD frames pertaining to this early childhood educational pilot project transformed within the scaled-up program. We explored significant frame differences of the scaled-up Program as compared to the Pilot, that may support its action on social inequalities in ECD. Relevant differences are located in six ECD frames: two population-level frames that are unique to the Program, and four frames common to both the Pilot and the Program, but differing in contents. Frames differences can be summed up as a new way of looking at the ECD issue, focusing on the distribution of problems within the whole population; and a generally narrower focus on personal characteristics and proximal social contexts of children regardless of their families’ social circumstances. However, it is balanced by a greater concern for families’ access to resources - notably to quality childcare by disadvantaged children.

These results have significant implications regarding the scaling up of this initiative, originally concerned with socially disadvantaged population groups. Specifically, we interrogate whether these ECD frames open up ways to mitigate or, contrarily, reproduce vulnerability; we analyse if, and how these frames may support on social inequalities in ECD, making them ‘impactable’ in the scaled-up Program. We first consider population-level frames, and then discuss the four frames common to both the Pilot and the Program.

5.1.7.1 ECD Program frames: population-level considerations

The two new ECD Program frames, *5-Population distribution of ECD problems* and *6-Population-level consequences of ECD* are consistent with PHIs' aim focusing on the distribution of problems within the population (Rose 2001, Hawe and Potvin 2009) beyond individual cases. Such population-level concerns and distributional considerations, needed for social inequalities in ECD, are foreseeable within a scaling up context which fosters the program's coverage to a larger population and territory. This concern should logically be accompanied by a concern on *how* the population distribution of problems in children is generated by the socio-environmental circumstances in which families evolve (Hawe, Di Ruggiero et al. 2012). However, the four other Program frames remain mainly blind to the social circumstances of families. This is a significant difference compared to their corresponding Pilot frames, that favour broader early intervention '*in vulnerable communities*' (quote 1.2:2) using intersectoral action to improving living conditions – i.e. the contexts that *give rise* to risks (Frohlich and Potvin 2008, Adam and Potvin 2016). Instead, Program frames focus on children's proximal social contexts being described as '*adverse early environments*' (2-8:1), and on the '*experiences they have had*' (2-5:1) that activates children-centred '*critical pathways and processes*' (2-8:4). This difference appears paradoxical with regard to a scaling-up process aiming at increasing the impact and sustainability of effects.

Likewise, the Program's frames concern on 'overall' problem incidence in the population, and its relative importance as compared to 'socioeconomic gaps' in ECD, may be questioned. Indeed, even if the Program frames underline that families' socioeconomic position '*contributes to children's developmental outcomes*' (2-8:1) and that '*socioeconomic gradients in health*' increase with age (2-8:6), they also highlight that a lot of children from higher socioeconomic status do not progress at expected levels, the middle-class being '*the biggest group*' (2-8:7). It is suggested that good ECD outcomes is a rightful aim achievable for all children, regardless of their family's circumstances and the contexts in which socially disadvantaged parents raise them. How the unfair social circumstances and mechanisms negatively affecting socially disadvantaged families may create the observed children's socioeconomic developmental gradient, remains however undiscussed, therefore little actionable.

5.1.7.2 Four ECD common frames: do they support the scaled-up Program action on social inequalities in ECD?

Context being fundamental to the appraisal of social health inequalities - as well as to a relevant program implementation (Poland, Frohlich et al. 2008), it is worth noting that the other Program frames show additional contextual data offering a regional view of the ECD issue and its determinants. But these data do not take into account power relations at the source of social inequalities in ECD, focussing on parents' educational lacks and needs, and resource access, independently of their social situations. A greater focus on principles governing resources access (Adam and Potvin 2016, Laurin, Guay et al. 2018) and mechanisms influencing their population distribution and effective response to the families' needs and capabilities - what families are able to 'be' and 'do' with these resources - would favor more diversified and innovative actions for social inclusion and equity (Breton and Sherlaw 2013, Moore, McDonald et al. 2014, Adam and Potvin 2016, Phillips, Fisher et al. 2016, Gerlach, Browne et al. 2018).

Albeit the common Pilot and Program frames *1-Developmental status in toddlers* and *2-Quality of care and education* may justify action on social inequalities in ECD, they are less likely to *guide* it since they are straight away centered on the individual child (developmental markers) and caregivers' attributes, emphasizing the instrumental role of adults as producing (or not) adequate children's development. These frames are rooted in a normative perspective to children's development (Ramey and Ramey 2004, Duncan, Dowsett et al. 2007), and are blind to the very mechanisms of social exclusion that produce and reproduce families and children's vulnerability and developmental *social gaps* in daily lives (Irwin, Siddiqi et al. 2007, Moore, McDonald et al. 2014, Gerlach, Browne et al. 2018).

Moreover, the shift shown in the Program frame 2 that emphasize care-related concerns in childcare services (instead of parents' care) restricts children lives to attending these services. It leaves out parents' lives, well-being, needs, and capabilities, and their educational role, as well as the social reality within which this role is accomplished. Socioeconomic disadvantage could end up being restricted as an intractable individual attribute, independent of the social, cultural, economic and political dynamics shaping it (Chambers 2006, 1989, Popay, Escorel et al. 2008, Katz, Hardy et al. 2019). This is notably illustrated by the amalgamation observed in the Program frame between the concepts of 'high-risk' (i.e. high level of individual exposure to risk factors) and 'vulnerability' (situation where the *likelihood* of risks is increased) (Frohlich and Potvin 2008, McLaren, McIntyre et al. 2009). Suggesting that a social characteristic such as low education of mothers is a 'risk' from

which their children must be ‘protected’ may lead to stigmatization and to ignoring the living contexts of these mothers (Frohlich and Potvin 2008, Poland, Frohlich et al. 2008, Katz, Hardy et al. 2019), which weakens their well-being and *possibly* expose their children to increased risk (e.g. lack of parent-child quality interactions) (Phillips, Fisher et al. 2016, Gerlach, Browne et al. 2018). Crystallizing social determinants as fixed risks “at best, call[s] attention to ‘downstream’ solutions that mitigate problems rather than address them” (Katz, Hardy et al. 2019, p. 7). It leaves unquestioned what these mothers could otherwise be, experience or achieve (Katz, Hardy et al. 2019), and leads to being blind to innovative social solutions regarding inequalities; for instance, strengthening the links between childcare services and other resources to better meet family needs, or adapting childcare services schedules for reintegration into studies (Moore, McDonald et al. 2014, Caceres, Tanner et al. 2016, Phillips, Fisher et al. 2016, Gerlach, Browne et al. 2018).

Contextual circumstances and mechanisms being more explicit in ECD frames *3-Contextualized mechanisms* and *4-Quality of living situations*, they are more likely to provide a pathway to reducing developmental inequities. However, these Program frames are centred on children internal processes and proximal social contexts, instead of other social realities contributing to social disadvantages from the outset (Frohlich and Potvin 2008, Solar and Irwin 2010, Katz, Hardy et al. 2019). The frame 4 mainly articulating regional childcare services’ role around their contributions to children’s profiles, rather than more broadly to families, it overlooks the ‘environment-individual accommodation’ allowing them (and their children) to truly benefit from these ECD (and other related) resources, in their own manner (Abel and Frohlich 2012, Breton and Sherlaw 2013, Moore, McDonald et al. 2014). However, this frame promisingly emphasizes the inferior quality of childcare services generally attended by children from low-income families, and the particular importance of quality for them, while better-off families benefit more quality services. This may suggest the importance of restoring socially disadvantaged families their rightful place in the network of reduced-contribution childcare services (McLaren and McIntyre 2014) developed by the Quebec government notably for this purpose (Ministère de la famille et de l'enfance 1999, Japel, Tremblay et al. 2005).

5.1.7.3 Summary

This critical analysis based on ECD frames suggests that the population perspective brought about by scaling up does not guarantee the sustainability of an initial concern for socially disadvantaged,

i.e. ‘vulnerable’ population groups. Acting on social gaps and inequities in children’s development requires paying attention to the social contexts which are at their root (Frohlich and Potvin 2008, Poland, Krupa et al. 2009, Laurin, Guay et al. 2018). The Program frames, although promisingly considering childcare services’ access by disadvantaged families (Japel, Tremblay et al. 2005), are relatively silent on this compared to the Pilot. This ‘silence’ could be reflected in the Program’s educational strategy that is put forward (Bacchi 2016, Okeyo, Lehmann et al. 2020). The data presented here do not allow us to rule on this. However, since problems and solutions’ definitions are usually closely intertwined (McLeroy, Steckler et al. 1993, Weiss 2000, Okeyo, Lehmann et al. 2020), special attention should be paid to this, and to the early involvement of cross-sectoral actors in the framing process (Khayatzadeh- Mahani et al. 2017, Okeyo, Lehmann et al. 2020) surrounding scaling up (Larouche, Bilodeau et al. 2021).

Study limitations. This critical analysis started from the assumption that the scaled-up Program have similar objectives as had the Pilot, which is not necessarily the case for various reasons that could be explored through a framing process analysis (e.g. origin of funding, public health reform, new Initiative position within the policy environment) (Larouche, Bilodeau et al. 2021). Also, the specific search for differences may have increased the contrast between Pilot and Program frames. In addition, while attempting to reflect the complexity of ECD views, this construction is a simplification that portrays these views as static and having relatively linear causal relationships (McQueen and Jones 2007). The construction of frames was also limited by the contents of the two cornerstone framework documents, which were administrative and not created for a ‘problem investigation’ purpose - but used here as ‘social fact’ objects (Bowen 2009, Prior 2011, Bacchi 2016). The additional reference documents constituting the Pilot and Program ‘frameworks’ are of various types and origins (e.g. from the USA, having a much different policy context), they can distort the Initiative’s reality. However, only relevant cited passages have been considered as data. Moreover, this retrospective study engages with today’s concepts and knowledge about a past initiative, some recent perspectives being not available when the Initiative was scaled up; but what we propose here, instead of criticizing ‘imperfect’ ECD frames, are value-laden and timeless insights, amenable to constructively questioning the practical implications of how ECD is framed (Labonte, Polanyi et al. 2005, Raphael 2011, Okeyo, Lehmann et al. 2020). Finally, public action obviously relies on many other sources than framework documents; actors’ problematizations are also in constant transformation (Callon 1984, Latour 2005, Bacchi 2016). This policy document

analysis artificially freezes them at a specific point in time, ignoring their continuous social construction (Braun 2015). Nevertheless, just as a photography taken at a specific point in time reveals a certain ‘figure-background’ arrangement of the elements it portrays, framework documents illustrate a contingent predominance of certain contents about the ECD ‘problem’ which may likely guide the scaled-up Program (Braun 2015, Bacchi 2016, Okeyo, Lehmann et al. 2020). We believe the constructed frames and their critical analysis can usefully outline the Initiative’s contours and implications, and may serve to translate the lessons learned into policy-driven change.

5.1.8 Conclusion

Many health innovations are developed through innovative pilot projects. A lot of them are not sustained (Bégin, Eggertson et al. 2009), while others that are scaled up may transform in the process, losing or acquiring certain characteristics fostering equity (Larouche, Bilodeau et al. 2021). This is what this study explored, using critical frame analysis about a population health innovation that has been scaled-up; we were here specifically concerned with its ECD ‘problem’, considered a useful start for practice (McLeroy, Steckler et al. 1993). Significant ECD frame contents and transformations have been analysed for their potential support of scaled-up Program’s action on social gaps in children’s development. What stands out from this study are promising regional context and resource access considerations, but a need to be aware of a fading away of concerns for social circumstances (Carey, Malbon, et al. 2017) and exclusion mechanisms at the root of inequalities (Poland, Frohlich et al. 2008, Adam and Potvin 2016). Beyond children-centred proximal contexts and processes, we have to consider how the unfair distribution of determinants pertaining to the living contexts of families (Popay, Escorel et al. 2008, Laurin, Guay et al. 2015, Adam and Potvin 2016) may be actioned for more equity between children.

These results question the fundamental nature of the scaled-up Program ‘solution’ (McLeroy, Steckler et al. 1993, Okeyo, Lehmann et al. 2020). Is the educational strategy aim more *individual*, clinical and preventive, or rather focused on *population* and equity (Hawe, Di Ruggiero et al. 2012), thus more likely to have an impact on the distribution of problems in the region concerned? In the latter case, is the preferred populational approach more *universal*, or *targeted* at vulnerable socioeconomic groups at ‘higher risk of risks’, or furthermore, is proportionate universalism favored for this intervention (Carey et Crammond, 2017)? These various approaches call for specific social strategies (Frohlich and Potvin 2008, Benach, Malmusi et al. 2013, (Carey et

Crammond, 2017) that may be explicit in relation to social inequalities in ECD. What is at issue here is enhancing the ‘increased impact and sustainability’ functions of scaling up, by clarifying the reason for expanding an initiative, mobilizing innovative knowledge, cross-sector collaborations regarding children’s development (Okeyo, Lehmann et al. 2020), and exercising reflexivity with regard to public health action (McQueen and Jones 2007, Tremblay and Parent 2014). Mobilizing the concept of frame and identifying the pitfalls or promises allow us to reflect on this topic, in order to ‘avoid perpetuating the status quo’ about ‘vulnerable populations’ (McLaren, Masuda et al. 2020).

5.1.9 References

- Abel, T. and K. L. Frohlich (2012). "Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities." Social Science & Medicine **74**(2): 236-244.
- Adam, C. and L. Potvin (2016). "Understanding exclusionary mechanisms at the individual level: a theoretical proposal." Health promotion international **32**(5): 778-789.
- Bacchi, C. (2016). "Problematizations in health policy: questioning how “problems” are constituted in policies." SAGE Open **6**(2): 2158244016653986.
- Bacchi, C. and S. Goodwin (2016). Poststructural policy analysis: A guide to practice. Switzerland, Springer.
- Bégin, H. M., L. Eggertson and N. Macdonald (2009). "A country of perpetual pilot projects." Canadian Medical Association Journal **180**(12): 1185-1185.
- Benach, J., D. Malmusi, Y. Yasui and J. M. Martínez (2013). "A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach." J Epidemiol Community Health **67**(3): 286-291.
- Bowen, G. A. (2009). "Document analysis as a qualitative research method." Qualitative research journal **9**(2): 27.
- Braun, K. (2015). Between representation and narration: analysing policy frames. Handbook of Critical Policy Studies. F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová and M. Orsini. Massachusetts, USA, Edward Elgar Publishing: 441-461.

- Braveman, P. and S. Gruskin (2003). "Defining equity in health." Journal of epidemiology and community health **57**(4): 254-258.
- Breton, E. and W. Sherlaw (2013). "Penser la programmation en santé publique dans une perspective de capacités." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.
- Britto, P. R., M. Singh, T. Dua, R. Kaur and A. K. Yousafzai (2018). "What implementation evidence matters: scaling-up nurturing interventions that promote early childhood development." Annals of the New York Academy of Sciences **1419**(1): 5-16.
- Caceres, S., J. Tanner and S. Williams (2016). "Maximizing child development: Three principles for policy-makers." Journal of Human Development and Capabilities **17**(4): 583-589.
- Callon, M. (1984). "Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay." The Sociological Review **32**(S1): 196-233.
- Carey, G., Malbon, E., Crammond, B., Pescud, M. et Baker, P. (2017). Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? *Health Promotion International*, **32**(4), 755-761.
- Chambers, R. (2006, 1989). "Vulnerability, coping and policy (editorial introduction)." Institute of Development Studies Bulletin **37**(4): 33-40.
- Côté-Boileau, É., J.-L. Denis, B. Callery and M. Sabeau (2019). "The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review." Health research policy and systems **17**(1): 84.
- Duncan, G. J., C. J. Dowsett, A. Claessens, K. Magnuson, A. C. Huston, P. Klebanov, L. S. Pagani, L. Feinstein, M. Engel and J. Brooks-Gunn (2007). "School readiness and later achievement." Developmental psychology **43**(6): 1428.
- Eakin, J., A. Robertson, B. Poland, D. Coburn and R. Edwards (1996). "Towards a critical social science perspective on health promotion research." Health promotion international **11**(2): 157-165.
- Edwards, N. (2010). Scaling-up Health Innovations and Interventions in Public Health: A Brief Review of the Current State of the Science. Inaugural Conference to Advance the State of the

Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs, Washington, DC, USA.

Entman, R. M. (1993). "Framing: Toward clarification of a fractured paradigm." Journal of Communication **43**(4): 51-58.

ExpandNet, W. (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva, World Health Organization.

Fassin, D. (2009). "Une science sociale critique peut-elle être utile ?" Tracés. Revue de Sciences humaines (09): 199-211.

Foley, K., P. Ward and D. McNaughton (2019). "Innovating Qualitative Framing Analysis for Purposes of Media Analysis Within Public Health Inquiry." Qualitative Health Research **29**(12): 1810-1822.

Frohlich, K. and L. Potvin (2008). "Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations." AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH **98**(2): 216.

Frohlich, K. L., B. Poland and M. Shareck (2017). Contrasting entry points for intervention in health promotion practice: situating and working with context. Health Promotion in Canada. I. Rootman, A. Pederson, K. L. Frohlich and S. Dupéré. Toronto, ON, Canadian Scholars 106-123.

Frohlich, K. L. and L. Potvin (2008). "The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations " American Journal of public health **98**(2): 1-6.

Gerlach, A. J., A. J. Browne and M. J. Suto (2018). "Relational approaches to fostering health equity for Indigenous children through early childhood intervention." Health Sociology Review **27**(1): 104-119.

Gilson, L. and H. Schneider (2010). "Commentary: Managing scaling up: what are the key issues?" Health Policy and Planning **25**(2): 97-98.

Green, L. W., B. D. Poland and I. Rootman (2000). The settings approach to health promotion. Settings for health promotion: linking theory and practice. B. D. Poland, L. W. Green and I. Rootman. Thousand Oakes, California, Sage: 1-43.

- Hawe, P. (2015). "Lessons from complex interventions to improve health." Annual Review of Public Health **36**: 307-323.
- Hawe, P., E. Di Ruggiero and E. Cohen (2012). "Frequently asked questions about population health intervention research." Can J Public Health **103**(6): 468-471.
- Hawe, P. and L. Potvin (2009). "What is population health intervention research?" Canadian Journal of Public Health **100**(1): I8-I14.
- Indig, D., K. Lee, A. Grunseit, A. Milat and A. Bauman (2017). "Pathways for scaling up public health interventions." BMC Public Health **18**(1): article no. 68.
- Irwin, L. G., A. Siddiqi and C. Hertzman (2007). Early child development: a powerful equalizer, Commission on Social Determinants of the World Health Organization.
- Japel, C., R. E. Tremblay and S. Côté (2005). "Quality counts!" Choices **11**: 5.
- Katz, A. S., B.-J. Hardy, M. Firestone, A. Lofters and M. E. Morton-Ninomiya (2019). "Vagueness, power and public health: use of 'vulnerable' in public health literature." Critical Public Health: 1-11.
- Kennedy, B. L. and R. Thornburg (2018). "Deduction, induction, and abduction." The SAGE handbook of qualitative data collection: 49-64.
- Khayatzadeh-Mahani, A., Ruckert, A. and Labonte', R. (2017) Obesity prevention: co-framing for intersectoral 'buy-in'. Critical Public Health, 28, 4–11.
- Koon, A. D., B. Hawkins and S. H. Mayhew (2016). "Framing and the health policy process: a scoping review." Health Policy and Planning **31**(6): 801-816.
- Labonte, R., M. Polanyi, N. Muhajarine, T. McIntosh and A. Williams (2005). "Beyond the divides: Towards critical population health research." Critical Public Health **15**(1): 5-17.
- Larouche, A., A. Bilodeau, I. Laurin and L. Potvin (2021). "Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity." Health Promotion International.

Larouche, A., I. Laurin and L. Potvin (à venir). "Écueils et promesses de la mise à l'échelle d'une innovation pour la petite enfance socialement défavorisée : analyse des *frames* de la stratégie éducative intersectorielle."

Lascoumes, P. and P. Le Galès (2007). "Introduction: understanding public policy through its instruments—from the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation." Governance **20**(1): 1-21.

Latour, B. (2005). Reassembling the Social - An introduction to Actor-Network-Theory. Oxford, UK, Oxford University Press.

Laurin, I., D. Guay, M. Fournier, N. Bigras and A. Solis (2015). "Attendance in Educational Preschool Services: A Protective Factor in the Development of Children from Low-Income Families?" Canadian Journal of Public Health **106**(7): eS14-eS20.

Laurin, I., D. Guay, M. Fournier, D. Blanchard and N. Bigras (2018). "Quelle est l'association entre les caractéristiques résidentielles et du quartier et le développement de l'enfant à la maternelle ?" Canadian Journal of Public Health **109**(1): 35-42.

Lynch, J. W., C. Law, S. Brinkman, C. Chittleborough and M. Sawyer (2010). "Inequalities in child healthy development: some challenges for effective implementation." Social Science & Medicine **71**(7): 1244-1248.

Machel, G. (2016). "Good early development-the right of every child." Lancet (London, England) **389**(10064): 13-14.

Mangham, L. J. and K. Hanson (2010). "Scaling up in international health: what are the key issues?" Health Policy and Planning **25**(2): 85-96.

McLaren, L., J. Masuda, J. Smylie and C. Zarowsky (2020). "Unpacking vulnerability: towards language that advances understanding and resolution of social inequities in public health." Canadian Journal of Public Health **111**(1): 1-3.

McLaren, L. and L. McIntyre (2014). "Conceptualizing child care as a population health intervention: can a strong case be made for a universal approach in Canada, a liberal welfare regime?" Critical Public Health **24**(4): 418-428.

McLaren, L., L. McIntyre and S. Kirkpatrick (2009). "Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health." International Journal of Epidemiology **39**(2): 372-377.

McLeroy, K. R., A. B. Steckler, B. Simons-Morton, R. M. Goodman, N. Gottlieb and J. N. Burdine (1993). "Social science theory in health education: time for a new model?" Health Education Research **8**(3): 305-312.

McQueen, D. V. and C. M. Jones (2007). Global perspectives on health promotion effectiveness. Global perspectives on health promotion effectiveness. D. V. McQueen and C. M. Jones, Springer: 3-11.

Milat, A. J., L. King, A. E. Bauman and S. Redman (2013). "The concept of scalability: increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice." Health Promotion International **28**(3): 285-298.

Milat, A. J., R. Newson, L. King, C. Rissel, L. Wolfenden, A. Bauman, S. Redman and M. Giffin (2016). "A guide to scaling up population health interventions." Public Health Research and Practice **26**(1): e2611604.

Ministère de la famille et de l'enfance (1999). La politique familiale : un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants. Les Publications du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (2004). Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence. Les Publications du Québec.

Moore, T., M. McDonald and H. McHugh-Dillon (2014). Evidence review: Early childhood development and the social determinants of health inequities, Melbourne, Victoria: Victorian Health Promotion Foundation.

Nguyen, D. T. K. and L. McIntyre (2015). Scale Up Readiness Assessment Framework: Key elements & actions in the successful scale up of an existing population health intervention. Public Health 2015. Vancouver, Canadian Public Health Association.

Okeyo, I., U. Lehmann and H. Schneider (2020). "The impact of differing frames on early stages of intersectoral collaboration: the case of the First 1000 Days Initiative in the Western Cape Province." Health Research Policy and Systems **18**(1): 3.

Phillips, C., M. Fisher, F. Baum, C. MacDougall, L. Newman and D. McDermott (2016). "To what extent do Australian child and youth health policies address the social determinants of health and health equity? : a document analysis study." Bmc Public Health **16**: 12.

Poland, B., K. L. Frohlich and M. Cargo (2008). Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. New York, NY, Springer: 299-317.

Poland, B., G. Krupa and D. McCall (2009). "Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation." Health Promotion Practice **10**(4): 505-516.

Popay, J., S. Escorel, M. Hernández, H. Johnston, J. Mathieson and L. Rispel (2008). Understanding and Tackling Social Exclusion. S. E. K. Network. Geneva, WHO Commission on Social Determinants of Health

Prior, L. (2011). Documents in Health Research. The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research. I. Bourgeault, R. Dingwall and R. de Vries, Sage: 417-432.

Ramey, C. T. and S. L. Ramey (2004). "Early learning and school readiness: Can early intervention make a difference?" Merrill-Palmer Quarterly **50**(4): 471-491.

Raphael, D. (2011). "A discourse analysis of the social determinants of health." Critical Public Health **21**(2): 221-236.

Rod, M. H., L. Ingholt, B. Bang Sørensen and T. Tjørnhøj-Thomsen (2014). "The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research." Critical Public Health **24**(3): 296-307.

Rose, G. (2001). "Sick individuals and sick populations." International Journal of Epidemiology **30**(3): 427-432.

Rychetnik, L., P. Hawe, E. Waters, A. Barratt and M. Frommer (2004). "A glossary for evidence based public health." Journal of Epidemiology and Community Health **58**(7): 538-545.

Saldaña, J. (2013). The coding manual for qualitative researchers, Sage.

Shareck, M., K. L. Frohlich and B. Poland (2013). "Reducing social inequities in health through settings-related interventions—A conceptual framework." Global health promotion **20**(2): 39-52.

Shaw, J., S. Shaw, J. Wherton, G. Hughes and T. Greenhalgh (2017). "Studying scale-up and spread as social practice: theoretical introduction and empirical case study." Journal of medical Internet research **19**(7): e244.

Shiffman, J., H. P. Schmitz, D. Berlan, S. L. Smith, K. Quissell, U. Gneiting and D. Pelletier (2016). "The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research." Health Policy and Planning **31**(suppl 1): i110-i123.

Shoveller, J., S. Viehbeck, E. Di Ruggiero, D. Greyson, K. Thomson and R. Knight (2016). "A critical examination of representations of context within research on population health interventions." Critical Public Health **26**(5): 487-500.

Simmons, R., P. Fajans and L. Ghiron (2007). Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes. Geneva, World Health Organization.

Solar, O. and A. Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health, WHO Document Production Services.

Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. Strategies of qualitative inquiry (3rd edition). N. K. Denzin and Y. S. Lincoln, Sage. **2**.

Subramanian, S., J. Naimoli, T. Matsubayashi and D. H. Peters (2011). "Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals?" BMC Health Services Research **11**(1): 336.

Torres, A., F. Lopez Boo, V. Parra, C. Vazquez, S. Segura-Pérez, Z. Cetin and R. Pérez-Escamilla (2018). "Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons." Child: care, health and development **44**(1): 4-11.

Tremblay, M.-C. and A.-A. Parent (2014). "Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk!" Canadian Journal of Public Health **105**(3): e221-e223.

Wagenaar, H. (2015). Transforming perspectives: the critical functions of interpretive policy analysis. Handbook of Critical Policy Studies. Cheltenham, UK, Edward Elgar Publishing: 422-440.

Weiss, C. H. (2000). Theory-Based Evaluation: Theories of Change for Poverty Reduction Programs. Evaluation and Poverty Reduction: Proceedings from a World Bank Conference, World Bank Publications.

Whitehead, M. (1992). "The concepts and principles of equity and health." International Journal of Health Services **22**(3): 429-445.

World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO.

Yanow, D. (2015). Making sense of policy practices: interpretation and meaning. Handbook of Critical Policy Studies: 401-421.

Zonji, S. (2018). "A network for early childhood development." Annals of the New York Academy of Sciences **1419**(1): 20-22.

Endnotes

- ⁱ Gradual variation in health levels by level of social status
- ⁱⁱ Social inequalities in ECD are conceived here as an outcome of the early childhood period.
- ⁱⁱⁱ For ethical reasons, the location and intervention have been depersonalized and generic names have been given to the health facilities.
- ^{iv} Those targeted by an integrated municipal urban revitalization programme
- ^v The criteria were young maternal age, poverty and low schooling, or recent immigration with other elements of vulnerability. The project was carried out within the specific framework of a provincial perinatal and early childhood program for families in vulnerable situations, known as “SIPPE”.
- ^{vi} Except for one reference document concerning a referral initiative for the Pilot phase (being the knowledge base for its cornerstone document - the first in Table 1), coded in full
- ^{vii} Supplied as an additional file
- ^{viii} The codebook is available as a supplement file.
- ^{ix} The construction of the two idiosyncratic, contextually situated ‘Educative strategy’ frames (based on S code and related codes), is discussed in a forthcoming paper of the authors, as mentioned earlier.
- ^x I. Laurin
- ^{xi} Designates the document and the quote number within this article
- ^{xii} Early childhood centres: autonomous non-profit organizations with an educational and social role, subsidized by the province and regulated by law, at low cost for all parents

5.2 Article empirique #2 : Écueils et promesses de la mise à l'échelle d'une innovation pour la petite enfance socialement désavantagée : analyse des *frames* de la stratégie éducative intersectorielle

Annie Larouche^{1,2,3,5*}, Isabelle Laurin^{2,3,4,5}, and Louise Potvin^{1,2,3,4}

¹ Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal, Qc, Canada

² Centre de recherche en santé publique (CRéSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

³ Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Qc, Canada

⁴ Centre de recherche Léa-Roback, Montréal, Qc, Canada

5.2.1 Résumé

Objectif : La mise à l'échelle (MAÉ) de projets pilotes de santé populationnelle vise à assurer un impact accru et plus durable à des innovations prometteuses. Ce processus implique l'élargissement du réseau des acteurs intersectoriels et suppose une évolution de la façon dont on envisage les problèmes et solutions, ce qui retient peu l'attention. Dans une perspective interprétative critique mobilisant le concept de *frame*, l'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution d'une innovation éducative pour tout-petits socialement désavantagés dans sa MAÉ, et la capacité du programme à grande échelle à soutenir l'action sur les inégalités sociales de développement des jeunes enfants (DJE) et l'équité.

Méthodes : S'appuyant sur des cadres conceptuels de *frames* et d'interventions complexes en santé, nous avons analysé le contenu des documents-cadres du projet pilote (n=8) et du programme à grande échelle (n=22), et construit les *frames* de la stratégie éducative préconisée dans chaque situation. Nous avons ensuite analysé de manière critique les différences du programme élargi au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité.

Résultats : Le *frame* du Pilote reflète une approche holistique de promotion du DJE pour les enfants les plus démunis dans des quartiers socio-économiques défavorisés, alors que le *frame* du Programme a un caractère davantage préventif et normatif au regard du développement de l'ensemble des enfants, dans diverses localités. Par rapport au Pilote, le Programme à l'échelle présente à la fois des atouts, des écueils et des ambiguïtés au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité, qui sont situés en rapport aux caractéristiques de son approche des milieux, et au sens accordé à la notion de 'vulnérabilité'.

Conclusion : L'évolution, dans les processus de mise à l'échelle, du contenu d'innovations ayant des visées d'équité peut faire en sorte que la stratégie élargie supporte plus ou moins l'action à cet égard. Ceci est important à considérer pour assurer l'impact et la pérennité des effets de ces processus menés à propos d'innovations de santé populationnelle.

Mots-clés : Mise à l'échelle, petite enfance, inégalités sociales de développement, frames, analyse interprétative critique.

Au Canada, de nombreuses innovations prometteuses sont développées dans le cadre de projets pilotes (Bégin et al., 2009). Leurs processus délibérés d'expansion, ou 'mise à l'échelle' (MAÉ), ont pour finalité d'accroître leur impact et la pérennité de leurs effets (Mangham et Hanson, 2010; Milat et al., 2013). C'est notamment le cas pour les innovations de santé populationnelle qui visent à influencer la distribution globale des risques et réduire les inégalités sociales au sein des populations (Hawe et al., 2012; Hawe et Potvin, 2009). Certaines innovations populationnelles sont davantage complexes et impliquent de multiples actions qui mobilisent plusieurs secteurs d'action publique ou de la société civile à même d'agir sur les déterminants (Hawe, 2015; Hawe et al., 2012) ; celles-ci concernent par exemple la santé mentale ou le développement des enfants (Cavallera et al., 2019; Milat et al., 2014).

Ces innovations complexes peuvent être envisagées comme des *objets sociaux* sous forme de réseaux d'acteurs intersectoriels, où des ressources, savoirs et perspectives sont partagées par les acteurs pour transformer les contextes en faveur de la santé (Hawe, 2015; Larouche et al., 2021; Minary et al., 2018). Les processus de MAÉ s'opèrent par divers mécanismes organisationnels et sociaux (Côté-Boileau et al., 2019; Milat et al., 2014; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011) où les réseaux d'acteurs s'élargissent et se transforment, contribuant à faire évoluer les constructions sociales des *problèmes* et *solutions* interventionnelles (Larouche et al., 2021). Ces transformations ont des implications potentielles significatives sur les inégalités sociales de santé (ISS) et l'équité, qui sont d'importantes préoccupations de santé publique (Marmot, 2010; World Health Organization, 2008). Les transformations de conceptualisation des problèmes et solutions dans la MAÉ des innovations, et leurs conséquences sur les ISS et l'équité, ont toutefois été peu abordées dans la littérature. C'est ce que cette étude explore en mobilisant le concept de *frame*

(Braun, 2015; Entman, 1993) et un cadre d'analyse d'interventions complexes en santé (Pfadenhauer et al., 2016; Rohwer et al., 2017).

Les *frames* sont notamment considérés en tant que représentations particulières des problèmes et solutions (Braun, 2015; Entman, 1993; Larouche et al., 2021) contenues dans les documents relatifs aux interventions publiques, où prédominent certains aspects plutôt que d'autres, dans un contexte et à un moment particulier (Bacchi, 2016; Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011). Ces représentations, importantes à considérer pour l'action (Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011), peuvent être vues comme le *produit momentané* d'un processus de traduction qui s'opère dans un réseau en expansion et consolidation où les acteurs partagent divers outils et perspectives (Larouche et al., 2021). Quoique des auteurs se soient récemment intéressés plus généralement au lien entre le *framing* des problèmes et la mise en action de certaines solutions (Shiffman et al., 2016), les défis de la MAÉ d'innovations de santé populationnelle ont été peu documentés sous l'angle des *frames* particuliers que les cadres de référence des initiatives véhiculent (Larouche et al., Art. 1). Le développement des connaissances sur les transformations des *frames* dans les documents relatifs aux innovations qui sont portées à l'échelle, et une considération critique de ces transformations au regard des ISS et de l'équité, est susceptible d'éclairer ces processus.

Cette étude s'intéresse à un cas de MAÉ d'une innovation de santé populationnelle concernant le développement de jeunes enfants (DJE) socialement désavantagés. On s'intéresse ici à l'évolution de la *solution* interventionnelle au cours de sa mise à l'échelle, au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité. Dans une perspective interprétative critique mobilisant le concept de *frame*, l'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution d'une innovation éducative pour tout-petits socialement désavantagés dans sa MAÉ, et la capacité du programme à grande échelle à soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité. Selon le cadre conceptuel mobilisé, les frames de la *solution* devraient englober les *frames* du *problème* du DJE, dont l'analyse est détaillée dans un autre article (Larouche et al., Art. 1). Ces frames du DJE ont toutefois été considérés séparément.

5.2.2 Perspectives théoriques et conceptuelles

5.2.2.1 Inégalités sociales de DJE et équité

Les résultats de santé et développement des individus sont le produit de leurs interrelations avec l'environnement tout au long de leur vie (Frohlich et al., 2008; Hertzman et Power, 2003; Hertzman

et Wiens, 1996). Ces résultats sont inégalement distribués entre les différentes tranches socio-économiques qui composent la population ; les inégalités sociales de DJE représentent les écarts systématiques de développement des enfants observés en fonction de gradients socio-économiques (Hertzman et Boyce, 2010; Hertzman et Wiens, 1996). Les voies fondamentales de ces gradients dépendent, au-delà de facteurs de risque individuels, des hiérarchies sociales qui caractérisent les sociétés (Hertzman et Wiens, 1996). L'exposition plus ou moins grande des enfants à certains facteurs proximaux (par ex. qualité des soins et relations, stimulation offerte) est associée à leur position dans cette hiérarchie, et est façonnée par les opportunités et choix passés et présents des familles. Il s'agit d'un processus itératif et cumulatif dont les effets peuvent s'amplifier au fil du temps (Frohlich et al., 2008; Gerlach et al., 2018; Hertzman, 2010; Hertzman et Wiens, 1996; Moore et al., 2014).

L'environnement des quartiers offre une gamme variable de ressources et d'occasions de soutien pour les familles et enfants, qui ont eux-mêmes des capacités différentes d'en 'profiter' (Abel et Frohlich, 2012; Adam et Potvin, 2016; Frohlich et al., 2008; Hertzman, 2010). Les iniquités développementales (l'aspect 'injuste' et évitable du gradient social de développement des enfants) (Hertzman et Wiens, 1996) sont liées à un accès différentiel des familles à certains droits et ressources (Abel et Frohlich, 2012; Adam et Potvin, 2016; Lake, 2011; Moore et al., 2014), mais aussi de 'capabilités'; les familles ont en effet un pouvoir changeant d'acquérir et transformer ces ressources (Adam et Potvin, 2016) pour 'faire et être' ce qu'elles veulent (Adam et Potvin, 2016; Breton et Sherlaw, 2013) pour elles-mêmes et leurs enfants.

Promouvoir l'équité développementale consiste à s'assurer que les enfants plus ou moins désavantagés au plan socio-économique, injustement exposés de façon accrue à des situations néfastes mais évitables, grandissent et évoluent dans des contextes favorisant l'atteinte de leur plein potentiel de développement (Hertzman et al., 2010a; Lake, 2011; Moore et al., 2014). L'accès local des familles de jeunes enfants à un ensemble de ressources intégrées et qui s'adaptent à leur réalité (Hertzman et al., 2010a; Lake, 2011) est nécessaire ; les programmes éducatifs universels de qualité dédiés aux enfants sont une part importante des solutions promues dans les pays à haut revenu (Cleveland et al., 2008; Hertzman et al., 2010b; Hertzman et Wiens, 1996; Japel et al., 2005; McLaren et McIntyre, 2014).

5.2.2.2 Frames

L'analyse de *frames* pratiquée sur des documents cadres de programmes s'inscrit dans une vision de ces documents, au-delà de simples 'véhicules de données', comme des 'objets théorisants' où prédominent certaines idées plutôt que d'autres (Larouche et al., 2021; Lascoumes et Le Galès, 2005; Prior, 2011; Rein et Schön, 1996). L'étude des transformations de *frames* dans ces documents (Braun, 2015 ; Entman, 1993; Foley et al., 2019) permet de représenter des 'coupes transversales' de la réalité des programmes où prévalent certaines représentations particulières et momentanées des problèmes et de leurs solutions. Comparer ces représentations peut mettre en lumière des changements de nature à affecter le but d'impact et de pérennité de la MAÉ, ici au regard des inégalités sociales de DJE. Cette étude adopte une perspective interprétative critique qui se veut utile à la définition des programmes, favorisant la réflexivité face à l'action publique (Eakin et al., 1996; Fassin, 2009; Labonte et al., 2005; Mykhalovskiy et al., 2019) ; l'analyse des transformations de *frames* veut permettre de soutenir l'utilité des processus de MAÉ (Larouche et al., 2021; Larouche et al., Art. 1).

Utilisé dans la recherche en santé publique (Koon et al., 2016; Lloyd et Hawe, 2003; Rychetnik et al., 2004), le cadre de Entman (1993) conceptualise les *frames* qui se dégagent des discours politiques en 4 composantes qui promeuvent :

- 1) une définition particulière du problème (composante P) ;
- 2) l'identification de certaines causes ou déterminants (composante D) ;
- 3) un jugement particulier sur ces déterminants (composante JD) ; et
- 4) des solutions particulières pour l'action (composante S).

Le cadre de Entman, enrichi d'une prise en compte du contexte social (Larouche et al., Art. 1), permet de dégager des visions spécifiques des questions de santé, soit certaines représentations particulières des 'problèmes' (leurs définition, déterminants et évaluations de ces derniers) et des 'solutions' véhiculées dans des documents relatifs aux projets pilotes, programmes ou politiques. On peut ensuite en analyser les variations temporelles dans les contextes étudiés. Le contenu présenté ici concerne la solution préconisée (composante S) ; dans un autre article nous nous sommes intéressées spécifiquement à la définition du problème du DJE (à partir des composantes P-D-JD) (Larouche et al., Art. 1).

5.2.2.3 Un cadre éclairant : le « *Context and Implementation of Complex Interventions framework* »

Le cadre *Context and Implementation of Complex Interventions* (CICI) (Pfadenhauer et al., 2016; Rohwer et al., 2017), conçu pour la réalisation de revues systématiques et d'évaluations d'interventions complexes en santé, sert ici de cadre spécifique d'analyse de la 'solution' en termes de stratégie éducative promue. Le cadre CICI conceptualise l'analyse des interventions complexes en trois dimensions interdépendantes mais distinctes : l'intervention elle-même, l'implantation et le contexte.

La description de l'**intervention** s'appuie notamment sur un modèle logique de type *system based* comportant 3 domaines principaux (Rohwer et al., 2017). La *théorie* de l'intervention réfère aux idées sur ses buts et objectifs, sur ses résultats (attendus ou effectifs),²⁹ et son fonctionnement (participants et leur rôle) (Pfadenhauer et al., 2016). La *conception* de l'intervention réfère à ses composantes politiques, éducatives ou technologiques, et à ses caractéristiques prescriptives d'exécution (moment, durée, intensité de réalisation). La *livraison* décrit par qui, où (types de lieux) et comment l'intervention est principalement dispensée (Rohwer et al., 2017). Un 4^e domaine est ici ajouté pour son importance au regard de l'analyse de *frames* pratiquée : l'*identité* de l'intervention. Ce domaine concerne les métaphores et images utilisées pour décrire ce qu'*est* l'intervention, et de quelle façon celle-ci peut résoudre le problème (Entman, 1993; Lloyd et Hawe, 2003).

L'**implantation** est définie comme l'effort délibéré pour mettre en pratique un programme ou une politique par des agents structurés en un processus comportant diverses stratégies (Pfadenhauer et al., 2016). Elle est conceptualisée en 4 *domaines* : les *politiques* réfèrent aux mesures et procédures organisationnelles en lien direct avec l'implantation, et le *financement* aux mécanismes d'octroi de ressources financières. La *structure de l'organisation et ses réseaux* concerne l'architecture et les ressources sociales et culturelles formelles et informelles de ceux-ci, au travers desquelles s'opère l'implantation. Les *fournisseurs* réfèrent aux individus qui mettent en œuvre l'intervention, et leurs attributs, attitudes, croyances et buts (Pfadenhauer et al., 2016).

Le **contexte** comporte 8 *domaines*, ici combinés en 6 entités distinctes vus leurs contenus étroitement liés. Le *milieu* de l'intervention concerne l'environnement immédiat (physique,

²⁹ Le modèle CICI vise principalement à compiler les résultats contextualisés d'une intervention déjà réalisée

organisationnel) où se produit l'intervention et son effet sur les individus, abordé en termes d'interaction entre 'fournisseurs' et 'bénéficiaires' de l'intervention, et de rôles adoptés. Le contexte *géographique* correspond à l'environnement physique plus large, naturel et bâti (infrastructures, ressources) du territoire concerné. Le contexte *socio-économique* concerne l'accès différentiel de la population aux ressources de la communauté. Le contexte *épidémiologique* correspond à la distribution des problèmes, conditions, déterminants et besoins au regard de la santé et des inégalités dans la population. Le contexte *socio-culturel* réfère aux valeurs, connaissances, habitudes, croyances, normes et capacités partagées par les groupes, et l'aspect *éthique*, aux réflexions et enjeux moraux en lien avec l'implantation qui guident le comportement des individus et organisations. Ces deux dimensions du contexte sont ici combinées. Il en va de même pour le contexte *légal*, concernant l'ensemble des lois et règlements qui encadrent et protègent les droits de la population et intérêts de la société, et l'aspect *politique*, qui réfère à la distribution des pouvoirs, atouts et intérêts, et aux organisations et règles (formelles, informelles) qui régissent les interactions dans la population (Pfadenhauer et al., 2016).

La conjugaison des cadres de Entman (1993) et de Pfadenhauer et collaborateurs (2016), permet de segmenter en composantes de définition du problème du DJE et de solution préconisée les données issues des documents de référence du projet pilote et du programme élargi du cas de MAÉ étudié, qui concerne une innovation éducative pour le développement de jeunes enfants socialement désavantagés. On peut ainsi identifier les éléments spécifiques des solutions avancées dans le projet pilote (ci-après le 'Pilote') et dans le programme porté à plus grande échelle (ci-après le 'Programme'), et en faire ensuite une analyse comparative du contenu. Dans la foulée du premier travail d'analyse de l'évolution des *frames* du DJE au sujet de cette initiative, l'objectif de cet article est de caractériser les *frames* de la stratégie éducative préconisée construits à partir des documents du Pilote et du Programme à l'échelle, et d'en analyser l'évolution de manière critique, en termes d'impact potentiel du Programme sur les inégalités sociales de DJE et l'équité.

5.2.3 Initiative à l'étude

Dans une optique d'équité des chances et vue l'importance de la petite enfance au regard des ISS (Irwin et al., 2007; Lynch et al., 2010; Marmot, 2010; Organisation mondiale de la Santé, 2008),

le développement du jeune enfant (DJE)³⁰ est devenu une préoccupation grandissante ; celle-ci a pris la forme de politiques et programmes concernant les besoins développementaux accrus des jeunes enfants en situation de vulnérabilité socio-économique.

Dans la région québécoise concernée³¹, en 2003, près de la moitié des jeunes enfants vivaient en situation de pauvreté. Les besoins développementaux de ces tout-petits étant une préoccupation particulière de la Direction régionale de santé publique (DRSP), l'initiative Éducation des tout-petits en contexte de vulnérabilité (ci-après Éducation des tout-petits) a été lancée dans la région en 2005 dans 5 Centres de santé et de services sociaux (CSSS)³² - des organisations de 1^{ère} ligne visant l'amélioration de la santé populationnelle sur leur territoire. On voulait s'éloigner de pratiques cliniques en misant sur des collaborations avec d'autres secteurs et en tenant compte des connaissances expérientielles et scientifiques sur l'efficacité des interventions en contexte de vulnérabilité. Les écarts de développement des tout-petits socialement désavantagés par rapport aux enfants mieux nantis étant plus ou moins implicitement considérés *inévitables*, c'est-à-dire à la fois injustes et évitables (Braveman et Gruskin, 2003; Whitehead, 1992), le projet était réalisé dans le cadre spécifique du programme provincial des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (Ministère de la santé et des services sociaux, 2004). La stratégie éducative envisagée, qui répondait à une cible du plan régional de santé publique, consistait en l'élaboration de projets collaboratifs intersectoriels pour accroître l'accès et l'intégration des enfants à des milieux éducatifs hors du domicile familial, soit des services de garde, activités communautaires ou d'autres types de ressources. En 2011, grâce à l'octroi d'un budget bonifié récurrent, le projet pilote est devenu un programme à l'échelle de l'ensemble des territoires de CSSS de la région.

Par sa visée pour enfants socialement désavantagés, son caractère intersectoriel novateur et son démarrage sous forme de projet pilote ensuite étendu à une région entière, cette initiative représente un intéressant cas d'expansion d'innovation de santé populationnelle qui mérite d'être étudié pour accroître les connaissances sur les transformations de conceptualisation de solutions dans la MAÉ

³⁰ Aux plans cognitif, langagier, socioaffectif, psychomoteur

³¹ Pour des raisons éthiques, le lieu a été dépersonnalisé, l'initiative porte un nom fictif et des noms génériques ont été donnés aux structures de santé.

³² Les CSSS sont nés en 2004 de la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC) entre eux et avec certains centres hospitaliers.

en rapport aux inégalités sociales de DJE. Les questions qui guident l'analyse des documents de référence sont les suivantes :

- a) Quel *frame* se dégage de la stratégie éducative Éducation des tout-petits selon le contenu de ses dimensions d'intervention, implantation et contexte, pour le Pilote et pour le Programme à grande échelle ?
- b) En quoi le *frame* du Programme à grande échelle préconisé peut-il soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité par rapport à celui du pilote ?

5.2.4 Méthode

Après avoir obtenu les approbations du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (15-079-CERES-D) et de la DRSP concernée, nous avons conduit une étude rétrospective de ce cas instrumental (Stake, 2008) visant l'analyse de la transformation des *frames* dans la MAÉ. Les données ont été extraites des deux documents cadres qui fournissent les balises de l'initiative, ainsi que des références bibliographiques primaires qui y figurent.³³ L'ensemble de ces documents constitue ce que nous appelons le Cadre Pilote (2005) et le Cadre Programme (2011) (voir **Tableau 1**). L'analyse des données a d'abord été réalisée sur la base des 4 composantes des *frames* (P-D-JD-S) et d'éléments contextuels (Ctx) du cadre conceptuel enrichi (Entman, 1993; Larouche et al., Art. 1; Poland et al., 2009). Un codage mixte a été pratiqué via la plateforme d'analyse qualitative *Dedoose*. La méthode relative à cette étape (codage par composantes de *frames* P-D-JD-S pour le Pilote et le Programme) et à la construction et l'analyse des *frames* du problème du DJE (à partir de P-D-JD) est décrite en détails dans une autre publication (Larouche et al., Art. 1).

5.2.4.1 Analyse de contenu

La construction des *frames* de la stratégie éducative du Pilote et du Programme a impliqué l'élaboration itérative d'un lexique de codes, à partir d'un modèle générique d'évaluation d'interventions de santé publique (Brousselle et al., 2011), d'une revue de littérature sur les interventions préventives et de promotion de la santé et de lectures du matériel et réflexions consignées dans un journal de bord. Afin d'éclairer avec davantage de profondeur l'analyse des

³³ Plans de santé publique, ententes de partenariat, outils de travail, articles scientifiques, synthèses de connaissances

Tableau 1 – Éléments clés des Cadres Pilote et Programme

| | Pilote | Programme |
|--|---|--|
| Année de début | 2005 | 2011 |
| Territoires de CSSS | 5 | 12 |
| Documents utilisés | 8 | 22 |
| <p>Frames ‘problème’ DJE avec différences significatives au regard inégalités sociales de DJE (Larouche et al., 2021)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mécanismes contextualisés</i> ▪ <i>Qualité des situations de vie</i> ▪ <i>Statuts développementaux des tout-petits</i> ▪ <i>Qualité des soins et de l'éducation</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mécanismes contextualisés</i> ▪ <i>Qualité des situations de vie</i> ▪ <i>Statuts développementaux des tout-petits</i> ▪ <i>Qualité des soins et de l'éducation</i> ▪ <i>Répartition populationnelle des problèmes de DJE</i> ▪ <i>Conséquences du DJE au niveau populationnel</i> |

données codées des solutions Pilote et Programme ont été réparties selon leur contenu dans la version adaptée du cadre CICI présentée plus haut, et ses dimensions interdépendantes d'intervention, implantation et contexte. Un tableau figurant en annexe résume l'appariement au cadre CICI des 16 codes initiaux et des *frames* du ‘problème’ du DJE ³⁴ s'intégrant à la dimension contextuelle (qui ont fait l'objet d'un article en soi) (Larouche et al., Art. 1).

Une rédaction du contenu de la stratégie éducative relative au Pilote et au Programme a suivi. Les similitudes et distinctions de contenu pertinentes au regard des inégalités sociales de DJE du Programme par rapport à celui du Pilote ont été dégagées, de même que les liens entre les dimensions d'intervention, implantation et contexte. Les tendances observées ont mené à caractériser la stratégie éducative du Pilote et du Programme par des *frames* distincts, pour procéder ensuite à l'analyse critique de la capacité du *frame* du Programme à l'échelle de soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité.

5.2.5 Résultats

L'analyse des données du Pilote et du Programme a permis d'identifier les éléments saillants des trois dimensions d'intervention, d'implantation et de contexte. À la lumière de l'analyse de

³⁴ Construits à partir des codes P-D-JD

l'ensemble des données, la stratégie éducative du Pilote reflète une approche holistique de promotion du DJE pour les enfants les plus démunis dans des localités socio-économiques défavorisées, avec un *frame* de *quartiers mobilisés et milieux éducatifs stimulants pour les tout-petits grandissant en contexte de vulnérabilité*. Le Programme, avec un *frame* de *services de soutien précoce bien définis pour les milieux éducatifs, en prévention des retards de développement et problèmes de comportement des tout-petits*, a un caractère davantage préventif et normatif au regard du développement d'enfants qui grandissent dans diverses localités.

Un tableau figurant en annexe présente la comparaison détaillée des contenus des *frames* des solutions Pilote et Programme en fonction de leurs 3 dimensions et domaines, et inclut les *frames* du 'problème' du DJE analysés dans un autre article (Larouche et al., Art. 1). En résumé, ces *frames* du DJE discutés ailleurs révèlent que le Pilote valorise l'intervention précoce en milieu vulnérable via des approches intégrées, l'apport global des milieux éducatifs aux familles et à la société, la lutte à la pauvreté et le support aux parents dans cette situation. On y envisage le DJE au travers des conditions de vie et ressources, de l'importance du rapport individus-environnements, des circonstances sociales et de l'exclusion, et des services de garde en milieux vulnérables. En contraste, le Programme promeut un meilleur accès général aux ressources pour toutes familles de jeunes enfants, quel que soit leur statut socio-économique, sauf en ce qui a trait aux services de garde éducatifs (SGÉ), dont on veut faire profiter les plus démunis. Malgré une préoccupation pour le gradient socio-économique de développement et l'égalité des opportunités en petite enfance, on insiste moins sur les circonstances sociales et le rôle des parents, pour s'orienter vers celui des éducateurs en SGÉ. On envisage le DJE davantage via les apports de l'environnement immédiat aux enfants, pour les expériences et relations que celui-ci procure. L'intérêt est davantage circonscrit aux programmes éducatifs envisagés comme facteur de protection pour les enfants de familles 'à plus haut risque', amalgamant des facteurs individuels et déterminants sociaux. Le nombre d'individus affectés par les déterminants dans la population globale et différentes couches sociales est ce qui retient l'attention, de même que le nombre plus important d'enfants en difficultés dans la classe moyenne (Larouche et al., Art. 1).

5.2.5.1 Frame de la stratégie éducative du Pilote : Des quartiers mobilisés et milieux éducatifs stimulants pour les tout-petits grandissant en contexte de vulnérabilité

Le *frame* du Pilote insiste sur l'importance de l'intervention précoce en milieu de pauvreté et de l'arrimage nécessaire entre les ressources des territoires locaux. Il met de l'avant la valeur intrinsèque des milieux éducatifs pour tout-petits socialement désavantagés comme lieux de socialisation et d'apprentissage dans des quartiers défavorisés. Les projets collaboratifs se veulent développés en concertation intersectorielle locale, centrés sur les milieux éducatifs et leurs apports aux enfants des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), optimisant leurs vertus développementales. Ils entendent mobiliser autant les savoirs expérientiels que les connaissances scientifiques. C'est ce qui émerge globalement du contenu des dimensions de contexte, d'intervention, et d'implantation présenté ci-dessous.

*Contexte*³⁵

Le Pilote est teinté par un accroissement de l'intérêt envers la petite enfance et les contextes de vulnérabilité, dans la foulée du rapport *Un Québec fou de ses enfants* (1991). De nouvelles politiques, structures, études et documents stratégiques ont vu le jour, dont de nouvelles dispositions de la Politique familiale (1999), et l'implantation, à partir de ressources existantes, du réseau de services de garde universel subventionné par l'État. Diverses ententes provinciales et régionales visent à favoriser une meilleure intégration et coordination des services, et de grandes orientations sont avancées à l'égard de la petite enfance : reconnaissance d'une responsabilité collective et du potentiel des parents, action en amont pour les plus vulnérables et nécessité de concertation entre les secteurs d'action publique et communautaire. En cohérence avec cela, l'un des 6 axes du Plan régional de santé publique concerne les ISS. On entend notamment lutter contre la pauvreté et favoriser le développement des communautés par le déploiement de tables intersectorielles dans les quartiers et arrondissements de Montréal.

Les connaissances mobilisées dans le Pilote ont trait aux programmes d'intervention précoce en milieu vulnérable. L'environnement où l'intervention se produit est représenté d'une part par les instances (formelles et informelles) de collaboration intersectorielle telles que les 'tables' de quartiers spécifiques à forte concentration de familles en contexte de vulnérabilité, qui impliquent entre autres les CSSS; et d'autre part par les milieux éducatifs et ressources en petite enfance qui

³⁵ Pour assurer la concision, les citations pertinentes figurent en annexe

répondent aux critères établis (Centres de la petite enfance, garderies privées, services de garde d'écoles ou tout autre organisme ou service semblable).

Certaines spécificités socio-économiques locales sont prises en compte, telles que l'accès différentiel aux ressources éducatives selon certaines caractéristiques sociales, et les moyens qui y sont employés pour assurer l'équité. Un inventaire local des ressources et besoins des milieux éducatifs doit être réalisé par les CSSS. Cet inventaire s'intéresse aux types de milieux éducatifs existants, à leur capacité d'accueil et à leurs différentes caractéristiques (clientèle, fréquentation, programmation, fonctionnement, enjeux de participation et d'implication), particulièrement au regard des familles en contexte de vulnérabilité (*voir citation 1.1*). On cherche aussi à documenter les particularités du personnel des milieux éducatifs, l'état d'application d'une entente de collaboration régionale entre les organisations de santé et les Centres de la petite enfance (formalisation des collaborations, places réservées et utilisées). Enfin, on s'enquiert de la participation (effective ou nécessaire) des acteurs des milieux éducatifs aux structures de planification intersectorielle des SIPPE, et à d'autres types de collaboration (*cit. 1.2*).

Implantation

Le Pilote s'inscrit dans l'objectif du Plan régional de santé publique concernant les conditions de vie et le soutien aux familles de tout-petits, et plus particulièrement dans une cible promouvant des collaborations intersectorielles (santé, petite enfance, communautaire) pour le développement d'interventions en stimulation précoce. La mission des CSSS est liée aux objectifs de ce plan régional, et s'inscrit dans un plan d'action local adapté aux caractéristiques du territoire, réalisé et en concertation avec les OC.

Le financement du Pilote est assuré par un budget dédié au programme des SIPPE pour les enfants de 2 à 5 ans. Constitué de montants de base et au prorata des naissances *en contexte de vulnérabilité*, le budget est réparti localement entre des quartiers défavorisés associés à un programme de revitalisation urbaine intégrée dans 5 territoires de CSSS, qui doivent initialement gérer les sommes octroyées (*cit. 1.3*). Celles-ci sont ensuite potentiellement transférées à des organismes communautaires admissibles, ou conservées par les CSSS pour la réalisation des projets. Quoiqu'une proportion importante du budget doive être consacrée à des activités de soutien aux milieux éducatifs, aucune autre prescription n'est fournie au regard d'éventuels 'fournisseurs' de l'intervention.

Le Pilote est identifié comme le volet ‘éducatif’ des SIPPE. On recherche sa continuité avec les deux composantes de ces services, et avec leur structure de concertation intersectorielle. L’arrimage du Pilote avec les milieux éducatifs pour tout-petits et d’autres ressources en petite enfance est également considéré essentiel.

Dans le Pilote, la mission des SGÉ est articulée autour de l’équité des chances pour les familles et enfants. La DRSP joue un rôle de soutien face au développement de projets locaux, par la fourniture d’outils, l’animation d’un groupe régional et divers projets concernant le développement des enfants.

Intervention

L’innovation Éducation des tout-petits est une initiative de la DRSP qui se veut être informée par les divers partenaires en petite enfance des quartiers vulnérables ciblés. On cherche à offrir du support aux milieux éducatifs dans un but de développement des tout-petits de familles vulnérables et de parcours scolaire harmonieux, particulièrement pour ceux des SIPPE (*cit. 1.4*). Éducation des tout-petits entend mobiliser dans des projets spécifiques tant les acteurs de petite enfance que les parents. L’objectif général du Pilote est de faciliter l’accès et l’intégration des enfants dans des milieux de qualité, pour leur offrir des expériences de socialisation et des activités éducatives intensives et continues (*cit. 1.5*) en assurant des collaborations avec les parents, en continuité avec le support offert par d’autres organismes (*cit. 1.6*).

Dans le Pilote, le terme “Éducation des tout-petits” réfère aux services éducatifs à la petite enfance. Les CSSS,³⁶ mandataires initiaux de l’initiative, sont responsables de la démarche intersectorielle devant être menée dans les quartiers ciblés. Des projets locaux sont élaborés en partenariat avec les structures de concertation intersectorielles locales des SIPPE et les acteurs en petite enfance - particulièrement les organismes communautaires, milieux garde et les écoles. Les CSSS doivent veiller à assurer le respect des objectifs et la participation des parents aux différentes phases des projets (*cit. 1.6*).

Les quatre objectifs spécifiques ont trait : à l’accessibilité aux milieux éducatifs pour les enfants ; à l’encouragement des parents à fréquenter ceux-ci ; au renforcement du potentiel des milieux

³⁶ Voir la description de l’initiative pour la signification de l’acronyme CSSS

éducatifs ; et aux collaborations et à la continuité entre les ressources en petite enfance (de santé et services sociaux, scolaires, communautaires, municipales), ceci en valorisant les savoirs locaux et prenant en compte les connaissances sur l'efficacité des interventions. Les stratégies de mobilisation et de concertation avec les partenaires font partie des critères d'appréciation des projets locaux, qui doivent concerner prioritairement les milieux éducatifs et leurs intervenants (plutôt que directement les tout-petits) (*cit.1.7-8*).

Le Pilote comporte ainsi une composante *politique* locale de concertation et partenariat autour de projets conjoints avec un objectif explicite de renforcement des liens et de continuité des actions en petite enfance; et une composante *éducative* de bonification des interventions des milieux éducatifs. Les prescriptions d'exécution concernent d'une part la démarche intersectorielle locale avec prise de décisions conjointes ; et d'autre part les projets eux-mêmes, développés en différentes étapes balisées, et visant des services d'Éducation des tout-petits de qualité, intensifs, continus et qui soutiennent en concertation le développement global des enfants. Aucun résultat spécifique n'est attendu du Pilote.

5.2.5.2 Frame de la stratégie éducative du Programme : des services de soutien précoce bien définis pour les milieux éducatifs, en prévention des retards de développement et problèmes de comportement des tout-petits

Le *frame* du Programme s'inscrit dans une optique de continuité de services de santé préventifs, et s'articule autour de l'intervention des CSSS dans certains milieux éducatifs de qualité, où des collaborations sont formalisées pour faciliter l'accès des tout-petits et offrir un soutien professionnel pour le développement des enfants.

Contexte

Le contexte du programme Éducation des tout-petits est caractérisé par une mise en œuvre plus explicite de l'approche de santé populationnelle³⁷ issue de la réforme de 2003 du réseau de la santé du Québec. Le nouveau Plan régional de santé publique est davantage détaillé et préventif et comporte une priorité régionale transversale de lutte aux ISS. L'équipe de la DRSP en charge de l'orientation visant la santé et développement optimal des jeunes enfants, contribue à cette lutte aux ISS (*cit.2.1*).

³⁷ Au-delà d'une réponse aux besoins individuels

Le contexte illustre également un intérêt accru pour les profils développementaux des enfants et le rôle des services de garde à l'égard de la vulnérabilité du développement. Plusieurs travaux nationaux et régionaux ont été menés à cet égard, dont l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Japel et al., 2005) et une importante enquête régionale sur la 'maturité scolaire' des enfants de maternelle (l'Enquête), qui concerne leur niveau de préparation aux apprentissages scolaires (Janus et Offord, 2007). L'enquête régionale a mobilisé pour sa réalisation un outil de mesure populationnel³⁸ du développement des enfants dans 5 dimensions de développement inter-reliées.³⁹ (cit.2.2). Cette enquête a permis d'établir des niveaux de risque des enfants face aux apprentissages scolaires, ceci dans l'ensemble des territoires locaux. Les enfants peuvent être considérés *prêts* pour l'école, ou *fragiles* ou *vulnérables* à cet égard, les enfants *vulnérables* étant ceux dont le développement apparaît le plus atteint (cit.2.3). L'enquête régionale a notamment permis d'illustrer que les enfants qui résident dans des quartiers défavorisés matériellement et socialement sont davantage susceptibles d'être 'vulnérables' sur le plan de leur développement. Elle a entraîné dans la région une vaste mobilisation intersectorielle visant l'appropriation des résultats et la recherche de solutions pour améliorer le développement des enfants.

Davantage de connaissances sur les services de garde du Québec sont mobilisées dans le cadre du Programme, qui ont trait aux caractéristiques de qualité et de fréquentation de ces services (en lien aux données sociales et préférences parentales). On s'intéresse aussi aux effets de ces services selon divers critères (âge, caractéristiques sociales, types de services). Une évaluation d'implantation de l'innovation Éducation des tout-petits a également été réalisée durant la phase Pilote précédant l'élaboration du Programme. De plus, un 'groupe régional' Éducation des tout-petits réunissant principalement des représentants des CSSS et de la DRSP a été formé pour favoriser le partage d'expérience.

Le milieu où s'implante Éducation des tout-petits est présenté comme étant celui des territoires locaux des CSSS, sans spécification d'éventuels quartiers prioritaires. Aucune précision n'est fournie quant à une prise en compte de spécificités géographiques ou socio-économiques locales. L'accent est plutôt mis sur les milieux éducatifs eux-mêmes, qui sont décrits comme offrant un

³⁸ L'*Instrument de mesure du développement de la petite enfance* (IMDPE) fournit une mesure du développement des tout-petits utile à des fins uniquement populationnelles (et non individuelles)

³⁹ 1) santé physique et bien-être ; 2) compétence sociale ; 3) maturité affective ; 4) développement cognitif et langagier ; 5) habiletés de communication et connaissances générales

soutien complémentaire à l'éducation offerte par les parents. On insiste particulièrement sur le rôle de premier plan joué par les services de garde éducatifs (SGÉ), et sur leurs caractéristiques de qualité, définie plus concrètement que dans le Pilote en termes d'interventions, d'activités, lieux, réponse aux besoins des enfants et partenariats établis avec les parents (*cit.2.4-5-6*).

Implantation

Avec l'approche populationnelle et la stratégie régionale de réduction des ISS qui s'affirment, un tronc commun d'actions DRSP-CSSS est identifié, dont découle des plans locaux de santé publique et une offre de support de la DRSP à cet égard. Le Programme Éducation des tout-petits figure dans l'orientation pour jeunes enfants du Plan régional de santé publique sous la responsabilité de l'équipe dédiée. Dans cette orientation, en lien avec l'enquête régionale réalisée sur la maturité scolaire, l'axe qui concerne le développement cible spécifiquement la réduction, au niveau régional, de la proportion d'enfants 'vulnérables' lors de leur entrée scolaire (*cit.2.7*).

Le Programme à l'échelle est dorénavant distinct de la clientèle des SIPPE, mais doit être développé en continuité avec ces services. Le budget est accordé aux 12 CSSS selon une trajectoire particulière du cadre administratif de santé publique qui prescrit l'utilisation des sommes par eux-mêmes. Celles-ci sont composées de montants fixes ventilés en fonction du nombre d'enfants dits *vulnérables*. On vise l'embauche de ressources professionnelles spécialisées en DJE, qui doivent être arrimées au continuum de services préventifs, et particulièrement à un nouveau guichet d'accès pour enfants en retards ou troubles de développement. Ces ressources professionnelles, les *fournisseurs* locaux de l'intervention, peuvent être recrutées en fonction des besoins d'expertise de chaque CSSS (*cit.2.8*).

Dans le Programme, la mission des SGÉ pour tout-petits (dont les Centres de la petite enfance) est désormais articulée autour de leurs bénéfices pour développement des enfants et la maturité scolaire. Enfin, le rôle de la DRSP en lien avec Éducation des tout-petits est réaffirmé, mais avec des modalités de suivi modifiées, notamment en ce qui concerne le Groupe régional Éducation des tout-petits.

Intervention

Le Programme Éducation des tout-petits a un caractère plus préventif et individualisé, et comporte des spécifications accrues au regard de la qualité des ressources éducatives, des activités attendues

de la part des CSSS et de leurs collaborations avec les milieux éducatifs pour tout-petits et les écoles. Deux différences importantes du Programme par rapport au Pilote concernent : 1) *l'identité* d'Éducation des tout-petits en tant que service des CSSS dans les milieux éducatifs : les CSSS sont maintenant les mandataires locaux exclusifs d'Éducation des tout-petits, et ce terme réfère désormais au programme des CSSS comportant une offre de service 'bien définie' (plutôt qu'aux actions des milieux éducatifs eux-mêmes) ; et 2) le *but* et la *cible* d'Éducation des tout-petits, qui vise dorénavant le développement et l'entrée scolaire harmonieuse de l'ensemble des tout-petits : on s'intéresse aux enfants en *contexte* de vulnérabilité (principalement ceux des SIPPE) mais aussi à ceux dont le 'développement inquiète', quel que soit apparemment leur contexte socio-économique (*cit.2.9-10-11*).

Les trois *objectifs généraux* concernent d'une part l'intégration des enfants en contexte de vulnérabilité dans un programme éducatif ou un SGÉ de qualité, et d'autre part *le soutien à leur développement* auprès des intervenants des milieux éducatifs, et des intervenants des CSSS qui sont en support à des parents d'enfants en difficulté (*cit.2.12*).

Quoique l'offre d'Éducation des tout-petits soit destinée aux intervenants (plutôt que directement aux enfants), son approche de consultation est axée spécifiquement sur la prévention des retards et le support aux tout-petits en difficulté. Le Programme constitue dorénavant une « porte d'entrée » aux services des CSSS et se situe dans le continuum d'interventions de santé pour les jeunes enfants (*cit.2.13*).

Au sujet des *objectifs spécifiques*, les collaborations intersectorielles et l'inclusion des parents pour l'élaboration de 'projets', et la continuité globale entre ressources relatives à la petite enfance, ne demeurent pas un objectif particulier du Programme à l'échelle. Toutefois, la composante *politique* du Programme s'articule en termes de liens intersectoriels renforcés et formalisés avec les SGÉ pour y assurer l'accès, et la continuité avec le milieu scolaire est priorisée pour assurer la transition à la maternelle (liens CSSS, milieux éducatifs, écoles et parents).

Les relations avec les parents se concrétisent par du soutien et un accompagnement dirigé vers les programmes éducatifs, que l'on veut plus particulièrement dans le respect de leurs préférences de milieux éducatifs. Enfin, le 'soutien' offert dans le cadre du Programme (composante *éducative*)

est davantage balisé, autant au regard de ceux à qui le support s'adresse que pour les actes à poser par les intervenants responsables d'Éducation des tout-petits.

Les cinq *objectifs spécifiques* et activités attendues correspondantes concernent :

- 1) L'accessibilité aux milieux éducatifs *pour les enfants en contexte de vulnérabilité* : établir des liens avec les milieux éducatifs, formaliser les collaborations avec les SGÉ par des protocoles d'ententes, soutenir et encourager les familles à se prévaloir des programmes éducatifs selon des modalités qui leur conviennent (dont SGÉ à temps partiel);
- 2) Le soutien à l'intégration en SGÉ des enfants dont le développement inquiète et qui ont été référés par les CSSS : faciliter la liaison par l'accompagnement familial et le soutien aux éducateurs ;
- 3) Le soutien clinique aux milieux éducatifs pour des enfants ou groupes d'enfants : répondre aux besoins des éducateurs des milieux éducatifs (rencontres, observation d'enfants, plans d'intervention, orientation vers des services spécialisés);
- 4) Le soutien à l'acquisition des savoirs des intervenants des milieux éducatifs et des CSSS : développement de connaissances et compétences en lien au DJE (partage, formation, discussions de cas); et
- 5) L'établissement de mesures de transition scolaire : soutien à la transition avec les milieux éducatifs, écoles et parents, particulièrement pour les enfants présentant des défis développementaux (*cit.2.14-15*).

Les résultats maintenant attendus d'Éducation des tout-petits se rapportent aux cibles de résultats des plans d'action locaux des CSSS (adaptées à ces contextes, mais dont la teneur n'est pas spécifiée) et à l'application des protocoles d'entente avec les SGÉ, ce qui est plus largement un indicateur de mise en œuvre du Plan régional de santé publique (*cit.2.16*).

5.2.6 Discussion : quelles implications des différences de *frame* pour le Programme à l'échelle?

Nous avons utilisé des cadres conceptuels adaptés de *frames* (Entman, 1993) et de mise en œuvre d'interventions complexes en santé (Pfadenhauer et al., 2016; Rohwer et al., 2017) pour analyser la transformation du *frame* de la stratégie Éducation des tout-petits s'intéressant au développement de jeunes enfants socialement désavantagés. Le *frame* d'Éducation des tout-petits a

significativement évolué dans sa mise à l'échelle. Alors que le Pilote se caractérise par des *quartiers mobilisés et milieux éducatifs stimulants pour les tout-petits grandissant en contexte de vulnérabilité*, c'est un *frame de services de soutien précoce bien définis pour les milieux éducatifs, en prévention des retards de développement et problèmes de comportement des tout-petits* qui se dégage du Programme à grande échelle.

Pour répondre à leurs visées, tant le Programme Éducation des tout-petits que le Pilote présentent des caractéristiques de stratégies interventionnelles 'par milieux', qui cherchent à influencer la santé et le bien-être dans les cadres sociaux quotidiens où les gens vivent, travaillent, jouent, apprennent (par ex. quartiers, milieux de travail, écoles et autres milieux éducatifs) (Green et al., 2000; Poland et al., 2009). Il ne sera pas discuté ici directement de la pertinence des interventions mobilisant les milieux éducatifs au regard des inégalités sociales de DJE. En prenant pour point de référence le *frame* du Pilote, nous analyserons plutôt en quoi, selon la manière dont y est envisagé le 'milieu', le *frame* du Programme à grande échelle peut plus ou moins supporter l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité (Pfadenhauer et al., 2016). Le rôle particulier de la notion de vulnérabilité sera ensuite discuté.

5.2.6.1 Pilote : quartiers et milieux éducatifs 'en revitalisation'

Le Pilote et le Programme abordent différemment les 'milieux' et leurs rôles au regard du DJE. Dans le Pilote, le milieu est représenté par les quartiers socio-économiques défavorisés - avec leur ensemble plus ou moins arrimé de ressources et acteurs en petite enfance, et les milieux éducatifs où se dérouleront les projets, dont on veut faire profiter les enfants des familles les plus désavantagées au plan socio-économique. Le Pilote tire son identité de quartiers aux ressources accessibles et bien arrimées et de la valeur intrinsèque des milieux éducatifs comme lieux de socialisation des tout-petits. Plusieurs caractéristiques de l'approche milieu du Pilote sont de nature à promouvoir l'équité développementale en favorisant une vision systémique qui tient compte des relations entre les familles et leurs environnements (Shareck et al., 2013) : Éducation des tout-petits s'inscrit dans un processus de revitalisation de quartiers socio-économiques défavorisés; les projets intersectoriels favorisent l'engagement actif et continu des parents; on y promeut le partage de savoirs situationnels, de même que les collaborations locales et la continuité des interventions entre acteurs concernés par le développement de la petite enfance; les projets sont bâtis en concertation intersectorielle avec et dans les milieux éducatifs, et sont centrés sur l'amélioration de

l'accessibilité et la qualité, notamment par l'ajustement aux besoins particuliers des familles. Le 'milieu' est ainsi relativement ouvert, et le Pilote entend agir sur des déterminants structurels, individuels, et sur leur interrelation ; il tient compte de processus sociaux complexes qui sont à la base des inégalités développementales (Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013) (Moore et al., 2014). Toutefois, comme le reflètent son but et son mode de financement, le Pilote est axé spécifiquement sur les enfants les plus désavantagés ; son potentiel d'action est principalement relatif à l'écart de ce groupe social, et non de groupes sociaux plus favorisés également en besoin par rapport à d'autres mieux nantis ; il n'agit pas sur l'ensemble du gradient développemental (Benach et al., 2013; Graham, 2004). En outre, la participation des plus démunis aux interventions par milieux est reconnue pour poser certains défis qui peuvent entraver l'action sur les ISS (Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013).

5.2.6.2 Programme à l'échelle : territoires locaux 'génériques' et milieux éducatifs 'de qualité'

Dans le Programme, le 'milieu' s'élargit d'une part à l'ensemble des territoires locaux – a priori sans prise en compte globale de leur réalité socio-économique, et leurs ressources et arrimages ; le milieu est davantage représenté par les milieux éducatifs de ces territoires locaux qui sont jugés être de qualité. La perte de contexte social 'local' s'opère ainsi au profit de l'attention à ces milieux, reconnus pour jouer un rôle charnière dans le développement des enfants socialement désavantagés, et que ceux-ci fréquentent généralement moins que leurs pairs plus privilégiés (Cleveland et al., 2008; Hertzman et Wiens, 1996; Japel et al., 2005; Laurin et al., 2015). La promotion de l'accessibilité aux milieux éducatifs de qualité apparaît donc à première vue un gage de succès au regard de l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité (Cleveland et al., 2008; Hertzman et Wiens, 1996; Japel et al., 2005; Laurin et al., 2015). Trois éléments principaux posent toutefois question.

Premièrement, on peut s'interroger l'absence de considération pour les milieux éducatifs ne répondant pas à ces critères de 'qualité' dans les milieux locaux. Quoiqu'elle pose un enjeu évident de ressources et de partenariat avec certains milieux plus difficilement accessibles, c'est une question importante à considérer puisque les milieux de moindre qualité sont possiblement fréquentés par plusieurs enfants 'en contexte de vulnérabilité' (Drouin et al., 2004; Japel et al., 2005; Laurin et al., 2019; Raynault, 2013). Bien que le pouvoir régional puisse être limité à l'égard du type et de la qualité des milieux éducatifs disponibles, ne pas en tenir compte pourrait contribuer

à maintenir ou accroître les inégalités sociales de DJE (Frohlich et Potvin, 2008; McLaren et al., 2009), (Siddiqi et al., 2007).

Ensuite, ce qui se passe à l'intérieur même des milieux éducatifs ciblés mérite réflexion. Le potentiel reconnu de milieux éducatifs de qualité au regard du DJE justifie que l'on en promeuve l'accessibilité par les enfants en 'contexte de vulnérabilité' de manière plus systématique dans le Programme à l'échelle. Les engagements formels de collaboration visant à assurer un accès équitable pérenne à ces ressources sont prometteurs pour la réduction des inégalités sociales de DJE. Le principe de respect des préférences parentales peut aussi assurer l'adaptabilité des services aux besoins individuels. Mais une 'distribution équilibrée' de l'accès entre enfants plus et moins socialement désavantagés représente un deuxième enjeu à considérer : quels seront les critères de sélection des enfants 'en contexte de vulnérabilité' autres que ceux des SIPPE initialement ciblés ? comment prendre en compte des besoins et capacités variés en fonction du gradient social, au-delà des groupes socio-économiques les plus démunis (Benach et al., 2013; Carey et al., 2015; Carey et Friel, 2015) ? Aucun éclairage particulier n'est fourni sur cela à prime abord. En outre, comme le financement est accordé en fonction de la proportion d'enfants dits 'vulnérables' - ceux dont le profil développemental est 'à haut risque' (excluant apparemment la prise en compte d'indicateurs socio-économiques) - et que l'unique cible de DJE du Plan régional de santé publique concerne leur proportion dans le territoire, l'attention pourrait facilement dévier vers les groupes socio-économiques 'médians' où le nombre absolu d'enfants en difficultés est plus élevé (Shonkoff et al., 2009). La pression qu'exerce sur les ressources les besoins exprimés de nature clinique (Richard et al., 2004) fait poindre un enjeu d'équité d'accès, qui s'inscrit plus globalement dans la difficile conjugaison des visées des organisations de santé publique avec celles de soins de 1^{ère} ligne (Breton et al., 2009).

Troisièmement, bien qu'aucune intervention directe auprès d'enfants en difficulté ne soit promue dans le Programme à l'échelle, on s'intéresse plus particulièrement aux 'problèmes' des enfants et comportements individuels à cet égard. Les parents y jouent un rôle plus passif de participants au programme, et les éducateurs représentent la cible principale d'Éducation des tout-petits, via une imposante composante éducative ; les savoirs experts des ressources professionnelles de CSSS spécialisées en DJE y sont valorisés via diverses activités attendues (soutien clinique, transmission de connaissances, support à l'intégration des enfants dont le 'développement inquiète'). Plutôt

qu'un arrimage 'multi-milieux', les liens sont préconisés avec les écoles pour assurer une transition scolaire harmonieuse ; c'est dorénavant un 'corridor éducatif' qui est privilégié, qui pourrait entraîner une normativité accrue au regard du développement des enfants (Larose et al., 2004).

En somme, le 'milieu' du Programme à l'échelle correspond (davantage que le Pilote) à une 'entité physique délimitée' (Frohlich et al., 2017; Green et al., 2000) dans laquelle les éducateurs – en interaction avec les parents – sont la cible individuelle captive de l'intervention (Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013); des effets 'visibles' du Programme à l'échelle Éducation des tout-petits se produisant au niveau individuel peuvent être rassurants pour les professionnels et décideurs (McLaren, 2019; Rose, 2001); mais ce type d'approche des milieux est reconnue pour offrir moins d'avantages au regard des ISS que les approches systémiques multi-milieux où les frontières sont plus perméables, et favorisent le changement social au travers des interactions des individus avec la structure organisationnelle (Frohlich et al., 2017; Poland et al., 2009; Shareck et al., 2013). Quoique divers aménagements concernant l'organisation des milieux éducatifs ne soient pas exclus, les critères de qualité des milieux demeurent principalement reliés aux interventions et attitudes des éducateurs, et s'inscrivent dans la mouvance des pratiques bio-médicales individualisées propres aux CSSS (Breton 2009).

5.2.6.3 La 'vulnérabilité' : une notion clé

La notion de vulnérabilité apparaît un élément charnière pour comprendre comment l'innovation Éducation des tout-petits mobilisant les milieux éducatifs est réfléchi. Pour Chambers (2006, 1989) la *vulnérabilité* est une situation présentant, pour des groupes ou individus, une probabilité élevée d'exposition au risque en ne disposant pas des ressources permettant d'éviter des dommages. Elle est envisagée selon deux dimensions indissociables et interdépendantes, *environnementale* et *individuelle*. Dans le Pilote, la notion de vulnérabilité est principalement ancrée dans l'environnement : ce sont avant tout les *contextes* de vulnérabilité associés aux positions sociales désavantagées des familles qui sont d'intérêt (les critères des SIPPE prévalent), et les relations que ces familles et enfants entretiennent avec les ressources des quartiers en revitalisation. Dans le Programme, une fois l'accès de certains enfants 'en contexte de vulnérabilité' assuré aux milieux éducatifs, c'est plutôt dans les 'individus-enfants' que s'ancre la notion de vulnérabilité, avec pour corollaire une approche davantage préventive et normative s'intéressant à leurs profils développementaux et contextes sociaux proximaux (Larose et al., 2004).

Envisager la vulnérabilité uniquement dans sa dimension environnementale peut conduire à ignorer la résilience des familles et enfants (Terrisse, 2000), les capacités d'agence individuelle et leur pouvoir transformatif au regard des structures et ressources sociales (Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013); mais considérer cette notion uniquement au travers des attributs et processus *individuels* la réduit à un risque isolé des contextes sociaux d'exclusion et domination qui y contribuent (Chambers, 2006, 1989; Katz et al., 2019; McLaren et al., 2020), et engendrent les iniquités, les ISS et les inégalités sociales de DJE (Adam et Potvin, 2016; Popay et al., 2008).

L'utilisation du concept de vulnérabilité nécessite de tenir compte de sa dualité. Plutôt que de considérer comme homogènes des groupes vulnérables, il importe de préciser qui est réellement vulnérable, à quoi et pourquoi, en prenant en compte le point de vue des personnes concernées (Benmarhnia et al., 2018; Katz et al., 2019). Une analyse socio-politique plus approfondie en rapport aux relations inégalitaires, à l'accès aux ressources et aux capacités variables des familles (Adam et Potvin, 2016; Breton et Sherlaw, 2013; Shareck et al., 2013) pourrait permettre et d'équilibrer les droits à l'intégration sociale pleine et entière d'enfants en position socio-économique plus précaire avec ceux d'enfants plus favorisés. En l'absence d'analyse et de critères sociaux particuliers, des décisions aux répercussions significatives au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité, limitant le changement transformationnel, risquent d'être arbitrairement adoptées par des professionnels et décideurs bien intentionnés.

5.2.7 Portée de l'étude

Cette étude rétrospective mobilisant l'analyse critique de *frames* ne cherche pas à 'condamner' les orientations du Programme à l'échelle Éducation des tout-petits, et ne prétend analyser le contenu du Programme de manière exhaustive. Ce sont plutôt les contours de la transformation des *frames* qui y sont tracés, en apportant un éclairage spécifique relatif à l'approche 'milieu' et la notion de *vulnérabilité*. Les *frames* sont par ailleurs le fruit d'un travail de 'construction' du chercheur qui présente ses limites. Les documents-cadres utilisés du Pilote et du Programme sont relativement concis et conçus à des fins administratives et non d'évaluation ou de recherche. Afin de mieux saisir leur portée, leur contenu a été enrichi avec les références pertinentes qu'ils contiennent, mais qui sont d'origine et de nature variés, et teintent les *frames* du 'problème' du DJE (Larouche et al., Art. 1) et de la stratégie éducative Éducation des tout-petits. Les contenus de ces références ont toutefois été utilisés avec parcimonie, uniquement pour mieux expliciter les notions soulevées dans

les citations. De plus, si les objectifs de réduction des inégalités sociales de DJE et d'équité sont compatibles avec l'innovation dans sa version initiale Pilote, ils ne sont pas explicites. Cet angle d'analyse s'avère toutefois pertinent puisqu'Éducation des tout-petits n'est clairement pas, à la base, une innovation de nature clinique individuelle ; il prend en outre son sens dans le contexte de mise à l'échelle et de la visée générale d'impact accru et pérenne de ces processus (ExpandNet, 2010; Subramanian et al., 2011). Enfin, soulignons que les cadres de programmes sont loin d'être les seuls outils pour éclairer l'action sur le terrain, qui se nourrit de nombreuses connaissances situationnelles, relations et expérimentations. Heureusement, l'action dépasse souvent les limites de ce qui figure dans les documents officiels, particulièrement en ce qui a trait à la mise en œuvre d'innovations de promotion de la santé pour lesquelles l'adaptation au contexte social est cruciale (Bisset et al., 2009; Bisset et al., 2013; Hawe et al., 2009).

5.2.8 Conclusion

L'analyse critique de *frames* réalisée ici illustre que le contenu de l'innovation Éducation des tout-petits a évolué au cours du processus de MAÉ, et que la solution préconisée dans le programme à l'échelle a un potentiel mitigé de supporter l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité. Cette évolution du *frame* de la stratégie éducative est semblable à celle des *frames* du 'problème' du DJE abordée dans un autre article, où l'on observe une centration vers les profils développementaux et contextes socio-proximaux des enfants (Larouche et al., Art. 1). Les résultats de cette étude sur la transformation des *frames* d'une innovation de promotion de la santé s'ajoutent aux connaissances sur les sens évolutifs associés aux innovations dans leur MAÉ (Côté-Boileau et al., 2019; Larouche et al., 2021; Shaw et al., 2017), et s'inscrivent en continuité avec de récents écrits sur la dynamique des interventions de santé publique en rapport à leurs contextes (Figueiro et al., 2016; Hawe, 2015; Rod et al., 2014; Thabane et al., 2019).

Par ailleurs, ces résultats convergent avec les écrits relatifs au 'dérapage' vers les individus et leurs comportements d'interventions de santé publique ayant des visées de réduction d'ISS et d'équité (Carey et al., 2017; McLaren et al., 2020; Baum & Fisher, 2014(Popay et al., 2010). Certains proposent notamment de questionner les moyens institutionnels mobilisés pour 'gérer' les inégalités (via certains objectifs 'stratégiques') et les processus qui les déterminent (Carey et al., 2017). Pour l'innovation à caractère intersectoriel Éducation des tout-petits, les résultats de *frames* questionnent le façonnement de son contenu en termes de présence, relations et rôles d'acteurs

multisectoriels durant la phase pilote de la MAÉ, au-delà de ceux des acteurs de santé eux-mêmes (Breton, 2016; Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Okeyo, Lehmann et al. 2020). Toutefois, l'accent était porté ici sur les implications de l'évolution de *frames* pour le programme à plus grande échelle dans une optique de réflexivité (McQueen et Jones, 2007; Tremblay et Parent, 2014; Bisset et al., 2017) ; la 'généalogie' de cette évolution n'y est pas abordée. Mieux comprendre *comment* le contenu des innovations se transforme dans la MAÉ au travers d'une succession de micro-problématisations (Larouche et al., 2021) dans des réseaux intersectoriels fréquemment sous la gouverne d'acteurs de santé publique (Breton, 2016), pourrait aider à ce que ces processus remplissent leur fonction d'augmentation d'impact et pérennité d'effets des innovations.

Cette étude est susceptible d'éclairer la réflexion sur Éducation des tout-petits et d'autres programmes semblables, passés ou à venir. Elle part de l'idée que les documents cadres d'interventions publiques sont des instruments politiques qui théorisent les problèmes sociaux, et ne sont pas 'neutres' (Bacchi, 2016; Larouche et al., 2021; Lascoumes et Le Galès, 2007) ; ils véhiculent certaines valeurs et priorités (Braun, 2015; Katz et al., 2019; Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011) qui sont significatives en rapport aux visées d'équité de la promotion de la santé (Carey et al., 2015; Potvin et Jones, 2011; Ridde, 2007). L'étude critique de documents cadres s'inscrit dans une intention d' 'utilité' face à l'action publique (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019). Explicitant les implications potentielles de certains choix effectués, l'analyse critique de *frames* constitue un outil intéressant pour approfondir la réflexion sur l'évolution des contenus d'innovations de promotion de la santé dans leur mise à l'échelle.

5.2.9 Références

- Abel, T. et Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2), 236-244.
- Adam, C. et Potvin, L. (2016). Understanding exclusionary mechanisms at the individual level: a theoretical proposal. *Health Promotion International*, 32(5), 778-789.
- Bacchi, C. (2016). Problematizations in health policy: questioning how "problems" are constituted in policies. *SAGE Open*, 6(2), 2158244016653986.

- Bégin, H. M., Eggertson, L. et Macdonald, N. (2009). A country of perpetual pilot projects. *Canadian Medical Association Journal*, 180(12), 1185-1185.
- Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y. et Martínez, J. M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*, 67(3), 286-291.
- Benmarhnia, T., Alexander, S., Price, K., Smargiassi, A., King, N. et Kaufman, J. S. (2018). The heterogeneity of vulnerability in public health: a heat wave action plan as a case study. *Critical Public Health*, 28(5), 619-625.
- Bisset, S., Daniel, M. et Potvin, L. (2009). Exploring the Intervention—Context Interface A Case From a School-Based Nutrition Intervention. *American Journal of Evaluation*, 30(4), 554-571.
- Bisset, S., Potvin, L. et Daniel, M. (2013). The adaptive nature of implementation practice: Case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation and Program Planning*, 39, 10-18.
- Braun, K. (2015). Between representation and narration: analysing policy frames. Dans F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová et M. Orsini (dir.), *Handbook of Critical Policy Studies* (p. 441-461). Edward Elgar Publishing.
- Braveman, P. et Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254-258.
- Breton, E. (2016). A sophisticated architecture is indeed necessary for the implementation of health in all policies but not enough: Comment on " understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities". *International journal of health policy and management*, 5(6), 383.
- Breton, E. et Sherlaw, W. (2013). Penser la programmation en santé publique dans une perspective de capacités. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J.-L. (2009). Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: challenges in combining population and organization perspectives. *Healthcare Policy*, 4(3), e159.

- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (dir.). (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes (2ème édition)*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Carey, G., Crammond, B. et De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International journal for equity in health*, 14(1), 81.
- Carey, G. et Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International journal of health policy and management*, 4(12), 795.
- Carey, G., Malbon, E., Crammond, B., Pescud, M. et Baker, P. (2017). Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? *Health Promotion International*, 32(4), 755-761.
- Cavallera, V., Tomlinson, M., Radner, J., Coetzee, B., Daelmans, B., Hughes, R., Pérez-Escamilla, R., Silver, K. L. et Dua, T. (2019). Scaling early child development: what are the barriers and enablers? *Archives of disease in childhood*, 104(Suppl 1), S43-S50.
- Chambers, R. (2006, 1989). Vulnerability, coping and policy (editorial introduction). *Institute of Development Studies Bulletin*, 37(4), 33-40.
- Cleveland, G., Forer, B., Hyatt, D., Japel, C. et Krashinsky, M. (2008). *New evidence about child care in Canada: Use patterns, affordability and quality*. IRPP.
- Côté-Boileau, É., Denis, J.-L., Callery, B. et Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 84.
- Drouin, C., Bigras, N., Fournier, C., Desrosiers, H. et Bernard, S. (2004). *Grandir en qualité 2003 : Enquête québécoise sur la qualité des services de garde éducatifs*. Institut de la statistique du Québec.
- Eakin, J., Robertson, A., Poland, B., Coburn, D. et Edwards, R. (1996). Towards a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promotion International*, 11(2), 157-165.

- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 43(4), 51-58.
- ExpandNet, W. (2010). *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. World Health Organization.
- Fassin, D. (2009). Une science sociale critique peut-elle être utile ? *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (09), 199-211.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. d. S. M., Samico, I., Medina, M. G., de Sa, R. F. et Potvin, L. (2016). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International journal of public health*, 62(2), 1-10.
- Foley, K., Ward, P. et McNaughton, D. (2019). Innovating Qualitative Framing Analysis for Purposes of Media Analysis Within Public Health Inquiry. *Qualitative Health Research*, 29(12), 1810-1822. <https://doi.org/10.1177/1049732319826559>
- Frohlich, K., Bernard, P., Charafeddine, R., Potvin, L., Daniel, M. et Kestens, Y. (2008). L'émergence d'inégalités de santé dans les quartiers : un cadre théorique. Dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (p. 165-185). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Frohlich, K. L., Poland, B. et Shareck, M. (2017). Contrasting entry points for intervention in health promotion practice: situating and working with context. Dans I. Rootman, A. Pederson, K. L. Frohlich et S. Dupéré (dir.), *Health Promotion in Canada* (4th^e éd., p. 106-123). Canadian Scholars
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 98(2), 1-6.
- Gerlach, A. J., Browne, A. J. et Suto, M. J. (2018). Relational approaches to fostering health equity for Indigenous children through early childhood intervention [Article]. *Health Sociology Review*, 27(1), 104-119. <https://doi.org/10.1080/14461242.2016.1231582>

- Graham, H. (2004). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1), 115-131.
- Green, L. W., Poland, B. D. et Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. Dans B. D. Poland, L. W. Green et I. Rootman (dir.), *Settings for health promotion: linking theory and practice*. (p. 1-43). Sage.
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307-323.
- Hawe, P., Di Ruggiero, E. et Cohen, E. (2012). Frequently asked questions about population health intervention research. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 103(6), 468-471.
- Hawe, P. et Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), I8-I14.
- Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American journal of community psychology*, 43(3), 267-276.
- Hertzman, C. (2010, Oct). Social geography of developmental health in the early years. *Healthcare Quarterly*, 14 Spec No 1, 32-40.
- Hertzman, C. et Boyce, T. (2010, Apr 21). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health [Review]. *Annual Review of Public Health*, 31, 329-347 323p following 347.
- Hertzman, C. et Power, C. (2003). Health and human development: understandings from life-course research. *Developmental Neuropsychology*, 24(2-3), 719-744.
- Hertzman, C., Siddiqi, A., Hertzman, E., Irwin, L. G., Vaghri, Z., Houweling, T. A., Bell, R., Tinajero, A. et Marmot, M. (2010a). Tackling inequality: get them while they're young. *BMJ*, 340.

- Hertzman, C., Siddiqi, A., Hertzman, E., Irwin, L. G., Vaghri, Z., Houweling, T. A. J., Bell, R., Tinajero, A. et Marmot, M. (2010b). Bucking the inequality gradient through early child development. *BMJ*, 340.
- Hertzman, C. et Wiens, M. (1996, Oct). Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions [Review]. *Social Science & Medicine*, 43(7), 1083-1095.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A. et Hertzman, C. (2007). *Early child development: a powerful equalizer*. Commission on Social Determinants of the World Health Organization.
- Janus, M. et Offord, D. R. (2007). Development and psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): A measure of children's school readiness. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 1.
- Japel, C., Tremblay, R. E. et Côté, S. (2005). Quality counts! *Choices*, 11, 5.
- Katz, A. S., Hardy, B.-J., Firestone, M., Lofters, A. et Morton-Ninomiya, M. E. (2019). Vagueness, power and public health: use of ‘vulnerable’ in public health literature. *Critical Public Health*, 1-11.
- Khayat-zadeh-Mahani, A., Ruckert, A. and Labonte', R. (2017) Obesity prevention: co-framing for intersectoral ‘buy-in’. *Critical Public Health*, 28, 4–11.
- Koon, A. D., Hawkins, B. et Mayhew, S. H. (2016). Framing and the health policy process: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 31(6), 801-816.
- Labonte, R., Polanyi, M., Muhajarine, N., Mcintosh, T. et Williams, A. (2005). Beyond the divides: Towards critical population health research. *Critical Public Health*, 15(1), 5-17.
- Lake, A. (2011, Oct). Early childhood development-global action is overdue. *Lancet*, 378(9799), 1277-1278. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61450-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61450-5)
- Larose, F., Terrisse, B., Lenoir, Y. et Bédard, J. (2004). Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socio-économiques faibles. Les conditions

de la résilience scolaire. *Brock Education: A Journal of Educational Research and Practice*, 13(2).

Larouche, A., Bilodeau, A., Laurin, I. et Potvin, L. (2021). Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity. *Health Promotion International*.

Larouche, A., Laurin, I. et Potvin, L. (Art. 1). Scaling up a population health innovation for socially disadvantaged early childhood development: pitfalls and promises related to changes in ‘problem’ frames.

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. Dans P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments* (p. 11-44). Presses de Sciences Po, « Académique ».

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2007). Introduction: understanding public policy through its instruments—from the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1-21.

Laurin, I., Fournier, M., Bigras, N. et Solis, A. (2015). La fréquentation d'un service éducatif préscolaire : un facteur de protection pour le développement des enfants de familles à faible revenu? *Canadian Journal of Public Health*, 106(7), eS14-eS20.

Laurin, I., Guay, D., Fournier, M. et Bigras, N. (2019). *Portrait du parcours éducatif préscolaire des enfants montréalais et son effet sur leur développement à la maternelle selon le statut socioéconomique. Résultats de l'Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 (EQPPEM, 2017)*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Lloyd, B. et Hawe, P. (2003). Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1783-1795.

Lynch, J. W., Law, C., Brinkman, S., Chittleborough, C. et Sawyer, M. (2010). Inequalities in child healthy development: some challenges for effective implementation. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1244-1248.

- Mangham, L. J. et Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25(2), 85-96.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Marmot Review.
- McLaren, L. (2019). In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today. *Canadian Journal of Public Health*, 110(3), 279-284.
- McLaren, L., Masuda, J., Smylie, J. et Zarowsky, C. (2020). Unpacking vulnerability: towards language that advances understanding and resolution of social inequities in public health. *Canadian Journal of Public Health*, 111(1), 1-3.
- McLaren, L. et McIntyre, L. (2014). Conceptualizing child care as a population health intervention: can a strong case be made for a universal approach in Canada, a liberal welfare regime? *Critical Public Health*, 24(4), 418-428.
- McLaren, L., McIntyre, L. et Kirkpatrick, S. (2009). Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *International journal of epidemiology*, 39(2), 372-377.
- McQueen, D. V. et Jones, C. M. (2007). Global perspectives on health promotion effectiveness. Dans D. V. McQueen et C. M. Jones (dir.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (p. 3-11). Springer.
- Milat, A. J., King, L., Bauman, A. E. et Redman, S. (2013). The concept of scalability: increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. *Health Promotion International*, 28(3), 285-298.
- Milat, A. J., King, L., Newson, R., Wolfenden, L., Rissel, C., Bauman, A. et Redman, S. (2014). Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners, and researchers. *Health Research Policy and Systems*, 12, 18.
- Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J. et Potvin, L. (2018). Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *Journal of epidemiology and community health*, 72(4), 319-323.

- Moore, T., M. McDonald and H. McHugh-Dillon (2014). Evidence review: Early childhood development and the social determinants of health inequities, Melbourne, Victoria: Victorian Health Promotion Foundation.
- Mykhalovskiy, E., Frohlich, K. L., Poland, B., Di Ruggiero, E., Rock, M. J. et Comer, L. (2019). Critical social science with public health: Agonism, critique and engagement. *Critical Public Health*, 29(5), 522-533.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de santé*.
- Pfadenhauer, L., Rohwer, A., Burns, J., Booth, A., Lysdahl, K. B., Hofmann, B., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Tummors, M. et Wahlster, P. (2016). *Guidance for the assessment of context and implementation in health technology assessments (HTA) and systematic reviews of complex interventions: the context and implementation of complex interventions (CICI) framework*. Available at <http://www.integrate-hta.eu/downloads/Date>
- Poland, B., Krupa, G. et McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505-516.
- Popay, J., Hernandez, M., Johnston, H., Mathieson, J. et Rispel, L. (2008). Understanding and tackling social exclusion: final report of the social exclusion knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health. *World Health Organization, Geneva*.
- Potvin, L. et Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 244-248.
- Prior, L. (2011). Documents in Health Research. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall et R. de Vries (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (p. 417-432). Sage.
- Raynault, M.-F. (2013). *Les enfants défavorisés et l'accessibilité aux services de garde de qualité*. Centre Léa-Roback, Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal.

- Rein, M. et Schön, D. (1996). Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and policy*, 9(1), 85-104.
- Richard, L., Fortin, S. et Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes : description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC. *Santé publique*, 16(2), 273-285.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion & education*, 14(2), 111-114.
- Rod, M. H., Ingholt, L., Bang Sørensen, B. et Tjørnhøj-Thomsen, T. (2014). The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research. *Critical Public Health*, 24(3), 296-307.
- Rohwer, A., Pfadenhauer, L., Burns, J., Brereton, L., Gerhardus, A., Booth, A., Oortwijn, W. et Rehfuss, E. (2017). Logic models help make sense of complexity in systematic reviews and health technology assessments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 83, 37-47.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. et Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of epidemiology and community health*, 58(7), 538-545.
- Shareck, M., Frohlich, K. L. et Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions—A conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39-52.
- Shaw, J., Shaw, S., Wherton, J., Hughes, G. et Greenhalgh, T. (2017). Studying scale-up and spread as social practice: theoretical introduction and empirical case study. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e244.
- Shiffman, J., Schmitz, H. P., Berlan, D., Smith, S. L., Quissell, K., Gneiting, U. et Pelletier, D. (2016). The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy and Planning*, 31(suppl 1), i110-i123.

- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. et McEwen, B. S. (2009, Jun 3). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, *301*(21), 2252-2259.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Siddiqi, A., Irwin, L. G. et Hertzman, C. (2007). The total environment assessment model of early child development. *Evidence Report. Geneva (Switzerland): World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health*.
- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry (3rd edition)* (vol. 2). Sage.
- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T. et Peters, D. H. (2011). Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC health services research*, *11*(1), 336.
- Terrisse, B. (2000). *The resilient child: Theoretical perspectives and review of the literature*. T. C. o. M. o. E. C. (CMEC). Document téléaccessible au CMEC :
<http://www.cmec.ca/stats/pcera/symposium2000>
- Thabane, L., Cambon, L., Potvin, L., Pommier, J., Kivits, J., Minary, L., Nour, K., Blaise, P., Charlesworth, J. et Alla, F. (2019). Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, *20*(1), 309.
- Tremblay, M.-C. et Parent, A.-A. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, *105*(3), e221-e223.
- Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. et Beaudet, N. (2014). Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada. *Health Promotion International*, *29*(3), 538-548.
- Wagenaar, H. (2015). Transforming perspectives: the critical functions of interpretive policy analysis. Dans *Handbook of Critical Policy Studies* (p. 422-440). Edward Elgar Publishing.

Weiss, C. H. (2000). Theory-Based Evaluation: Theories of Change for Poverty Reduction Programs. Dans. Evaluation and Poverty Reduction: Proceedings from a World Bank Conference.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.

World Health Organization. (2008b). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO.

Chapitre 6 – Discussion

Cette thèse est fondée sur l'idée de la pertinence d'une perspective sociale pour la mise à l'échelle afin d'y apporter un nouvel éclairage et permettre d'en solutionner certains défis. Le concept de *frame*, issu des sciences sociales et mobilisé à d'autres égards en santé publique (Foley et al., 2019; Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Lloyd et Hawe, 2003), a été proposé comme outil pour documenter la dynamique de transformation du sens dans la mise à l'échelle, plus particulièrement au sujet d'innovations de promotion de la santé (Larouche et al., 2021).

Au départ de l'étude, avec la notion de *frame*, j'ai dû me questionner sur la manière de construire la mise à l'échelle en tant qu'objet au carrefour de certaines perspectives théoriques de nature sociale. Dans l'article présenté au chapitre 3 (Larouche et al., 2021), je conceptualise la mise à l'échelle comme la transformation ou l'expansion de réseaux d'acteurs humains et non humains entremêlés; et j'articule théoriquement, en mobilisant conjointement la TAR et les perspectives du *framing*, l'évolution d'innovations complexes de promotion de la santé populationnelle dans les processus de mise à l'échelle (Larouche et al., 2021). Deux utilisations distinctes et complémentaires du concept de *frame* sont proposées pour éclairer la mise à l'échelle de ces innovations, soit les *frames* comme 'représentation' ou comme 'interaction'. La thèse se concentre ensuite sur l'exploration d'une approche représentationnelle aux *frames* par son application à des documents cadres d'une innovation portée à l'échelle, celle d'Éducation des tout-petits.

Je fonde la partie empirique de la thèse sur une vision de ces documents cadres non pas comme de simples sources de données, mais comme des instruments politiques implicitement 'théorisants' qui 'portent' les relations entre différents acteurs sociaux (Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011) impliqués dans la gouvernance de la mise à l'échelle (Larouche et al., 2021). L'analyse de *frames* pratiquée dans une approche représentationnelle consiste à dégager de documents servant à guider les phases 'pilote' (préparation de la mise à l'échelle) et 'programme' (innovation à plus grande échelle), la manière dont on envisage la question de santé et la solution. Le chercheur construit lui-même à partir de problématisations 'cristallisées' dans ces documents - fruit des relations entre acteurs des réseaux de mise à l'échelle - certains *frames*, soit des représentations qui pourraient contribuer à éclairer l'action (Larouche et al., 2021). Avec le cas de mise à l'échelle d'Éducation des tout-petits étudié, une innovation éducative pour la petite enfance socialement

désavantagée, j'ai cherché à éprouver l'utilité des *frames* au regard d'une visée de réduction des inégalités sociales de DJE et d'amélioration de l'équité.

Le but de cette thèse est d'explorer l'utilité des *frames* au regard de la dynamique sociale de la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé. Dans ce chapitre, sur la base des résultats obtenus, je dégage certains apports d'une approche représentationnelle aux *frames* pour solutionner la dynamique de la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé. Je présente d'abord un résumé des résultats empiriques de la thèse. Puis, à partir de trois principaux constats dégagés des résultats, je discute de leur contribution à la littérature de mise à l'échelle, santé publique et *framing*. Suit un sommaire sur l'utilité des *frames* comme 'représentation' pour documenter l'évolution des innovations dans la mise à l'échelle et sur les apports théoriques de l'étude. Le chapitre se termine avec une réflexion sur la portée de la thèse.

6.1 Résumé des résultats empiriques

Les deux articles empiriques du chapitre précédent portent sur le contenu de l'innovation Éducation des tout-petits, démarrée sous la forme de projets pilotes dans quelques quartiers, puis étendue à l'ensemble des territoires locaux d'une région. Je mobilise un cadre conceptuel adapté de *frames* (Entman, 1993; Poland et al., 2009) en quatre composantes (Entman, 1993), pour construire les *frames* du 'problème' du DJE et de la 'solution préconisée' à partir des documents cadres du projet pilote (Pilote) et du programme porté à l'échelle de la région (Programme). J'étudie la transformation de leur contenu et analyse ensuite de manière critique cette transformation au regard de la capacité des *frames* du programme à l'échelle à soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité. L'analyse s'inscrit dans une perspective interprétative critique qui prend pour point de départ l'innovation telle qu'elle est conçue dans les documents propres au projet pilote, sans remettre fondamentalement en question sa pertinence ni celle du 'problème' identifié. Le regard critique se veut utile à l'action de santé publique (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019) en proposant des éclairages mobilisant des connaissances et concepts utilisés en promotion de la santé.

6.1.1 Résultats relatifs aux *frames* du DJE

La construction et l'analyse des *frames* du 'problème' du DJE fait l'objet du premier article empirique. Cette construction de *frames* est basée sur les problématisations 'cristallisées' dans les documents de l'innovation Éducation des tout-petits et s'appuie sur le Cadre d'action sur les

déterminants sociaux de la santé de Solar et Irwin (2010). Les résultats illustrent de nombreux *frames* du DJE (9 dans le Pilote et 11 dans le Programme), et certaines différences pour les *frames* du Programme en rapport à ceux du Pilote. Dans le Programme, 9 des 11 *frames* sont communs avec le Pilote mais ont changé en termes de contenu ; et 2 nouveaux *frames* concernent le niveau populationnel du ‘problème’. L’analyse critique des transformations de *frames* du Programme a été exercée au regard de ces 2 nouveaux *frames* populationnels, et de 4 *frames* communs comportant des différences de contenu jugées significatives au regard des inégalités sociales de DJE et de l’équité. Les *frames* communs illustrent globalement une diminution de prise en compte des écarts développementaux entre enfants plus et moins avantagés au plan socio-économique, et un ‘glissement en aval’ du Programme vers les processus développementaux individuels des enfants et leurs contextes sociaux immédiats. Ces écueils sont toutefois contrebalancés par des préoccupations accrues d’accès aux ressources, notamment des enfants défavorisés à des services de garde de qualité, et par davantage de prise en compte de divers éléments contextuels régionaux. Ces constats, conjugués à de nouvelles préoccupations d’incidence globale de problèmes et d’exposition aux déterminants dans l’ensemble de la population, soulèvent des questions sur ce qui peut en découler en termes de solution éducative préconisée et d’action sur les inégalités sociales de DJE et l’équité. La conclusion est à l’effet que les transformations de *frames* du ‘problème’ dans la mise à l’échelle devraient retenir l’attention, puisque ces changements pourraient s’accompagner de ‘solutions’ préconisées à grande échelle qui supportent plus ou moins la réduction d’inégalités développementales et une visée d’équité.

6.1.2 Résultats relatifs aux *frames* de la solution préconisée

Le second article empirique est consacré à l’analyse des *frames* de la ‘stratégie éducative’ préconisée dans les documents du Pilote et du Programme. L’analyse est ici éclairée par le cadre de mise en œuvre d’interventions complexes en santé ‘CICI’ de Pfadenhauer et collaborateurs (2016), qui conceptualise les interventions complexes de santé en 3 dimensions interdépendantes d’intervention, implantation et contexte. L’utilisation du cadre CICI conduit à déterminer un *frame* unique à chaque situation ‘pilote’ et ‘programme’. Le contenu cohérent des deux *frames* permet d’attribuer à chacun une ‘identité’ distincte : celle de *quartiers mobilisés et milieux éducatifs stimulants pour les tout-petits grandissant en contexte de vulnérabilité* pour le *frame* Pilote, davantage centrée sur la promotion du développement des tout-petits les plus démunis dans des

localités socio-économiques défavorisées; et celle de *services de soutien précoce bien définis pour les milieux éducatifs, en prévention des retards de développement et problèmes de comportement des tout-petits* pour le Programme, qui a un caractère plus préventif et normatif à l'égard du développement d'enfants qui grandissent dans différents quartiers. Le *frame* du programme à l'échelle préconisé présente à la fois des atouts, des écueils et des ambiguïtés au regard de sa capacité à soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité, qui sont situés en rapport aux caractéristiques de son approche des 'milieux' (Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013), et au sens accordé à la notion de 'vulnérabilité' (Chambers, 2006, 1989; Katz et al., 2019). Ces caractéristiques ont des implications sur les effets qu'on peut raisonnablement attendre de la mise en œuvre du programme à grande échelle. La transformation du *frame* d'Éducation des tout-petits illustre en outre que les solutions interventionnelles de promotion de la santé évoluent dans des contextes de mise à l'échelle, d'une manière qui peut influencer l'impact et la pérennité des effets de ces processus à l'égard des ISS et de l'équité.

6.2 Contribution des résultats de *frames* à la littérature scientifique

Dans cette section, je présente trois constats de cette étude sur les *frames* comme représentation pour la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé, et je discute de leur apport à la littérature de mise à l'échelle, santé publique et *framing* :

- 1) Les *frames* comme 'représentation' permettent d'explicitier l'évolution du contenu des innovations portées à plus grande échelle ;
- 2) Le *frame* de la solution interventionnelle forme un tout cohérent dans lequel est imbriqué un kaléidoscope de *frames* du 'problème' ; et
- 3) La valeur de l'analyse de *frames* vient de son caractère critique.

6.2.1 Constat #1 : les *frames* comme 'représentations' permettent d'explicitier l'évolution du contenu des innovations portées à plus grande échelle

L'analyse de *frames* opérée à partir des contenus véhiculés dans les documents cadres d'Éducation des tout-petits illustre que l'innovation est envisagée de manière différente dans le programme à l'échelle par rapport au projet pilote. Le chapitre 5 détaille les différences de contenu significatives entre les deux cadres pour les *frames* du problème du DJE et de la solution éducative préconisée, et leurs possibles conséquences ; je reviens sur ces contenus à la section 6.2.3 du présent chapitre.

Dans les paragraphes qui suivent, j'aborde de manière générale la question plus générale de l'évolution du contenu de l'innovation Éducation des tout-petits en rapport à la littérature. Je discute ensuite de certains éléments d'opérationnalisation et de caractéristiques de 'construction' des *frames* du problème et de la solution à propos d'interventions complexes.

6.2.1.1 *Évolution significative des frames dans des contextes de mise à l'échelle*

Les résultats empiriques des *frames* de l'innovation Éducation des tout-petits ont permis d'explicitier des différences significatives tant à l'égard du 'problème' du DJE que de la solution préconisée sous forme de stratégie éducative dans les documents cadres du Pilote et du Programme. L'inadéquation d'innovations préalablement définies et fixes pour assurer des processus de mise à l'échelle fructueux, et l'évolution 'sociale' des innovations dans ces processus est soulevée par plusieurs (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011); mais en dehors de quelques études, elle demeure peu documentée empiriquement (Côté-Boileau et al., 2019). Les résultats empiriques liés au cas de l'innovation Éducation des tout-petits contribuent ainsi à établir une base de connaissances sur l'évolution d'interventions de promotion de la santé dans des contextes de mise à l'échelle.

De manière générale, la littérature sur la mise à l'échelle s'éloigne d'une conception de diffusion d'innovations peu malléables à des acteurs relativement passifs (Greenhalgh et al., 2004), ainsi que d'une vision purement rationnelle des changements qui s'y opèrent (Côté-Boileau et al., 2019; Paina et Peters, 2012; Subramanian et al., 2011). Plusieurs auteurs se préoccupent dorénavant du sens des innovations en rapport à leurs contextes de mise en œuvre (Gilson et Schneider, 2010; Subramanian et al., 2011; Yates-Doerr, 2015). Au sujet de soins de santé, Shaw et collaborateurs (2017) mobilisent la théorie de la structuration de Giddens pour l'étude de la mise à l'échelle d'une innovation technologique ; les auteurs soulignent notamment les significations particulières que cette innovation acquiert dans le processus en lien aux pratiques professionnelles, et l'importance des relations et routines collaboratives à cet égard. Dans une revue de la littérature sur les processus d'expansion, mise à l'échelle et pérennisation en santé, Côté et collaborateurs (2019) soulignent pour leur part l'importante diversité dans le temps et entre acteurs du sens accordé aux innovations et à ces processus, et les incontournables négociations qui s'y opèrent. Dans leur revue de littérature sur le *framing* dans les processus politiques reliés à la santé, Koon et collaborateurs (2016) rapportent plusieurs études où des *frames* multiples sont l'objet d'importantes contestations et

négociations. En somme, quelques auteurs s'intéressent spécifiquement aux variations de 'sens' et de *frames* dans le cadre de processus politiques de mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019; Paina et Peters, 2012; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011), sans toutefois documenter spécifiquement l'évolution du contenu des interventions dans la mise à l'échelle; c'est la préoccupation spécifique dans l'étude du cas d'Éducation des tout-petits, une innovation à caractère intersectoriel pilotée par la santé publique régionale. Le partenariat intersectoriel, qui implique divers points de vue devant s'y conjuguer et être 'négociés', pourrait entraîner certaines controverses (Bilodeau, Laurin, et al., 2019; Potvin et al., 2010; Potvin et Clavier, 2013) contribuant à l'évolution observée.

En santé publique plus généralement, de nombreux experts s'entendent sur le fait que les interventions de promotion de la santé doivent être développées en phase avec leur environnement ou adaptées pour répondre à la spécificité et l'évolution des contextes et besoins (Glasgow et al., 2003; Poland et al., 2008; Potvin et McQueen, 2008; Richard et al., 2011). Plusieurs cherchent à documenter la manière dont cette adaptation au contexte peut se faire et s'évaluer (Dupin et al., 2015; Hawe et al., 2004; Lacouture et al., 2015; Potvin et McQueen, 2008). Puisque des changements de contenus peuvent avoir un impact positif ou négatif sur les fonctions transformatrices des interventions (Figueiro et al., 2016; Rod et al., 2014), l'étude particulière de leur évolution – volontaire ou fortuite – et sens en rapport à la dynamique sociale des acteurs dans des contextes spécifiques, a retenu l'attention de quelques chercheurs (Bisset et al., 2009; Figueiro et al., 2016; Hawe, 2015; Rod et al., 2014). Les résultats liés à l'innovation Éducation des tout-petits s'ajoutent donc à ce corpus d'études qui analysent l'adaptation et l'évolution temporelle de solutions innovantes de santé publique (Bisset et Potvin, 2007; Borvil et al., 2018; Figueiro et al., 2016; Hawe, 2015; Rod et al., 2014).

Dans cette étude concernant l'innovation Éducation des tout-petits, les différences de *frames* notées entre le Pilote et le Programme pour le DJE et la stratégie éducative sont cohérentes et s'inscrivent dans la même direction (perte de considération du contexte social des familles ; centration sur les individus et leurs comportements, et considération accrue pour l'accès aux ressources ; voir section 6.2.3). La cohérence entre les composantes de *frames* est une caractéristique soulignée par Entman (1993) à propos des communications politiques, qui s'observe en termes de différences similaires de *frames* de DJE et de stratégie éducative entre le Pilote et le Programme. En outre, les résultats

d'évolution cohérente des *frames* du 'problème' et de la 'solution' d'Éducation des tout-petits sont compatibles avec la littérature relative à la théorie des interventions qui souligne le lien entre la théorie des problèmes et celle des solutions (McLeroy et al., 1993; Weiss, 1997a, 2000).

L'évolution dans la mise à l'échelle des *frames* contenus dans les documents cadres peut être vue comme le fruit d'un processus de 'traduction' (Callon, 1986), soit d'expansion et reconfiguration du réseau intersectoriel, où les acteurs convergent vers des problématisations et intérêts communs, s'engagent dans de nouveaux rôles et se mobilisent dans un projet collectif (Bilodeau et Potvin, 2016; Larouche et al., 2021; Potvin et Clavier, 2013). La traduction est vue comme le 'principe dynamique' des innovations complexes (Potvin et Clavier, 2013) et de leur mise à l'échelle (Larouche et al., 2021), où des acteurs aux positions et relations variées et changeantes évoluent dans une diversité d'espaces plus ou moins 'discrets' de négociation (Gilbert et Henry, 2012); de ces opérations de traductions liées aux différents événements, actions et relations propres à la mise à l'échelle, résultent certaines problématisations qui se 'cristallisent' éventuellement dans des documents cadres.

Au sujet de la mise à l'échelle, plusieurs auteurs soulignent l'importance de s'intéresser à l'évolution du sens des innovations en rapport aux multiples actions itératives de planification, monitoring et évaluation, et réflexions et apprentissages sociaux qui caractérisent ces processus (Paina et Peters, 2012; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011). L'analyse de *frames* du cas d'Éducation des tout-petits réalisée ici dans une approche représentationnelle ne trace évidemment pas la *généalogie* - évolution sporadique, contingente, discontinue et imprévisible (Foucault 1966, cité dans Bisset et Potvin, 2007) – du contenu de l'innovation dans ces processus. L'étude n'a pas documenté empiriquement la manière dont la transformation s'est opérée dans les actions et relations propres à la mise à l'échelle ; mais elle a permis d'illustrer des différences de sens pertinentes dans l'innovation à plus grande échelle, et de se pencher sur la manière dont ces différences nuisent ou promeuvent potentiellement son impact au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité. En outre, l'étude concerne spécifiquement une 'phase pilote', qui est considérée importante au regard du façonnement des innovations (Nguyen et al., 2020; Thabane et al., 2019).

Importance des phases 'pilote' pour l'évolution des innovations

Dans cette étude, l'analyse du contenu des *frames* et de leurs différences est opérée à deux moments-clés du processus de mise à l'échelle, soit celui du début du projet pilote de l'innovation

Éducation des tout-petits (représenté par le Cadre Pilote) et du programme formel porté à plus grande échelle (représenté par le Cadre Programme). L'intervalle compris entre ces cadres diffusés en 2005 et 2011 représente une 'phase pilote', dont l'importance est reconnue au regard de la transformation du contenu des innovations (Indig et al., 2017a; Milat et al., 2016; Nguyen et al., 2020; Thabane et al., 2019), étant à la fois une occasion de façonner celles-ci et les 'tester' afin d'en assurer l'utilité (Thabane et al., 2019). Pour les processus de mise à l'échelle, cette phase de 'travail terrain' est considérée cruciale puisqu'elle 'prépare' le passage à grande échelle notamment en développant, modifiant ou affinant les composantes de l'innovation (Nguyen et al., 2020). Les résultats liés à l'innovation Éducation des tout-petits permettent d'explicitier certaines modifications significatives de représentation du problème et de la solution interventionnelle durant cet intervalle de temps spécifique de la mise à l'échelle.

Opérationnalisation du cadre de frames d'Entman (1993)

L'étude du cas de mise à l'échelle de l'innovation Éducation des tout-petits aborde les *frames* comme des représentations qui peuvent être 'construites' à partir de problématisations cristallisées dans les documents relatifs aux innovations portées à l'échelle. En santé publique et dans d'autres domaines, le cadre conceptuel d'Entman (1993) est une référence commune pour aborder le *framing* et les *frames* (Foley et al., 2019; Matthes et Kohring, 2008; Rychetnik et al., 2004). Développé au sujet de la recherche sur les communications politiques, ce cadre identifie clairement quatre fonctions ou composantes aux *frames* qui facilitent l'opérationnalisation du concept pour la recherche en santé publique ; le cadre permet de découper les données d'une manière qui est cohérente avec l'objet 'programme', en distinguant celles reliées aux 'problèmes' (et leurs déterminants) de celles qui concernent les solutions avancées. Entman envisage les composantes de *frames* d'une manière large qui permet d'articuler une image globale concernant la communication de solutions politiques. Ce qui intéresse l'auteur avec ce concept est de comprendre comment certaines avenues sont promues de façon plus ou moins saillante et stratégique dans les médias, et entraînent l'adhésion du public par rapport à d'autres qui se trouvent 'obscurcies' (Entman, 1993; Foley et al., 2019). Diverses approches ont été développées pour opérationnaliser le cadre d'Entman, par exemple davantage à caractère herméneutique et holistique (interprétation globale du sens des textes), linguistique, déductif, ou combinant ces caractéristiques (Foley et al., 2019; Lloyd et Hawe, 2003; Matthes et Kohring, 2008).

J'ai d'emblée exclu pour cette étude de cas une analyse purement déductive basée sur des *frames* 'pré-existants' ou catégories de *frames* évoquées dans la littérature au sujet d'autres questions de santé, et qui contrastent par exemple celles-ci en termes d'approches individuelles ou sociétales (Lloyd et Hawe, 2003), ou encore d'*evidence-based-medicine* ou de droits humains (McInnes et Lee, 2012). En tant que 'constructions de référence', ces *frames* n'étaient pas suffisamment spécifiques pour fournir des apports significatifs de connaissances sur l'évolution de l'innovation dans son contexte de mise à l'échelle, ni adaptés à la question du DJE, qui implique de manière importante le rôle des parents. Certains *frames* discutés dans la littérature en rapport à la promotion de politiques sociales favorables aux enfants - *frames* centrés sur l'éducation, la santé, le développement des enfants ou la main d'œuvre féminine (Bales et Gilliam, 2009) - n'étaient également pas appropriés à l'innovation en question, une stratégie éducative spécifique.

Dans cette thèse, j'ai 'construit' les *frames* de toutes pièces en utilisant une approche inductive basée sur les données, les cadres susmentionnés (Pfadenhauer et al., 2016; Solar et Irwin, 2010) et un codage développé selon les éclairages de Saldaña (2013). En lien avec la distinction des 'théories des 'problèmes' et des 'solutions' qui caractérise l'analyse d'interventions de santé publique (Hawe et Potvin, 2009; McLeroy et al., 1993), j'ai choisi de conceptualiser les *frames* d'une part comme les représentations particulières d'un 'problème' en lien avec la santé, et d'autre part comme la représentation de la 'solution interventionnelle' à cette question. Ces deux 'types' de *frames* articulés pour le cas d'Éducation des tout-petits s'intègrent d'une manière cohérente avec les écrits sur la théorie des interventions en évaluation de programmes, où il est désormais courant de documenter ou 'révéler' les théories des problèmes et des solutions comme moyens d'assurer l'efficacité des interventions (Donaldson, 2012; McLeroy et al., 1993; Rogers et Weiss, 2007), par exemple par l'analyse stratégique, logique ou l'évaluation réaliste (Brousselle et Buregeya, 2018; Brousselle et al., 2011; Pawson et Tilley, 1997; Weiss, 1997a). C'est ce qui me semblait le plus approprié à une analyse de *frames* opérée à propos d'une innovation prenant la forme d'un programme. L'étude d'Éducation des tout-petits pourrait contribuer à tracer certaines balises pour l'analyse de *frames* appliquée à des documents cadres de programmes spécifiques ; je n'ai pas recensé d'études de *frames* sur des programmes de santé qui auraient procédé de la sorte. Les *frames* du DJE et de la stratégie éducative préconisée ont ainsi été construits et analysés de manière distincte (pour le Pilote et le Programme), puis leurs liens ont été observés.

6.2.1.2 Frames du 'problème' : un kaléidoscope changeant

La construction des *frames* du DJE à partir des données du cadre Pilote, des documents de référence et du modèle de DSS de Solar et Irwin (2010), a requis passablement de temps. Elle a d'abord impliqué de multiples allers-retours entre les données et ce modèle pour établir progressivement le lexique de codes et finaliser l'ensemble du codage. Négocier avec différentes manières d'articuler une information similaire, divers niveaux de langage et d'abstraction dans des documents de référence de différentes natures et origines, a été exigeant. De plus, la construction de manière inductive des *frames* sur la base des 'attributions' identifiées (Saldaña, 2013)⁴⁰ a demandé plusieurs visualisations des données codées dans les documents originaux, vu la perte de vision globale liée à un découpage fin du matériel. Je devais m'assurer que la décontextualisation des données n'en entraînait pas une interprétation différente de celle liée au contexte des documents. La démarche déductive utilisée ensuite pour construire les *frames* du Programme à partir des 9 *frames* du Pilote⁴¹ a été plus aisée. L'analyse critique du contenu des 6 *frames* pertinents aux inégalités sociales de DJE et à l'équité (4 *frames* communs Pilote-Programme et 2 *frames* uniques au Programme) est discutée à la section 6.2.3.

Dans le cas d'Éducation des tout-petits, les *frames* du problème se sont révélés nombreux autant dans le Cadre Pilote que dans celui du Programme. Ces *frames* représentent en somme un 'kaléidoscope' de visions du DJE qui illustre les divers angles possibles sous lesquels les problèmes peuvent être abordés (Entman, 1993; Foley et al., 2019). Ces résultats de *frames* multiples sont notamment cohérents avec ceux d'une étude de Lloyd et Hawe (2003) qui s'intéresse à la vision professionnelle du problème de la dépression post-natale, et identifie 7 *frames* répartis en 3 approches distinctes⁴². Les résultats d'Éducation des tout-petits convergent aussi avec ceux de la littérature sur les interventions publiques qui rapportent que ces interventions sont informées par de multiples visions des problèmes (Lascoumes et Le Galès, 2007; McLeroy et al., 1993; Weiss, 2000), ceux-ci étant composites (Gilbert et Henry, 2012) et, pour certains, un compromis représentant la « cristallisation d'un état toujours provisoire des rapports de force entre parties prenantes » (Gilbert et al., 2009, p.21). Les résultats de l'étude d'Éducation des tout-petits suggèrent en outre que les programmes à l'échelle peuvent présenter des *frames* similaires - basés

⁴⁰ Chaines causales 'D-P' (avec JD et Ctx lorsqu'applicables), selon la méthode détaillée au chapitre 5

⁴¹ Voir chapitre 5, premier article

⁴² Voir section 6.2.3 pour la discussion du contenu.

sur des attributions de problèmes et déterminants semblables - mais comportant des différences de contenus significatives au regard du soutien à l'action selon le but poursuivi (ou qui fait l'objet de l'analyse). Les études sur la 'construction' des problèmes de santé publique soulignent aussi la perte ou l'acquisition, dans leur parcours politique, de certains 'traits' des problèmes, ou encore l'éclairage ou l'occultation de certains de leurs aspects (Gilbert et al., 2009). Par ailleurs, le cas d'Éducation des tout-petits montre, comme on peut s'y attendre, que de nouveaux *frames* de nature populationnelle, et non uniquement individuelle, caractérisent innovations à plus grande échelle. Enfin, certains *frames* du problème pourraient davantage 'justifier' l'action, alors que d'autres sont plus utiles pour 'orienter' celle-ci au regard du but envisagé⁴³.

6.2.1.3 Solution préconisée : un seul frame cohérent qui change d'identité

La conceptualisation de *frame* telle que développée par Entman en 4 fonctions ou composantes interreliées envisage la 'solution' d'une manière rudimentaire en termes d'options politiques promues dans les communications médiatiques (Entman, 1993). Si cette conceptualisation offre une base intéressante pour structurer l'analyse des 'solutions', elle apparaît insuffisante pour détailler les contenus et la nature des interventions de santé publique. Le contexte a une signification particulière en promotion de la santé et pour des interventions complexes (Bisset et al., 2009; Minary et al., 2018; Pfadenhauer et al., 2016; Poland et al., 2008), et la mise en œuvre et les effets des interventions sont fortement tributaires du contexte (Bisset et al., 2009; Lacouture et al., 2015; Pawson et Tilley, 1997). Une solution complexe sous forme de programme ne se réduit donc pas à l'intervention elle-même. Telle qu'envisagée dans le cadre conceptuel CICI (Pfadenhauer et al., 2016), une solution interventionnelle est constituée de 3 dimensions *d'intervention, implantation et contexte*. Les éléments *d'implantation* sont ceux mobilisés ou étroitement reliés à l'effort structuré de mise en pratique d'un programme. Le cadre CICI distingue ainsi l'importance accrue de certains éléments contextuels pour la mise en œuvre des interventions (Minary et al., 2018; Pfadenhauer et al., 2016), et a été mobilisé en version 'adaptée' pour enrichir la description du *frame* de la solution de l'innovation à caractère intersectoriel Éducation des tout-petits; l'ajout d'un domaine 'd'identité' à la dimension *intervention* a permis de récolter plus

⁴³ Voir chapitre 5 et la section 6.2.3 de ce chapitre

particulièrement les images saillantes et métaphores qui soutiennent les ‘logiques de fond’ (Creed et al., 2002; Dewulf et al., 2009; Entman, 1993) et sont utiles pour caractériser chaque *frame*.

L’analyse reliée aux *frames* de la stratégie éducative a été plus aisée que celle des *frames* du DJE. Les résultats obtenus en sont un *frame* ‘unique’ et cohérent de solution pour chaque situation Pilote et Programme, propre à orienter l’action de manière claire dans les deux cas. Ce résultat de *frame* ‘unique’ découle par ailleurs du choix de dégager, à partir des contenus des trois dimensions constitutives de la ‘solution’, une image globale (Dewulf et al., 2009; Entman, 1993) qui permette de contraster chaque stratégie éducative préconisée (Pilote et Programme) à l’égard des inégalités sociales de DJE et de l’équité. J’aurais aussi pu privilégier une analyse davantage ‘stratégique’ - étudiant la cohérence entre les objectifs avancés dans la solution et les problèmes à résoudre (Champagne et al., 2011a) - en établissant par exemple pour chaque situation Pilote et Programme un lien plus étroit entre les *frames* des problèmes et certains aspects de la stratégie privilégiée. L’éclairage apporté par cet angle d’analyse aurait possiblement été utile, mais différemment.

La voie d’analyse que j’ai empruntée m’a amenée à constater que le Cadre du Programme s’est révélé plus prescriptif que celui du Pilote; mais les différences de contenu observées allaient au-delà de ce à quoi on peut naturellement s’attendre d’un programme formel élargi plus ‘cadré’ par rapport à un projet pilote habituellement plus souple (Thabane et al., 2019).⁴⁴ De plus, j’ai pu observer la cohérence entre le ‘*frame* de la solution’ (stratégie éducative) et les ‘*frames* du problème’ (DJE), ceci pour le Pilote et le Programme. Le cadre CICI a apporté un éclairage utile sur le contenu de l’innovation Éducation des tout-petits en facilitant la construction et une comparaison fine des *frames* de la stratégie éducative du Pilote et du Programme à l’échelle.

En somme, malgré des défis liés à la méthode et une certaine perte de globalité du sens des problèmes, l’approche représentationnelle aux *frames* a permis une analyse fine et systématique des contenus des cadres Pilote et Programme qui a facilité leur comparaison et l’identification de changements significatifs. Les résultats illustrent la capacité d’explicitation des contenus des documents et différences de contenus d’une telle analyse inductive et déductive basée sur des modèles conceptuels pertinents (Pfadenhauer et al., 2016; Solar et Irwin, 2010). En tant que forme particulière - et diversifiée - d’analyse de discours (Fisher, 1997; Foley et al., 2019; Matthes et

⁴⁴ Voir chapitre 5 et section 6.2.3 de ce chapitre.

Kohring, 2008), l'analyse de *frames* pourrait permettre d'étudier les problématisations 'cristallisées' dans les documents cadres des innovations et leur évolution – notamment dans les phases pilotes – qui sont le fruit de multiples opérations de traduction entre acteurs intersectoriels des réseaux de mise à l'échelle (Larouche et al., 2021; Potvin et Clavier, 2013). Ce type d'analyse peut être utile tant au regard de multiples représentations possibles du 'problème', que pour celle plus cohérente de la 'solution', qui s'y trouvent interreliées. Cette interrelation fait l'objet de la prochaine section.

6.2.2 Constat #2 : kaléidoscope de *frames* du 'problème' imbriqués dans la 'solution interventionnelle' : un tout cohérent

Cette étude illustre une conceptualisation enrichie du *frame* comme 'représentation' pour les solutions innovantes intersectorielles par rapport à celle d'Entman (1993), relativement simple et linéaire. Les choix d'analyse et modèles mobilisés (Pfadenhauer et al., 2016; Solar et Irwin, 2010) ont entraîné deux 'types' de *frames* - ceux du 'problème' et de la 'solution interventionnelle' - et ont permis de définir plus précisément la relation entre ces types de *frames* et leur articulation à partir d'un modèle pertinent pour les innovations de promotion de la santé, celui du CICI (Pfadenhauer et al., 2016). L'analyse des données de l'innovation Éducation des tout-petits avec ce modèle a conduit à dégager un *frame* particulier de 'solution' pour chaque document cadre - qui représente un 'moment particulier' de l'innovation. Ce *frame* de solution est composé d'éléments spécifiques d'intervention, implantation et contexte, dans lequel se trouvent un certain nombre de '*frames* du problème' du DJE ; ceux-ci s'inscrivent plus particulièrement, selon le modèle CICI et les données analysées, dans les domaines 'épidémiologique' et 'socio-économique' du contexte. Un tout relativement 'cohérent' est ainsi formé par le kaléidoscope de *frames* du problème imbriqué dans celui de la dimension 'contextuelle' de la solution, et qui évoluent dans la même 'direction'.

Cette 'structure' particulière de *frames* du 'problème' imbriqués dans celui de la 'solution', s'accorde avec une conception des interventions innovantes de promotion de la santé comme devant être développées en phase avec un contexte social complexe qui façonne la manière dont les phénomènes se manifestent, et dont ils peuvent être modifiés (Poland et al., 2008, traduction libre). Cette structure de représentation des *frames* de l'innovation est également cohérente avec le caractère non linéaire et désordonné de la construction sociale des problèmes et des actions à

entreprendre qui s'opère dans de multiples espaces 'discrets' au fil du temps (Gilbert et Henry, 2012; Gilbert et al., 2009; Larouche et al., 2021).

Le lien entre la définition des problèmes publics et celle des solutions est discuté dans une vaste littérature de 'mise à l'agenda politique' où, « sous ce terme 'problème', on désigne souvent de manière indifférenciée un problème, sa solution et le processus qui va conduire à son traitement ou sa résolution » (Gilbert et al., 2009, p.21). Loin d'être une succession d'étapes linéaire, le processus de formulation des politiques constitue plutôt un enchevêtrement désordonné d'actions de définition des problèmes et solutions (Breton et De Leeuw, 2011; De Leeuw et al., 2014) et d'identification d'acteurs légitimes de mise en œuvre où la définition du problème ne précède pas forcément celle de la solution (Gilbert et al., 2009). Les écrits sur les instruments d'action publique⁴⁵ soulignent par ailleurs que ceux-ci contribuent à 'solidifier' les contours multiformes des problèmes (Gilbert et al., 2009). Les *frames* comme 'représentation' semblent un bon outil d'explicitation du sens accordé aux problèmes dans les cadres de programmes (voir plus bas), et pourraient permettre de documenter plus précisément cette 'solidification' susceptible d'avoir des conséquences sur les processus de mise à l'échelle en rapport aux buts (explicites ou non) des innovations de promotion de la santé.

L'étude du cas d'Éducation des tout-petits permet en outre de caractériser l'analyse de *frames* par rapport à des approches apparentées de théorie des interventions, telles que l'analyse logique (Champagne et al., 2011b; Hawe, 2015; Tremblay et al., 2013). Sans être exhaustive, la comparaison qui suit vise à contraster certains apports particuliers des *frames*. L'analyse logique s'attarde à la plausibilité des effets de l'intervention selon la manière dont celle-ci est conçue (Tremblay et al., 2013). Ce type d'analyse systématique est fondée avant tout sur l'apport des connaissances scientifiques, et se concentre sur les caractéristiques des programmes et les conditions contextuelles nécessaires pour que ceux-ci produisent les effets souhaités (Tremblay et al., 2013; Weiss, 1997a). Une approche représentationnelle aux *frames* intègre plutôt à l'analyse la relation particulière des problèmes avec leurs solutions, admet différents buts analytiques, et se prête particulièrement bien à la comparaison. Quoique qu'une analyse comparative soit possible avec l'analyse logique (Langer et al., 2011), et qu'elle puisse aussi permettre d'envisager des

⁴⁵ Soit les dispositifs techniques et sociaux porteurs de représentations, qui organisent des rapports spécifiques entre la force publique et ses destinataires Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2005). Introduction: L'action publique saisie par ses instruments. Dans P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments* (p. 11-44). Presses de Sciences Po, « Académique ».

solutions alternatives pour produire les mêmes effets (par exemple par la ‘*reverse logic analysis*’) (Tremblay et al., 2013), elle apparaît moins versatile et présente certains risques d’être abordée de manière relativement technique et opérationnelle (Rogers et Weiss, 2007).

L’analyse de *frames* permet de réfléchir différemment aux interventions, en intégrant à la réflexion le rôle des valeurs. Elle dépasse la prise en compte de connaissances scientifiques pour s’intéresser au sens accordé à des notions telles que l’équité, qui représente un défi pour les interventions complexes à visée populationnelle (Hawe, 2015; McLaren et al., 2020; McLaren et McIntyre, 2014). Mobilisant des perspectives pertinentes, elle peut mettre en lumière certains flous conceptuels, préconceptions, incohérences, descriptions sélectives ou omissions (Entman, 1993) de nature à influencer l’atteinte des buts. Centrée sur l’importance du discours et du langage, la polysémie de certaines notions telle que celle de ‘vulnérabilité’, et sur ce qui y est ‘présent’ ou ‘absent’, l’analyse de *frames* permet d’envisager les contenus sous différents angles. Apportant de nouveaux éclairages, elle pourrait éventuellement permettre de proposer des solutions alternatives.

En somme, les *frames* envisagés comme représentations des documents cadres d’innovations complexes de promotion de la santé, ont une structure particulière qui permet d’envisager conjointement la représentation des ‘problèmes’ et de leurs solutions. Cette structure de *frames* reflète l’aspect non linéaire de leur construction dans de multiples espaces ‘discrets’ (Gilbert et Henry, 2012). L’analyse de *frames* étant à la fois versatile et spécifique (Braun, 2015; Koon et al., 2016; Matthes et Kohring, 2008), elle peut être adaptée à l’étude de buts autres que ceux qui sont explicites à propos des innovations. Elle apporte un éclairage distinctif centré sur le discours, le langage et le sens qui permet à l’analyste d’incorporer le rôle des valeurs. Toutefois, l’utilité des *frames* comme représentation est liée au caractère critique de l’analyse, puisque les *frames* ne sont pas ‘critiques’ en eux-mêmes (Braun, 2015).

6.2.3 Constat #3 : la valeur de l’analyse de *frames* vient de son caractère critique

Les *frames* du DJE et de la solution Éducation des tout-petits permettent d’explicitier et caractériser les contenus des cadres Pilote et Programme, et contrastent d’emblée ces contenus. Toutefois, ils sont insuffisants en eux-mêmes pour informer de manière utile les différences significatives de contenu en rapport aux inégalités sociales de DJE et à l’équité. C’est la critique développée à propos des *frames* et de leurs différences, à partir d’écrits sur la vulnérabilité, les ISS et les interventions

pertinentes aux inégalités sociales de DJE, qui permet d'éclairer des enjeux d'accès aux ressources, et rôles et relations en rapport à l'équité développementale. La valeur de l'analyse de *frames* vient de la manière critique dont leur contenu est discuté, et des 'cadres plus larges' que cette critique mobilise (Braun, 2015; Wagenaar, 2015). Pour Braun (2015), les *frames* peuvent être utilisés d'une manière significative lorsqu'ils sont articulés autour d'une telle vision critique qui favorise le changement social en soulignant la normativité des conceptions, et rendant 'visibles' des représentations contribuant à maintenir des relations inégalitaires.

Plus largement, pour Fassin (2009), l'utilité même des sciences sociales est liée à la critique, et s'inscrit dans une opposition entre 'engagement' et distanciation' du chercheur au regard des sujets concernés (Fassin, 2009). Garder une distance avec les sujets - par exemple en adoptant une approche foucauldienne observant la santé publique 'de l'extérieur' et critiquant sa normativité (Mykhalovskiy et al., 2019) - permet de 'voir' ce qui se passe; mais cette distance peut amener à « porter sur ces sujets un regard sans concession » (Fassin, 2009, p.202). Se rapprocher de ceux-ci rend, au contraire, attentif à leurs discours, pratiques et justifications, mais le chercheur peut alors tendre lui-même à « justifier ces justifications » (ibid.), entraînant possiblement le statut quo (Braun, 2015).

Réduire les *frames* à des représentations politiques inscrites dans des textes pourrait limiter leurs possibilités, vu l'absence d'engagement de l'observateur dans la réalité sociale créée par l'interaction des acteurs; mais au-delà d'une stricte question de méthodologie, ces possibilités découlent d'un investissement dans l'analyse de patrons d'exclusion et de domination (Braun, 2015). Fassin suggère qu'une position 'liminaire' du chercheur, ni complètement avec les acteurs, ni complètement extérieure à eux, pourrait nourrir l'« utilité » de la critique. De plus, cette position implique que le chercheur *partage* avec les acteurs ce qu'il 'voit' d'eux et de leurs relations (Fassin, 2009). Il envisage ainsi les conditions 'd'utilité' de la critique :

« D'un côté il faut rendre compte de l'action de manière critique, et d'autre part il faut que cette critique puisse être entendue par ceux qu'elle concerne. » (Fassin, 2009, p.202, italiques ajoutés).

C'est à partir de ces deux considérations de *compte rendu* et *partage* de la critique que sera discutée la perspective employée dans l'analyse du cas d'Éducation des tout-petits.

6.2.3.1 *Compte-rendu critique sur les frames d'Éducation des tout-petits*

L'analyse critique des *frames* du 'problème' et de la 'solution interventionnelle' d'Éducation des tout-petits a permis de mettre en lumière des capacités mitigées du programme à l'échelle de soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité, en soulevant des enjeux à la source d'iniquités potentielles. Le programme à grande échelle préconisé démontre certaines forces au regard de la capacité à redistribuer les ressources, un mécanisme crucial pour lutter contre les inégalités sociales et les iniquités (Adam et Potvin, 2016; Bernard et al., 2007; Hawe, 2015); mais il présente également des faiblesses et des ambiguïtés notamment liées à son approche particulière des 'milieux' et au sens accordé à la notion de vulnérabilité (Chambers, 2006, 1989; Frohlich et al., 2017; Shareck et al., 2013).⁴⁶ Par rapport au Pilote, le Programme illustre un 'dérage' relatif vers une centration sur les individus et leurs comportements, tant au sujet des *frames* du problème du DJE que de la solution éducative préconisée. La cohérence observée des différences de *frames* Pilote-Programme reflète en outre l'importance du lien entre la formulation de problèmes liés à la santé et la définition des solutions avancées pour résoudre (Carey et al., 2017; Katikireddi et al., 2013; McLeroy et al., 1993).

Les résultats du cas d'Éducation des tout-petits convergent vers ceux d'autres études qui rapportent qu'il peut être difficile dans la mise à l'échelle que les innovations restent alignées avec des objectifs initiaux d'équité (Cavallera et al., 2019; Chopra et Ford, 2005; Edwards, 2010). En santé publique, plusieurs chercheurs expriment plus largement des préoccupations sur ce glissement en aval des interventions à visée de réduction d'ISS vers une approche davantage clinique et préventive centrée sur des individus 'à problèmes' (Baum et Fisher, 2014; Carey et al., 2017; Katikireddi et al., 2013). Ce défi que pose l'action sur les ISS est attribué à différents éléments historiques, idéologiques, corporatifs et pratiques (Baum et Fisher, 2014), de même qu'aux réalités institutionnelles dans lesquelles s'exercent les pratiques de santé publique (Breton, 2016; Breton et al., 2009; Carey et al., 2017). Malgré de nouvelles approches ciblées de réduction des ISS telles que l'universalisme proportionné, combiner et équilibrer les objectifs universels et ciblés dans les pratiques des programmes demeure un défi (Carey et Crammond, 2017).

L'analyse critique des *frames* d'Éducation des tout-petits permet d'illustrer que les définitions du 'problème' n'ont pas toutes la même valeur pour soutenir l'action sur les inégalités sociales de DJE et l'équité. Les *frames* qui s'intéressent aux conditions de vie, mécanismes d'accès aux ressources,

⁴⁶ Voir section 5.2 du chapitre 5

capacités et processus d'exclusion sociale - qui s'inscrivent dans le '*contexte socio-économique*'⁴⁷ - sont les plus significatifs à cet égard. Les *frames* reliés au '*contexte épidémiologique*', concernant les états de santé et comportements individuels, sont utiles pour justifier l'intervention et plaider pour sa nécessité, mais peuvent difficilement offrir des avenues d'action. Ces *frames* présentent aussi le risque de réduire les inégalités sociales de santé à un 'problème des individus' (Katikireddi et al., 2013; Katz et al., 2019). Pour ce qui est de la solution préconisée, outre la discussion du type d'approche 'milieu' employée, l'analyse de *frames* a mis en relief le rôle particulier du sens accordé à la notion de 'vulnérabilité' au regard du but (non explicite) d'équité et réduction des inégalités sociales de DJE.

Dans la littérature de santé, la valeur de certains *frames* par rapport à d'autres est amplement discutée de manière critique en rapport à d'autres objets et finalités, par exemple en santé mondiale (McInnes et Lee, 2012), santé environnementale (Garvin et Eyles, 2001) et pour les soins de santé (Lloyd et Hawe, 2003). Dans leur étude de *frames* relatifs à la dépression post-natale, Lloyd et Hawe (2003) identifient par exemple trois grandes approches qualifiées de sociétales, de compétence sociale et 'thérapeutiques individuelles'. Les auteurs soulignent les aspects historiques, disciplinaires et hiérarchiques qui les caractérisent, et plus particulièrement en rapport aux 'solutions' possibles, les incapacités et malaises exprimés par les professionnels à 'sortir du cadre' quand il s'agit d'envisager de nouvelles avenues d'action face à cette question. Ce travail de construction de *frames* par Lloyd et Hawe illustre un effort d'explicitation qui a un potentiel émancipateur ; nommer et négocier des tensions et contradictions pourrait aider à les dépasser (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019). Puisque la vision qui domine dans les initiatives à caractère intersectoriel est souvent celle des acteurs de santé (Breton, 2016; de Leeuw, 2017; Shankardass et al., 2012), il serait intéressant de pratiquer ce type d'analyse de *frames* comme 'représentations' avec les acteurs des différents secteurs impliqués dans la gouvernance des processus de mise à l'échelle.

Les constats issus du cas d'Éducation des tout-petits reflètent en outre l'approche écologique qui caractérise l'innovation. Aussi, l'utilisation de modèles pertinents autres que ceux de Solar et Irwin (2010) et Pfadenhauer et collaborateurs (2016) auraient pu mener à caractériser les *frames* autrement. Dans cette étude, la portée de la critique aurait également pu être augmentée en relevant

⁴⁷ Voir section 5.2 du chapitre 5, et annexe D de ce chapitre

l'absence de certains *frames* dont les contenus seraient significatifs pour les inégalités sociales de DJE et l'équité, comme certains *frames* du 'contexte géographique' (caractérisant par exemple l'accès aux ressources locales, les liens entre organismes et milieux de garde) ou du contexte 'légal et politique' (concernant notamment la redistribution équitable de certaines ressources).

Par ailleurs, Carey, Malbon et collaborateurs (2017) soulignent la nécessité de réfléchir au 'dérapage' des interventions en mettant en relation le décalage entre des objectifs affirmés de réduction d'ISS et les moyens institutionnels mobilisés pour les 'gérer', et en étudiant les processus politiques et organisationnels qui mènent à déterminer ces moyens. Se pencher sur ces questions pourrait aider à comprendre la 'conversion' de problèmes de nature sociale en des problèmes de niveau individuel, puis leur traduction en des 'problèmes techniques' particuliers, qui déterminent comment certains groupes sociaux doivent être 'aidés'. Dans ce contexte, les auteurs suggèrent que la critique mette en relief comment des questions en lien avec la santé (comme le développement des tout-petits ou l'obésité) peuvent être abordées comme une question sociale plutôt que le fait de 'groupes à problèmes', et être contextuellement adaptées au niveau local (Carey et al., 2017). Au sujet de la mise à l'échelle d'Éducation des tout-petits, les processus qui sous-tendent le façonnement du problème, des objectifs spécifiques et des moyens préconisés dans l'innovation à grande échelle pourraient être mieux saisis par une analyse de *frames* comme 'interaction', soit une étude du *framing* du 'problème' et de la 'solution' dans le réseau d'acteurs de la phase pilote (Larouche et al., 2021). Les résultats de *frames* questionnent particulièrement le façonnement des contenus de l'innovation en rapport à la présence, aux relations et aux rôles d'acteurs multisectoriels dans les actions de cette phase de la mise à l'échelle, au-delà de la présence des acteurs de santé eux-mêmes (Breton, 2016; Khayat-zadeh-Mahani et al., 2017; Okeyo, Lehmann et al. 2020).

Quoique ces actions n'aient pas fait ici l'objet d'une analyse spécifique, certaines informations récoltées durant la phase préparatoire de l'étude ont permis d'identifier des activités de monitoring, des rencontres régulières d'un groupe de travail régional et une évaluation de la mise en oeuvre des projets locaux d'Éducation des tout-petits, impliquant la présence et l'absence de certains acteurs concernés par le développement de la petite enfance. Ces acteurs (provenant par ex. des milieux de garde, organismes communautaires, etc.) ont un regard potentiellement différent de celui des acteurs de santé sur la vulnérabilité, l'équité développementale, la réalité des familles, et la

disponibilité et l'accès aux ressources. L'étude des activités et événements de la phase pilote⁴⁸ pourrait permettre de mieux comprendre comment le contenu de l'innovation s'est transformé dans la mise à l'échelle au travers d'une succession de micro-problématisations impliquant (ou non) ces acteurs, et mobilisant (ou négociant avec) certaines ressources, savoirs, compétences, règles et dispositifs organisationnels, ou d'autres objets pertinents ou inévitables (Larouche et al., 2021).

Réflexion sur l'analyse critique réalisée

Dans l'étude du cas d'Éducation des tout-petits, la critique a été construite sur les caractéristiques et atouts de départ de la solution Pilote, soit ses aspects novateurs qui sont plus ou moins prometteurs au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité. Cette critique est d'emblée assez circonscrite et ne remet pas fondamentalement en question la pertinence ou le caractère éthique de cette innovation, ses buts ou valeurs véhiculées, ou la définition du problème, en d'autres termes le 'bien-fondé' de cette action gouvernementale (Bacchi, 2016). Avec l'analyse de *frames*, j'ai mis l'accent sur les 'disparitions', ajouts et modifications de contenus dans le Programme, les 'révélation de sens' sous forme d'images ou métaphores (Creed et al., 2002; Dewulf et al., 2009; Entman, 1993), bref les modifications, 'dégradations' ou améliorations constatées en rapport au Pilote. Celles-ci ont évidemment fait émerger certains questionnements par rapport au Pilote lui-même ; toutefois, le but n'était pas ici de tracer les contours d'une innovation 'idéale'.

Par ailleurs, j'ai délibérément choisi dès le départ un angle d'analyse d'inégalités sociales de DJE et d'équité. C'était d'une part par intérêt, ayant exercé professionnellement dans un programme aux mêmes visées. J'avais été directement confrontée à un défi d'équilibre lié aux besoins individuels et à la consultation préventive auprès des milieux de petite enfance, l'arrimage entre les ressources du territoire et des actions plus structurelles (par ex. ajustement de règles, ententes de collaboration). D'autre part, cet angle d'analyse était en cohérence avec la visée distinctive de réduction d'ISS de la promotion de la santé; quoiqu'il ne s'agissait pas d'un objectif explicite d'Éducation des tout-petits, des effets du Pilote sur l'écart développemental des enfants du groupe socialement désavantagé⁴⁹ par rapport aux mieux nantis étaient plausibles. De plus, le contexte de mise à l'échelle justifiait de s'intéresser à l'approche populationnelle privilégiée puisque ces approches, qui visent à avoir un impact sur un grand nombre de personnes, mais aussi à réduire les

⁴⁸ Par exemple le lancement d'un nouveau plan régional de santé publique

⁴⁹ L'objectif était de promouvoir le 'développement optimal' des enfants correspondant aux critères des SIPPE

ISS (Hawe, 2015; Hawe et al., 2012), peuvent maintenir ou accroître les inégalités en négligeant la dynamique sociale à l'origine d'iniquités (K. Frohlich et L. Potvin, 2008; Hawe et al., 2012). 'Monitorer' la capacité des programmes à visée populationnelle à soutenir de façon plus ou moins ciblée l'action sur les ISS est donc important (Benach et al., 2013; Graham, 2004). Enfin, une analyse critique de *frames* m'apparaissait pouvoir plus généralement permettre de soupeser le 'sens' accordé aux problèmes et solutions au regard d'un critère de valeur tel que l'équité, qui soulève différentes conceptions de justice sociale au-delà de la disponibilité de données empiriques d'effets sur les ISS (McLaren et McIntyre, 2014; Potvin et al., 2008). La manière dont la critique a été développée doit néanmoins être considérée.

Pour l'Éducation des tout-petits, j'ai ancré la perspective critique au fil de l'analyse des données en mobilisant des concepts, perspectives théoriques et connaissances empiriques pertinentes aux ISS, aux inégalités sociales de DJE et à l'équité (Adam et Potvin, 2016; Benach et al., 2013; Bernard et al., 2007; Japel et al., 2005; Katz et al., 2019; Potvin et al., 2008). Le caractère critique de l'analyse a été développé de façon exploratoire et éclectique, en développant simultanément des connaissances sur le *framing* et la TAR; certains concepts mobilisés sont communs à ces deux pans de littérature - et compatibles, comme la notion d'identité, de rôles et de relations entre acteurs (Dewulf et al., 2009; Entman, 1993; Latour, 2005; Potvin et Clavier, 2012). J'ai cependant ressenti les limites de cet éclectisme, et le besoin de systématiser et enrichir conceptuellement et théoriquement l'analyse de *frames*.⁵⁰

Dans la littérature organisationnelle, diverses approches critiques aux *frames* ont été employées à différentes fins (Cornelissen et Werner, 2014; Creed et al., 2002). L'approche critique promue par Creed et collaborateurs (2002) a un caractère stratégique ; elle s'intéresse aux rationalités tenues pour acquises – comme pour l'Éducation des tout-petits la notion de vulnérabilité – et aux idéologies sous-jacentes, en élargissant l'éventail des voix prises en compte, dont les plus marginales qui favorisent le changement social. Notamment sur les traces de Gamson (Gamson et Modigliani, 1989), l'analyse de *frame* cherche à trouver la 'structure unifiante' du contenu des discours, en répondant à la question : « qu'est-ce qui tient ensemble ces éléments? » (Creed et al., 2002, p.37, traduction libre). Mais l'analyse va plus loin, et tente d'amplifier les voix sous-représentées et redresser les relations de pouvoir dans la question en jeu. L'analyste a ici un pied 'dans' le débat

⁵⁰ Voir section 6.3

politique qui se joue dans l'organisation, donc *avec* les sujets, et l'autre dans l'analyse de *frame*, en retrait d'eux (Creed et al., 2002; Fassin, 2009). Cette approche pose évidemment plusieurs défis méthodologiques et épistémologiques, notamment reliés à la façon de voir la connaissance produite comme étant 'objectivement juste' ou le fruit d'un processus interprétatif; et elle implique de se questionner sur la manière dont les *frames* 'résonnent' en nous et pour les acteurs concernés (Creed et al., 2002). Dans une analyse de *frames*, c'est le but de l'analyse, le projet éthique de l'analyste et son public cible qui déterminent le type de validité qui est recherché (Creed et al., 2002); la validité *éthique* concerne davantage l'acceptation des résultats par les membres du champ de recherche de l'analyste (ici la santé publique); et la validité *émique* a trait à la reconnaissance par les sujets de l'analyse que celle-ci reflète fidèlement leur position. La validité est ainsi vue comme un produit social plutôt qu'une propriété uniquement inhérente à l'analyse (Latour et Woolgar, 1986, p.38, dans Creed et al., 2002).

Dans les processus de mise à l'échelle, une approche critique aux *frames* est justifiée de manière générale par le besoin de documenter le sens et les valeurs associés aux innovations (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017). Une préoccupation s'affirme pour la variation de sens accordés à celles-ci par différents acteurs et à différents moments de la mise à l'échelle (Côté-Boileau et al., 2019). En santé publique plus généralement, on s'intéresse dorénavant au rôle des valeurs et intérêts dans le façonnement des innovations (Côté-Boileau et al., 2019; Hawe, 2015; Lehoux et al., 2014; Shaw et al., 2017; Thabane et al., 2019). Une analyse critique de *frames* est particulièrement pertinente pour intégrer à la discussion le rôle des valeurs en promotion de la santé, et s'interroger sur le sens des interventions au regard de leur impact possible sur les ISS et l'équité (Aronowitz, 2008; Carey et al., 2017; Niederdeppe et al., 2008; Rock et al., 2011). De plus, la forme particulière donnée à un 'problème' est associée à un choix d'acteurs pertinents pour l'intervention (Gilbert et Henry, 2012; Potvin et Clavier, 2013), et aux valeurs au nom desquelles l'action publique sera engagée (Gilbert et Henry, 2012). Ces acteurs devront par ailleurs se situer de manière plus ou moins tacite face à la présence simultanée de différentes échelles de valeurs (Gilbert et Henry, 2012), ce qu'une analyse critique de *frames* peut permettre d'explicitier.

En santé publique, différentes approches de sciences sociales critiques ont traditionnellement été envisagées de façon dichotomique : d'un côté se trouvent celles qui sont critiques *de* la santé publique, qui se positionnent en porte-à-faux à l'extérieur du domaine (Mykhalovskiy et al., 2019),

révélant la normativité de ses pratiques et ses angles morts et contradictions (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019). Les approches foucaaldiennes y sont parmi les plus fréquentes (Foley et al., 2019; Mykhalovskiy et al., 2019). De l'autre côté se trouvent les approches critiques *en* santé publique (Mykhalovskiy et al., 2019), qui peuvent servir ses fins au point d'y dénaturer potentiellement l'apport des sciences sociales (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019).

Toutefois, une position 'liminaire' du chercheur qui oscille, n'étant ni complètement *dans* ou *hors* de la réalité des acteurs, peut faciliter l'utilité de la critique (Creed et al., 2002; Fassin, 2009). En maintenant les spécificités théoriques et méthodologiques des sciences sociales, tout en cherchant l'interaction avec les personnes impliquées dans l'action de santé publique, notamment pour atténuer des effets potentiellement néfastes des interventions, une telle approche peut favoriser un changement transformateur des pratiques (Mykhalovskiy et al., 2019). Elle peut permettre de répondre à la seconde condition d'utilité des sciences sociales 'critiques', qui est que le chercheur *partage* avec les acteurs concernés ses travaux de nature critique, et s'engage avec eux dans un dialogue productif (Creed et al., 2002; Fassin, 2009).

6.2.3.2 *Partage avec les acteurs de la vision critique sur les frames*

Cette étude a été initiée dans une approche critique qui se voulait partenaire *avec* la santé publique (Mykhalovskiy et al., 2019). Partager avec les acteurs concernés une vision critique de l'action de santé publique n'est pas une panacée (Bisset et al., 2017; Mykhalovskiy et al., 2019). Cette manière de faire n'est pas dénuée de conflits, désaccords et limites (Bisset et al., 2017; Creed et al., 2002; Mykhalovskiy et al., 2019), mais nommer des contradictions peut ouvrir la voie à la réflexivité et au changement (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019). La réflexivité est ici envisagée comme une 'investigation intellectuelle délibérée et consciente' où les expériences sont remises en question, et où les nouvelles compréhensions développées peuvent être réinvesties dans l'action (Bisset et al., 2017).

Dans le cadre de ma thèse, j'ai été pendant trois ans directement impliquée à la DRSP concernée en tant que stagiaire dans le cadre d'un programme de bourse-formation doctorale.⁵¹ J'ai participé pendant une bonne partie de mon stage à la communauté de pratiques d'Éducation des tout-petits

⁵¹ Programme stratégique Promotion, Prévention, et Politiques Publiques (4P), un partenariat des IRSC (Institut de la santé publique et des populations et Institut des services et des politiques de la santé) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

(concernant le programme à l'échelle, i.e. une fois la mise à l'échelle effectuée), et eu de multiples occasions d'échange avec des personnes impliquées dans l'innovation. Cette période qui était pour moi une étape préparatoire à l'étude m'a permis de recueillir plusieurs informations pertinentes au sujet de la phase Pilote.⁵² J'ai pu mieux comprendre le contexte, connaître l'équipe concernée et présenter mon projet. Étant en contact direct avec les acteurs de l'innovation, j'ai même envisagé adopter pour l'étude une approche participative. Ce projet ne s'est finalement pas concrétisé, et l'étude a pris alors une orientation plus théorique d'observation 'de l'extérieur', visant à documenter l'utilité des *frames* pour la mise à l'échelle.

Dans cette étude, la visée critique de l'analyse est explicite, et soulève des interrogations et enjeux susceptibles de faire réfléchir certains décideurs sur les choix réalisés dans la mise à l'échelle et leurs conséquences. Mais l'analyse critique de *frames* des documents cadres s'inscrit dans la distance face aux acteurs d'Éducation des tout-petits directement impliqués dans ce processus ; finalement, je n'ai pas directement communiqué les résultats empiriques aux personnes impliquées dans cette innovation.⁵³

En cherchant à éclairer certains enjeux de la mise à l'échelle d'Éducation des tout-petits au regard des inégalités sociales de DJE et de l'équité, je me suis quand même 'commise' en soulevant certaines questions qui auraient pu nourrir la réflexion et des alternatives d'action ; et j'ai expérimenté les défis d'«équilibriste» d'une analyse de *frames* qui se veut 'constructive' face à l'action, tout en mettant en relief des enjeux reliés à des transformations de contenus. C'est au final la perspective 'étique' qui s'est affirmée pour moi. Dans leur état actuel, les deux articles empiriques s'adressent à des chercheurs, mais aussi des décideurs de santé publique concernés par la mise à l'échelle et l'évolution d'interventions aux visées d'ISS et d'équité ; j'espère que quelques-uns y trouveront un intérêt. Cette approche représentationnelle aux *frames*, qui mobilise des éclairages de santé au niveau populationnel, peut toutefois paraître hermétique. Je vois cette analyse critique de *frames* comme une première tentative de susciter la curiosité, l'intérêt, et

⁵² Sans toutefois que celles-ci servent à la construction des *frames*

⁵³ Les raisons de cela sont expliquées à la section 6.3 (limites de la thèse)

éventuellement l'engagement à l'égard de la compréhension de l'évolution des innovations dans la mise à l'échelle.

La définition des problèmes et actions politiques est inévitablement un processus sélectif chargé de valeurs (Braun, 2015). Définir des solutions de promotion de la santé populationnelle dépasse la question des connaissances empiriques sur l'efficacité des programmes, et questionne ces valeurs qui nourrissent différentes solutions envisagées aux problèmes (Hawe, 2015; McLaren et McIntyre, 2014). En intégrant celles-ci à la réflexion, une analyse critique de *frames* pourrait permettre de mettre en relief différentes préoccupations à cet égard qui entrent en compte dans la (re)définition des problèmes et solutions (Braun, 2015; Cornelissen et Werner, 2014; Creed et al., 2002). Quoique ce type d'analyse ne soit pas sans défis, expliciter les contenus des innovations avec l'analyse de *frame* pourraient éventuellement faciliter le dialogue (Creed et al., 2002) et constituer un outil utile pour la critique *avec* la santé publique (Mykhalovskiy et al., 2019). En questionnant les façons par lesquelles des 'améliorations' ou 'dérapages' des innovations peuvent s'opérer dans les processus de mise à l'échelle, une telle analyse pourrait contribuer à combler l'écart observé entre la quantité d'études qui s'intéressent à la manière dont on 'construit' les problèmes, et celles qui se préoccupent de la manière dont on peut intervenir pour résoudre certains problèmes sociaux avec les acteurs de santé publique (Carey et al., 2017; Mykhalovskiy et al., 2019).

6.2.4 Sommaire sur l'utilité des *frames* et contribution théorique de l'étude

6.2.4.1 Utilité des frames comme représentation : reflet d'une dynamique sociale

Tels qu'envisagés ici, les *frames* sont des représentations construites par l'analyste à partir de problématisations 'figées' à propos des innovations, dans une réalité sociale qui est en mouvement. Au-delà du processus de construction lui-même, les différences de *frames* des innovations observées à différents 'moments' sont vues comme le produit d'opérations de traduction entre acteurs (humains et non humains) des réseaux en expansion de la mise à l'échelle. Cette 'traduction' implique des problématisations itératives dans divers lieux, au travers des actions, relations et événements rencontrés dans ces processus (Larouche et al., 2021). Le cas d'Éducation des tout-petits illustre que les *frames* comme représentations des documents cadres⁵⁴ ont une certaine utilité pour éclairer la dynamique d'innovations de promotion de la santé dans leur mise

⁵⁴ Qui balisent les phases 'pilotes', 'programme étendus' ou d'autres phases subséquentes de ces programmes

à l'échelle. Ces *frames* permettent d'explicitier et caractériser les contenus de ces documents au regard des 'problèmes' et des 'solutions' préconisées ; de voir *en quoi* ces contenus se transforment dans des contextes de mise à l'échelle. La perspective critique permet d'analyser la valeur de ces contenus et les conséquences de leur évolution au regard du but poursuivi (ou qui fait l'objet de l'analyse). Reflétant différents 'états temporaires cristallisés' d'innovations préconisées, les *frames* permettent de mettre en relief des différences significatives de contenu ayant des conséquences potentielles sur l'impact et la pérennité des effets des processus de mise à l'échelle. Selon cette étude, l'analyse des *frames* et de leurs différences s'avère particulièrement utile au regard des 'phases pilotes' des innovations, qui servent à les 'façonner' et en préciser les contenus (Subramanian et al., 2011; Thabane et al., 2019).

Une approche représentationnelle aux *frames* constitue une autre façon d'envisager l'analyse des interventions, qui prend en compte la définition des questions de santé elles-mêmes, des moyens préconisés pour les solutionner, et leur interrelation. Il s'agit d'une approche flexible qui peut questionner de manière critique autant les visées de l'action publique que les stratégies employées. Elle se prête à différents buts d'analyse - dont les ISS, et leur rapport à des visées populationnelles globales - et peut considérer le rôle de valeurs telles que l'équité, au cœur de la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 1986; Raphael et Sayani, 2019). Une analyse critique de *frames* pourrait permettre d'engager la réflexion sur l'exposition injuste à certains déterminants pour des groupes sociaux désavantagés, et constituer un outil pertinent pour des chercheurs qui veulent ouvrir un dialogue critique constructif avec les acteurs de la mise à l'échelle, et s'engager avec eux à l'amélioration d'actions de santé publique à caractère intersectoriel.

Toutefois, si l'analyse critique de *frames* de documents cadres offre des images momentanées des manières de voir des problèmes et leurs solutions dans les innovations, elle concerne des solutions *préconisées*, et non *réalisées*. L'approche pourrait entraîner une vision déterministe de ces documents, et réductionniste des innovations, qui ne rende pas justice aux programmes de santé publique comme systèmes complexes d'actions qui s'adaptent et évoluent avec la créativité des acteurs (Potvin et McQueen, 2008). Au-delà des documents cadres, les acteurs de santé publique et d'autres secteurs se nourrissent en effet de multiples sources d'information, d'actions, de relations et de réflexions qui façonnent la mise en œuvre et la mise à l'échelle des innovations (Côté-Boileau et al., 2019; Greenhalgh et al., 2004; Thabane et al., 2019).

Une telle analyse peut aussi être méthodologiquement complexe et faire perdre une certaine globalité de ‘sens’. De plus, elle implique de se positionner soi-même en rapport à ses valeurs et priorités, et de rendre explicite ce positionnement (qui peut en retour faciliter celui des acteurs de la mise à l’échelle et leur réflexion à cet égard) (Braun, 2015; Creed et al., 2002). Quoique le rapport entretenu avec ces acteurs évolue, il a avantage à être réfléchi dès le début du projet pour camper la perspective critique en conséquence ; la présentation des résultats doit aussi être pensée pour faciliter l’échange et le partage. En somme, une telle approche implique une ‘danse’ entre l’analyse des données et l’engagement envers les acteurs. Pour certains, l’analyse de *frames* est à la fois ‘un art et une science’ qui s’acquiert avec le temps et la multiplication des expériences (Creed et al., 2002).

Le but de cette thèse était d’explorer l’utilité des *frames* au regard de la dynamique sociale de la mise à l’échelle d’innovations complexes de promotion de la santé. À cette fin, une articulation théorique de nature sociale a été développée. Une approche représentationnelle aux *frames* a ensuite été appliquée à l’analyse rétrospective du cas instrumental de mise à l’échelle de l’innovation intersectorielle Éducation des tout-petits pour déterminer son utilité au regard de l’évolution des innovations. L’approche a été spécifiquement appliquée aux documents cadres balisant les phases ‘pilote’ (Cadre Pilote) et ‘programme à l’échelle’ (Cadre Programme) d’Éducation des tout-petits. L’étude de ce cas a également mobilisé les éclairages conceptuels d’Entman (1993) sur les *frames*, ceux de Solar et Irwin (2010) sur les DSS, et de Pfadenhauer et collaborateurs (2016) à propos d’interventions complexes, et des perspectives théoriques et critiques au sujet de la santé publique. Cette étude de cas contribue à édifier certaines connaissances sur les *frames* issus de documents cadres d’innovations de promotion de la santé dans la mise à l’échelle.

6.2.4.1 Contribution théorique

Sur la base du cas d’Éducation des tout-petits, des modèles conceptuels mobilisés et de la littérature, quelques précisions peuvent être apportées sur la nature, les spécificités et le caractère évolutif des *frames* de documents cadres d’innovations complexes de promotion de la santé dans des contextes de mise à l’échelle :

- L'approche représentationnelle aux *frames* est une démarche systématique d'analyse du sens des innovations ;
- Son déroulement est influencé par le rapport entretenu avec les acteurs des innovations ;
- Les *frames* comme 'représentations' sont des constructions⁵⁵ des analystes à propos de ces documents, qui nécessitent que le but de l'analyse, le public-cible et le projet éthique poursuivi (et les valeurs qui le sous-tendent) soient clairs;
- Les *frames* permettent d'explicitier et caractériser les contenus, et l'évolution des contenus, des documents qui servent de guide pour différentes phases des processus de mise à l'échelle;
- Deux types distincts de *frames* peuvent être dégagés des documents cadres: ceux des 'problème' (construits à partir de séquences d'attributions 'déterminant-problème') ; et ceux des 'solutions interventionnelles préconisées' (construits sur la base des contenus informatifs des dimensions d'intervention, implantation et contexte, et de leurs images et métaphores);⁵⁶
- Un *frame* de solution interventionnelle caractérise chaque document cadre; son 'identité' offre une vision synthétique du contenu de l'innovation, soit son 'état', à un moment particulier;
- Les *frames* du 'problème' sont imbriqués dans la dimension contextuelle de la 'solution' et sont multiples dans un même document cadre; ils représentent un kaléidoscope de visions d'une question de santé qui illustre les divers angles par lesquels on peut envisager celle-ci ; certains *frames* du problème ont davantage d'utilité que d'autres au regard du but de l'action;⁵⁷
- Les *frames* du 'problème' et de la 'solution interventionnelle' diffèrent de contenu d'un document cadre à l'autre et forment un ensemble cohérent ; ils évoluent dans la même 'direction', et peuvent plus ou moins supporter l'action sur les ISS et l'équité du programme à l'échelle ;
- Les *frames* permettent d'explicitier et caractériser les contenus des innovations mais sont peu utiles en eux-mêmes ; une perspective critique les rend davantage utiles ;
- L'analyse critique de *frames* offre une occasion de réflexion sur les définitions des problèmes et des solutions interventionnelles, sur les préconceptions qui les sous-tendent, sur la capacité

⁵⁵ Ces constructions sont opérées à partir d'autres constructions de nature sociale, soit les documents cadres réalisés par les acteurs de la mise à l'échelle

⁵⁶ Dans le cadre CICI, la dimension d'implantation comporte les éléments 'étroits' du contexte qui sont en lien direct avec l'intervention

⁵⁷ Ou de l'analyse

d'action des innovations à grande échelle au regard du but poursuivi, et ultimement sur la visée d'accroissement d'impact et pérennité de la mise à l'échelle ;

- Ce type d'analyse critique nécessite des connaissances suffisantes à la fois sur l'objet de l'innovation (question en lien avec la santé, solution interventionnelle), le but de l'analyse et la manière de développer la critique en rapport aux acteurs.

Il est important de noter que ces éléments en lien aux *frames* sont particulièrement liés aux éclairages conceptuels mobilisés (Pfadenhauer et al., 2016; Solar et Irwin, 2010), et s'appliquent à l'analyse de documents cadres d'innovations portées (ou non) à l'échelle. Évidemment, une approche représentationnelle aux *frames* ne se réduit pas à l'analyse de documents cadres, ni à un modèle conceptuel particulier. Des *frames* construits à partir d'entretiens avec les acteurs, à un moment particulier du processus de mise à l'échelle mèneraient probablement à d'autres conclusions. La mobilisation d'autres modèles ou théories en lien avec la santé publique, approches théoriques et méthodologiques sur les *frames* et éclairages critiques pourraient également enrichir ces vues (Braun, 2015; Creed et al., 2002).

6.3 Forces et limites de l'étude

Cette étude est née d'un intérêt pour la construction du 'sens' et d'une préoccupation professionnelle pour les inégalités développementales et les réalités sociales de familles désavantagées. Je me suis posée plusieurs questions au sujet d'une initiative semblable à celle étudiée dans cette thèse, manquant à ce moment d'outils conceptuels pour y réfléchir. Alors que j'ai été directement impliquée dans son élaboration et sa mise en œuvre pendant plusieurs années, ayant pieds et mains dans l'action et la décision, j'ai effectué ici un travail plus solitaire d'analyse documentaire et de quête théorique ; j'ai 'cherché' différemment. Ma conception du *frame* a évolué avec le temps. J'ai pris conscience de mes préconceptions de départ davantage 'cognitives' sur cet objet (Braun, 2015; Dewulf et al., 2009; Gilbert et al., 2009), et j'ai conçu une autre manière d'appréhender les *frames* au fil de mes lectures.

Je vois trois principales forces à cette thèse. D'abord, la thèse contribue au renforcement d'une vision sociale sur la mise à l'échelle en conceptualisant les *frames* comme l'expansion d'un réseau d'acteurs, et articulant dans un même cadre les perspectives des *frames*, de la TAR, et de la sociologie des instruments politiques. Je crois que ce cadre théorique peut être fertile pour réfléchir

à ces processus de ‘manière sociale’ et y apporter un nouvel éclairage. Cette articulation théorique suggère en outre de réfléchir différemment et dépasser les limites des deux conceptions distinctes de *frames* (comme ‘représentation’ et comme ‘interaction’) qui sont associés dans la littérature à des paradigmes de recherche relativement incompatibles (Braun, 2015; Dewulf et al., 2009).

Ensuite, la thèse contribue de manière large à la littérature de santé publique qui s’intéresse à l’évolution d’innovations prenant la forme de programmes, avec une approche critique de *frames* encore peu exploitée pour cela. Cette étude sur les *frames* comme représentations alimente aussi plus généralement la littérature de *framing* en rapport à l’objet ‘programme public’. Enfin, à partir d’un cas de mise à l’échelle pertinent pour la promotion de la santé, l’étude trace spécifiquement certains repères théoriques et méthodologiques pour l’analyse de *frames* comme ‘représentation’ pour ce type d’innovations dans la mise à l’échelle. L’étude illustre que les *frames* comme ‘représentations’ peuvent être un outil utile pour y expliciter les contenus des innovations et leurs transformations. Mobilisés dans un dialogue critique constructif (Creed et al., 2002), les *frames* pourraient permettre de réfléchir *avec* la santé publique (Mykhalovskiy et al., 2019) à des actions intersectorielles et des ‘zones de vigilance’ à développer en rapport aux ISS et à l’équité.

La thèse présente d’autre part plusieurs limites, qui doivent être situées dans le contexte de la nature de ce projet de recherche. Cette thèse de nature qualitative s’intéresse aux sens créés par les acteurs sociaux, aux perspectives changeantes sur des questions sociales et au rôle des valeurs à cet égard (Bacchi, 2016; Wagenaar, 2015). Pour Merriam (2009), toute forme de recherche qualitative est sous-tendue par un certain ‘constructionnisme’, qui est caractérisé par l’importance du langage et des relations au regard des productions humaines. Le constructionnisme ne conçoit pas de vérité ‘objective’, mais envisage celle-ci comme le résultat de relations sociales. Dans cette perspective, le sens n’est pas ‘inhérent’ aux faits étudiés ou ‘découvert’; il est plutôt construit par les êtres humains lorsqu’ils ‘s’engagent dans le monde qu’ils interprètent’ (traduction libre de Crotty 1998, cité dans Merriam, 2009). Le chercheur qui oriente son attention vers les sens et interprétations associés aux expériences et à la construction du monde social, *construit* lui-même les faits étudiés au travers de ses interprétations et de celles des acteurs impliqués (Merriam, 2009).

L’adoption d’une posture critique sur les politiques et programmes publics, qui interroge leur sens et met en lumière certains schémas d’interprétation ‘sous-jacents’ (Braun, 2015; Van Hulst et Yanow, 2016; Wagenaar, 2015), peut être utile en favorisant la réflexivité à leur égard (Fassin,

2009; Mykhalovskiy et al., 2019). Par des échanges sur ses productions avec les acteurs concernés par les interventions, le chercheur peut contribuer à identifier des contradictions et favoriser cette réflexivité (Fassin, 2009; Mykhalovskiy et al., 2019) à propos des constructions sociales que sont les cadres de programme (Bacchi, 2016; Lascoumes et Le Galès, 2007; Prior, 2011). En questionnant les relations et dynamiques de pouvoir, la recherche qualitative de type critique peut mettre au défi le statut quo et transformer certains rapports sociaux inéquitables (Merriam, 2009; Wagenaar, 2015), d'autant plus si les actions de recherche s'engagent avec les acteurs à la construction de nouveaux rapports plus équitables (Braun, 2015; Mykhalovskiy et al., 2019).

Ainsi, la première limite est liée au fait que je n'aie pas exploité et mis en action' ce 'nouvel outil' d'analyse et de réflexion que représente le concept de *frame* : les résultats empiriques de l'étude du cas d'Éducation des tout-petits n'ont pas été directement partagés avec les acteurs impliqués dans sa gouvernance. Deux principaux éléments expliquent cela. Premièrement, je voyais au départ de l'étude les *frames* comme des 'représentations' devant être le reflet 'juste' des idées contenues dans les documents, où l'importance de la méthode utilisée dans leur construction prime sur la reconnaissance du rôle du chercheur (ses angles d'analyse, ses valeurs et choix) et du dialogue qu'ils peuvent engendrer (Braun, 2015; Creed et al., 2002). Je ne m'imaginai pas impliquer les acteurs de l'innovation dans le processus d'analyse des documents cadres, ou compléter l'analyse documentaire par des entretiens.⁵⁸ Deuxièmement, il s'agit d'une étude rétrospective et plusieurs des personnes impliquées dans la première et la seconde 'mouture' de l'innovation ont quitté la DRSP au cours du projet;⁵⁹ pour ma part je n'étais pas prête à présenter ces résultats avant leur départ. Je n'ai pas non plus provoqué d'occasion de partage par la suite.

L'absence de partage des résultats avec les acteurs de la mise à l'échelle de l'innovation dans ce projet de recherche a eu pour conséquence de diminuer la pertinence pratique de l'étude et de limiter la portée des résultats à un auditoire de santé publique essentiellement scientifique. Un partage avec les praticiens et décideurs engagés dans la mise à l'échelle de cette innovation aurait permis de développer la réflexivité face aux conséquences de transformations de la manière d'y envisager le problème et la solution. Cela aurait aussi pu éveiller chez ceux-ci certains réflexes de vigilance au regard de processus similaires pour d'autres types d'innovations, ou à l'égard de

⁵⁸ Je prévoyais à l'origine reconstituer le processus de construction du cadre du Programme principalement sur la base de données secondaires disponibles, faisant alors aussi appel aux acteurs concernés.

⁵⁹ Principalement pour départ à la retraite.

l'avenir de l'innovation Éducation des tout-petits elle-même. Il pourrait être intéressant d'échanger à ce sujet avec les porteurs actuels de l'innovation à partir d'une présentation adaptée des résultats critiques de *frames* qui pourrait faciliter les échanges. Pour le moment, je vise à publier les résultats du cas d'Éducation des tout-petits dans les revues scientifiques mentionnées au chapitre 5, à l'intention de chercheurs et de décideurs de santé publique qui pourraient y voir certains éclairages utiles pour des cas de mise à l'échelle similaires (et possiblement aussi plus largement pour l'action reliée aux ISS et à l'équité).

Une deuxième limite importante de la thèse est liée au fait que je n'y ai pas exploré l'utilité d'une approche 'interactionnelle' aux *frames*. Ce type d'approche offre un potentiel particulièrement intéressant pour s'engager avec les acteurs dans une démarche qui vise à mettre en lumière des schémas d'interprétation communs en construction. L'articulation théorique développée au chapitre 3 suggère une complémentarité et une utilité différente des *frames* en tant que 'représentations' ou 'interactions', et la possibilité de naviguer entre les deux approches ; aller des représentations aux 'interactions' pourrait permettre de mieux comprendre la pertinence d'étudier la construction du sens des questions de santé et de leurs 'solutions' intersectorielles dans la gouvernance des processus de mise à l'échelle.

Par ailleurs, j'ai uniquement appliqué dans cette thèse une approche représentationnelle aux *frames* en rapport aux documents cadres de l'innovation portée à l'échelle. Si ce choix est justifié par le statut 'd'instrument politique' de ces documents (Larouche et al., 2021), il pourrait être intéressant de mener ce type d'analyse de *frames* à partir d'entretiens avec des acteurs des divers secteurs concernés par la gouvernance des processus de mise à l'échelle. Quoique l'engagement du chercheur dans une telle étude y serait moins important qu'avec une approche interactionnelle, la mobilisation de résultats avec ces acteurs pourrait possiblement favoriser la réflexion et l'ouverture de nouvelles perspectives en rapport à ces processus.

En outre, un seul cas est peu pour juger de l'utilité d'un concept et d'une approche particulière ; d'autres cas devraient être étudiés pour alimenter les connaissances sur les *frames* comme représentations. Des suggestions à ce sujet figurent au prochain chapitre. Enfin, certaines limites qui sont soulevées dans les articles empiriques du chapitre 5 sont liées la construction même des *frames* : contenu limité et administratif des documents cadres, simplification de vision créée par l'analyse de *frames*, recherche spécifique de différences qui peut accroître le contraste entre le

Pilote et le Programme, nature et origine variées des documents complémentaires qui teintent la construction, etc. J'ajoute ici que je n'ai pas analysé de manière explicite les 'identités', 'rôles' et 'relations' au sujet du problème du DJE et de la solution préconisée. La perspective critique gagnerait en profondeur en ancrant davantage l'analyse dans ces concepts mobilisés dans les critiques liées aux inégalités sociales et à l'équité (Bacchi, 2016; Braun, 2015), et qui sont partagés par la TAR (Latour, 2005; Potvin et Clavier, 2012; Potvin et Clavier, 2013) et certaines perspectives du *framing* (Dewulf et al., 2009). Certains développements possibles à cet égard sont présentés au prochain chapitre.

Chapitre 7 – Conclusion

La mise à l'échelle a fait l'objet d'une attention croissante durant les deux dernières décennies, avec un essor considérable des publications à ce sujet dans le domaine de la santé. Cette thèse est bâtie sur le constat de départ que ces processus ont toutefois été étudiés de manière essentiellement technique, malgré des perspectives récentes soulevant l'importance d'y prendre en compte les questions évolutives de *sens* et de valeurs accordés par les acteurs (Côté-Boileau et al., 2019; Shaw et al., 2017; Subramanian et al., 2011). Dans cette thèse, j'ai introduit la nécessité de s'intéresser à la dimension sociale de la mise à l'échelle, et proposé l'ajout de la notion de *frame* à son outillage conceptuel afin d'affronter différemment certains défis liés à l'impact et la pérennité des effets de des innovations portées à l'échelle. La thèse avait pour but d'explorer l'utilité des *frames* au regard de la dynamique sociale de la mise à l'échelle d'innovations de promotion de la santé.

En réponse au premier objectif, qui était de développer une articulation théorique de nature sociale pour la mise à l'échelle intégrant la notion de *frame*, je me suis appuyée sur une perspective de complexité des interventions en tant que réseaux dynamiques d'acteurs pour conceptualiser cet objet au carrefour des courants de recherche de la TAR et du *framing*. L'article théorique, publié dans la revue *Health Promotion International*, a brossé les contours de l'approche proposée. La mise à l'échelle y est envisagée comme l'expansion d'un réseau sociotechnique où le *framing* des questions de santé évolue au travers des relations entre acteurs. Deux approches distinctes et complémentaires aux *frames* y sont décrites, comme 'représentations' ou comme 'interactions'. L'exemple final de l'article illustre plus particulièrement l'approche interactionnelle et son utilité potentielle pour comprendre l'évolution du sens accordé aux innovations dans les relations du réseau en expansion et consolidation de la mise à l'échelle.

Le second objectif de la thèse consistait à explorer l'utilité des *frames* comme 'représentations' pour documenter l'évolution du contenu d'une innovation au cours de sa mise à l'échelle au regard a) du 'problème' et b) de la solution préconisée. En mobilisant un cas instrumental concernant le développement de jeunes enfants socialement désavantagés, j'ai analysé de manière critique la capacité des *frames* à soutenir l'action du programme à l'échelle sur les inégalités sociales de DJE et l'équité. En continuité avec la sociologie des instruments d'action publique, j'ai envisagé les

cadres de référence du projet pilote et du programme à l'échelle Éducation des tout-petits (et leurs documents de référence) comme des objets 'implicitement théorisants' qui véhiculent certaines conceptions 'cristallisées' des acteurs relatives au problème et à la solution, et reflètent les changements de cette innovation à caractère intersectoriel.

Dans les deux articles empiriques présentés au chapitre 5, je me suis intéressée aux *frames* du cas d'Éducation des tout-petits relatifs au 'problème' du DJE (1^{er} article) et à la solution éducative préconisée (2^{ème} article). Pour le DJE, la construction et l'analyse critique des différences de *frames* du Programme à l'échelle en rapport au Pilote met en lumière, parallèlement à une préoccupation accrue d'incidence populationnelle globale, un certain 'dérage' vers le niveau individuel des problèmes ; mais également des préoccupations accrues d'accès des enfants défavorisés à des milieux éducatifs de qualité. De manière cohérente avec les frames du DJE, le *frame* de la solution éducative préconisée du Programme a un caractère davantage préventif et normatif de soutien précoce en prévention des problèmes de développement et de comportement des enfants, pour lesquels les enfants en situation socio-économique défavorisée sont particulièrement à risque. Ceci justifie la formalisation d'ententes spécifiques pour leur accès à des milieux éducatifs de qualité. La différence du *frame* du Programme est discutée par rapport à son approche différente du milieu, davantage axée sur les compétences professionnelles des éducateurs et le support au développement de l'enfant, et au rôle charnière à cet égard de la notion de vulnérabilité. Ce *frame* illustre une capacité mitigée du Programme à l'échelle à agir sur les inégalités sociales de DJE et l'équité développementale, malgré la considération de besoins spécifiques des enfants en situation socio-économique défavorisée.

Dans cette thèse, les changements de *frames* d'innovations complexes de promotion de la santé sont théorisés comme le produit de la dynamique sociale des processus de mise à l'échelle. L'étude du cas d'Éducation des tout-petits montre que les *frames* peuvent être utiles pour expliciter les contenus et transformations de contenus des innovations dans la mise à l'échelle au regard des ISS et de l'équité, particulièrement s'ils sont mobilisés pour entamer un dialogue constructif avec les acteurs concernés ; mais ils ne permettent pas d'influencer cette dynamique de manière directe. Une approche interactionnelle aux *frames* pourrait possiblement permettre de le faire (Braun, 2015; Larouche et al., 2021). L'articulation théorique qui conjugue les perspectives des *frames* avec celles de la TAR et de la sociologie des instruments d'action publique offre des avenues à cet égard.

La thèse contribue de manière théorique à la littérature de santé publique, mise à l'échelle et *framing*, en apportant des précisions sur les particularités des *frames* (types, liens, structure de *frames*) comme représentations d'interventions complexes de promotion de la santé ; en montrant que les *frames* permettent d'explicitier et caractériser l'évolution des contenus d'innovations complexes dans la mise à l'échelle (et plus largement); en associant l'utilité des *frames* au caractère critique de l'analyse, qui permet de jauger la capacité ou non des *frames* à soutenir l'action de promotion de la santé, et les conséquences de leur évolution ; et en soulignant la nécessité de positionnement de l'analyste face lui-même (but de l'analyse, valeurs et projet éthique, public cible) et aux acteurs de l'innovation (rapport et dialogue constructif) pour l'amélioration des pratiques de santé publique.

Par ailleurs, quelques pistes de recherche peuvent être envisagées pour enrichir cette approche représentationnelle critique aux *frames* au sujet d'innovations de promotion de la santé. D'abord, d'autres cas devraient être étudiés, dans d'autres contextes et phases de mise à l'échelle, et pour d'autres types d'innovations. Certaines méthodes de collecte (questionnaires, entretiens individuels, groupes de discussion) pourraient également être associées à l'analyse de *frames* de documents cadres pour recueillir des points de vue divergents sur les innovations et promouvoir le dialogue critique avec les acteurs impliqués dans la gouvernance de la mise à l'échelle.

Certains éclairages théoriques particuliers sur les *frames* devraient également être envisagés pour systématiser l'analyse à l'égard des ISS et de l'équité. Par exemple, il pourrait être utile d'utiliser les éclairages théoriques de Dewulf et collaborateurs (2009) pour la construction et l'analyse critique de *frames*. Ces perspectives relatives aux négociations organisationnelles, qui intègrent en plus des 'problèmes', les notions d'identités et relations et rôles des acteurs, pourraient permettre une mise en lumière accrue des relations d'exclusion sociale et de domination à l'origine d'ISS. Mettre au jour, dans ces documents, les *a priori* sur la manière dont les acteurs se comportent ou devraient se comporter, pourrait favoriser une critique davantage 'utile' au regard de questions d'ISS et d'équité. Cohérents avec la TAR, ces éclairages sont discutés au sujet d'une approche 'représentationnelle' aux *frames* (par exemple dans les documents cadres balisant certaines phases de mise à l'échelle), mais aussi 'interactionnelle', et pourraient être appliqués à la dynamique temporelle de co-construction de micro-problématisations dans ces processus (Larouche et al., 2021). Combinés avec ceux de la TAR, ces éclairages pourraient permettre de raffiner l'analyse

relative au façonnement des problèmes, identités, rôles et relations⁶⁰ propres aux innovations dans le réseau intersectoriel d'acteurs engagés dans leur mise à l'échelle, particulièrement dans les phases pilotes de ces processus (Nguyen et al., 2020; Thabane et al., 2019), où des controverses sont susceptibles de se produire (Bilodeau, Laurin, et al., 2019; Potvin et al., 2010; Potvin et Clavier, 2013).

Cette thèse est née d'un parcours professionnel où j'ai été confrontée à des réalités sociales difficiles vis-à-vis desquelles je n'ai pas voulu rester impuissante. Face aux besoins criants d'enfants évoluant dans des contextes de vie difficiles, au désarroi de leurs parents et à un système qui me semblait participer à la reproduction d'iniquités, j'ai voulu contribuer à l'innovation et la réflexion sur les actions du système de santé québécois. La manière dont les innovations évoluent lorsqu'on les porte à plus grande échelle est devenue une préoccupation particulière, sans avoir à ce moment suffisamment d'éclairages conceptuels et théorique pour y réfléchir. C'est ce qui m'a amenée à mobiliser le concept de *frame*. Dans la course à obstacles de cette thèse, j'ai évolué avec le *frame*. La thèse a démontré que les *frames* envisagés de manière critique en tant que représentations des contenus des documents cadres des innovations servent à illustrer le produit de la dynamique sociale de la mise à l'échelle, et peuvent être utiles pour expliciter en quoi les contenus des innovations évoluent dans ces processus. Il reste à voir si les *frames* comme 'interactions', conjugués aux perspectives de la TAR, peuvent expliciter *comment* ces contenus évoluent dans la mise à l'échelle d'innovations intersectorielles de promotion de la santé, pour nourrir de manière utile la réflexion sur ces processus.

⁶⁰ Notamment les relations de 'ceux qui gouvernent' avec les individus gouvernés (Lascoumes et Le Galès, 2007)

Références bibliographiques

- Adam, C. et Potvin, L. (2016). Understanding exclusionary mechanisms at the individual level: a theoretical proposal. *Health Promotion International*, 32(5), 778-789.
- Akrich, M., Callon, M., Latour, B. et Monaghan, A. (2002). The key to success in innovation part I: the art of intersement. *International Journal of Innovation Management*, 6(02), 187-206.
- Araya, R., Alvarado, R., Sepulveda, R. et Rojas, G. (2012). Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*, 32(3), 234-240.
- Aronowitz, R. (2008). Framing disease: an underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science and Medicine*, 67(1), 1-9.
- Bacchi, C. (2016). Problematizations in health policy: questioning how “problems” are constituted in policies. *SAGE Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>
- Bacchi, C. et Goodwin, S. (2016). *Poststructural policy analysis: A guide to practice*. Springer.
- Bales, S. N. et Gilliam, F. D., Jr. (2009). Lessons from the story of early child development: domain decisions and framing youth development. *New Directions for Youth Development*, 2009(124), 119-134.
- Bateson, G. (1955). A theory of play and fantasy. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39-51.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & education*, 14(2), 90-95.
- Baum, F. et Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health and Illness*, 36(2), 213-225.
- Bégin, H. M., Eggertson, L. et Macdonald, N. (2009). A country of perpetual pilot projects. *Canadian Medical Association Journal*, 180(12), 1185-1185.

- Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y. et Martínez, J. M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(3), 286-291.
- Benatar, S. (2016). Politics, power, poverty and global health: systems and frames. *International journal of health policy and management*, 5(10), 599.
- Benford, R. D. et Snow, D. A. (2000). Framing processes and social movements: An overview and assessment. *Annual Review of Sociology*, 26, 611-639.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y. et Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65(9), 1839-1852.
- Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D. et Chabot, P. (2004). L'exigence démocratique de la planification participative: le cas de la santé publique au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 50-65.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. et Potvin, L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on Actor-network theory. *Sociology of Health and Illness*, 41(1), 165-179.
- Bilodeau, A., Laurin, I., Clavier, C., Rose, F. et Potvin, L. (2019). Multi-Level Issues in Intersectoral Governance of Public Action: Insights from the Field of Early Childhood in Montreal (Canada) [Multi-level issues in intersectoral governance of public action: Insights from the field of early childhood in Montreal (Canada)]. *Journal of Innovation Economics & Management*, 30(3), 163-190. <https://doi.org/10.3917/jie.pr1.0047>
- Bilodeau, A., Laurin, I., Giguère, N. et Potvin, L. (2017). Understanding the challenges of intersectoral action in public health through a case study of early childhood programmes and services. *Critical Public Health*, 1-12.
- Bilodeau, A. et Potvin, L. (2016). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promotion International*, 33(1), 173-181. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw062>

- Bisset, S., Daniel, M. et Potvin, L. (2009). Exploring the Intervention—Context Interface A Case From a School-Based Nutrition Intervention. *American Journal of Evaluation*, 30(4), 554-571.
- Bisset, S. et Potvin, L. (2007). Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. *Health Education Research*, 22(5), 737-746. <http://her.oxfordjournals.org/content/22/5/737.full.pdf>
- Bisset, S., Potvin, L. et Daniel, M. (2013). The adaptive nature of implementation practice: Case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation and Program Planning*, 39, 10-18.
- Bisset, S., Tremblay, M.-C., Wright, M. T., Poland, B. et Frohlich, K. (2017). Can reflexivity be learned? An experience with tobacco control practitioners in Canada. *Health Promotion International*, 32(1), 167-176.
- Borvil, A. D., Kishchuk, N. et Potvin, L. (2018). The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *International journal of public health*, 63(3), 429-430.
- Braun, K. (2015). Between representation and narration: analysing policy frames. Dans F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová et M. Orsini (dir.), *Handbook of Critical Policy Studies* (p. 441-461). Edward Elgar Publishing.
- Breton, E. (2016). A sophisticated architecture is indeed necessary for the implementation of health in all policies but not enough: Comment on " understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities". *International journal of health policy and management*, 5(6), 383.
- Breton, E. et De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promotion International*, 26(1), 82-90.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J.-L. (2009). Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: challenges in combining population and organization perspectives. *Healthcare Policy*, 4(3), e159.

- Britto, P. R. et Ulkuer, N. (2012). Child Development in Developing Countries: Child Rights and Policy Implications. *Child Development*, 83(1), 92-103. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01672.x>
- Broer, T., Nieboer, A. P. et Bal, R. A. (2010). Opening the black box of quality improvement collaboratives: an Actor-Network theory approach. *BMC Health Services Research*, 10(1), article no. 265.
- Brousselle, A. et Buregeya, J.-M. (2018). Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. *Evaluation*, 24(2), 153-168.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes* (2^e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, A. D., Colville, I. et Pye, A. (2015). Making sense of sensemaking in organization studies. *Organization studies*, 36(2), 265-277.
- Brown, T. M. et Fee, E. (2011). Carl E. Taylor,(1916–2010): A Beloved Pioneer in International Health. *American Journal of Public Health*, 101(7), 1216-1216.
- Brown, V., Huong, T., Miranda, B., Rachel, L. et Marj, M. (2020). A narrative review of economic constructs in commonly used implementation and scale-up theories, frameworks and models. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1-11.
- Browne, J., de Leeuw, E., Gleeson, D., Adams, K., Atkinson, P. et Hayes, R. (2017). A network approach to policy framing: A case study of the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan. *Social Science and Medicine*, 172, 10-18.
- Bulthuis, S. E., Kok, M. C., Raven, J. et Dieleman, M. A. (2019). Factors influencing the scale-up of public health interventions in low- and middle-income countries: a qualitative systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 35(2), 219-234. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz140>
- Cacciatore, M. A., Scheufele, D. A. et Iyengar, S. (2016). The end of framing as we know it... and the future of media effects. *Mass Communication and Society*, 19(1), 7-23.

- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 169-208.
- Callon, M. et Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*, (2), 37-44.
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V. et Alla, F. (2013). A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, 13(1), 1184.
- Cambon, L., Ridde, V. et Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'*evidence-based health promotion* dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(4), 277-283.
- Canadian Medical Association. (2004). La Cochrane Collaboration à 10 ans: réalisations et défis. *171(7)*, 703.
- Card, J. J., Solomon, J. et Cunningham, S. D. (2011). How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health promotion practice*, 12(1), 25-35.
- Carey, G. et Crammond, B. (2017). A glossary of policy frameworks: the many forms of 'universalism' and policy 'targeting'. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(3), 303-307.
- Carey, G., Malbon, E., Crammond, B., Pescud, M. et Baker, P. (2017). Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? *Health Promotion International*, 32(4), 755-761.
- Cavallera, V., Tomlinson, M., Radner, J., Coetzee, B., Daelmans, B., Hughes, R., Pérez-Escamilla, R., Silver, K. L. et Dua, T. (2019). Scaling early child development: what are the barriers and enablers? *Archives of Disease in Childhood*, 104(Suppl 1), S43-S50.
- Chambers, R. (2006, 1989). Vulnerability, coping and policy (editorial introduction). *Institute of Development Studies Bulletin*, 37(4), 33-40.

- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (2011a). L'analyse stratégique. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes (2ème édition)* (p. 105-115). Les Presses de l'Université de Montréal
- Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (2011b). L'analyse logique. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes (2ème édition)* (p. 117-126). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Charif, A. B., Zomahoun, H. T. V., LeBlanc, A., Langlois, L., Wolfenden, L., Yoong, S. L., Williams, C. M., Lépine, R. et Légaré, F. (2017). Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care: a systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 139.
- Chen, S.-F. S., Monroe, K. B. et Lou, Y.-C. (1998). The effects of framing price promotion messages on consumers' perceptions and purchase intentions. *Journal of Retailing*, 74(3), 353-372.
- Chisholm, D., Flisher, A. J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., Thornicroft, G. et Tomlinson, M. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*, 370(9594), 1241-1252.
- Chong, D. et Druckman, J. N. (2007a). Framing theory. *Annual Review of Political Science*, 10, 103-126.
- Chong, D. et Druckman, J. N. (2007b). A theory of framing and opinion formation in competitive elite environments. *Journal of Communication*, 57(1), 99-118.
- Chopra, M. et Ford, N. (2005). Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International*, 20(4), 383-390.
- Clarke, J. N. et Everest, M. M. (2006). Cancer in the mass print media: fear, uncertainty and the medical model. *Social Science and Medicine*, 62(10), 2591-2600.

- Clavier, C. et de Leeuw, E. (2013). Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive. *Health promotion and the policy process*, 1, 3-24.
- Contandriopoulos, A.-P. (1999). La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. *RUPTURES: REVUE TRANSDISCIPLINAIRE EN SANTE*, 6(2), 174-191.
- Cornelissen, J. P. et Werner, M. D. (2014). Putting framing in perspective: A review of framing and frame analysis across the management and organizational literature. *Academy of Management Annals*, 8(1), 181-235.
- Côté-Boileau, É., Denis, J.-L., Callery, B. et Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 84.
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frolich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., Campbell, R., Cummins, S., Edwards, N., Hunt, K. et Kee, F. (2018). Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research.
- Creed, W. D., Langstraat, J. A. et Scully, M. A. (2002). A picture of the frame: Frame analysis as technique and as politics. *Organizational research methods*, 5(1), 34-55.
- Creswell, J. W. (2016). *30 essential skills for the qualitative researcher*. Sage Publications.
- Daelmans, B., Darmstadt, G. L., Lombardi, J., Black, M. M., Britto, P. R., Lye, S., Dua, T., Bhutta, Z. A. et Richter, L. M. (2017). Early childhood development: the foundation of sustainable development. *The Lancet*, 389(10064), 9-11.
- de Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health*, 38, 329-349.
- De Leeuw, E., Clavier, C. et Breton, E. (2014). Health policy—why research it and how: health political science. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 1-11.
- De Vreese, C. H. (2005). News framing: Theory and typology. *Information design journal+ document design*, 13(1), 51-62.

- Dewulf, A., Gray, B., Putnam, L., Lewicki, R., Aarts, N., Bouwen, R. et Van Woerkum, C. (2009). Disentangling approaches to framing in conflict and negotiation research: A meta-paradigmatic perspective. *Human Relations*, 62(2), 155-193.
- Dobransky, K. (2009). The good, the bad, and the severely mentally ill: Official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Social Science and Medicine*, 69(5), 722-728.
- Donaldson, E. A., Cohen, J. E., Truant, P. L., Rutkow, L., Kanarek, N. F. et Barry, C. L. (2015). News Media Framing of New York City's Sugar-Sweetened Beverage Portion-Size Cap. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2202-2209.
- Donaldson, S. I. (2012). *Program theory-driven evaluation science: Strategies and applications*. Routledge.
- Dorfman, L., Wallack, L. et Woodruff, K. (2005). More than a message: Framing public health advocacy to change corporate practices. *Health Education and Behavior*, 32(3), 320-336.
- Dupin, C. M., Breton, É., Kivits, J. et Minary, L. (2015). Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique [Reflections on the evaluation and funding of complex public health interventions]. *Santé Publique*, 27(5), 653-657. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0653>
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., Ntulo, C., Thornicroft, G. et Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9802), 1592-1603.
- Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E. et Pill, R. (2001). Presenting risk information a review of the effects of framing and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, 6(1), 61-82.
- Edwards, N. (2010). Scaling-up Health Innovations and Interventions in Public Health: A Brief Review of the Current State of the Science. Dans. Inaugural Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs, Washington, DC, USA.

- Edwards, N. (2013). Scaling up for systems' change. Dans L. Potvin et P. Armstrong (dir.), *Shaping academia for the public good: critical reflections on the CHSRF/CIHR Chair Program* (p. 141-161). University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.
- Edwards, N. et Barker, P. M. (2014). The importance of context in implementation research. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67, S157-S162.
- Ekionea, J. B., Bernard, P. et Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.
- Ensor, T. et Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19(2), 69-79.
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Entman, R. M. (2004). *Projections of power: Framing news, public opinion, and US foreign policy*. University of Chicago Press.
- Everingham, C. R., Heading, G. et Connor, L. (2006). Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1745-1756.
- Fassin, D. (2009). Une science sociale critique peut-elle être utile? *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (09), 199-211.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. d. S. M., Samico, I., Medina, M. G., de Sa, R. F. et Potvin, L. (2016). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health*, 62(2), 1-10.
- Finlay, L. (2008). *Reflecting on 'Reflective practice'*. The Open University. <https://ncsce.net/wp-content/uploads/2016/10/Finlay-2008-Reflecting-on-reflective-practice-PBPL-paper-52.pdf>

- Fischer, F., Torgerson, D., Durnová, A. et Orsini, M. (2015a). *Handbook of critical policy studies*. Edward Elgar Publishing.
- Fischer, F., Torgerson, D., Durnová, A. et Orsini, M. (2015b). Introduction to critical policy studies. Dans *Handbook of critical policy studies* (p. 1-24). Edward Elgar Publishing.
- Fisher, K. (1997). Locating frames in the discursive universe. *Sociological Research Online*, 2(3). <https://www.restore.ac.uk/lboro/resources/links/da.php>
- Flyvbjerg, B. (2014). What you should know about megaprojects and why: An overview. *Project management journal*, 45(2), 6-19.
- Foley, K., Ward, P. et McNaughton, D. (2019). Innovating Qualitative Framing Analysis for Purposes of Media Analysis Within Public Health Inquiry. *Qualitative Health Research*, 29(12), 1810-1822. <https://doi.org/10.1177/1049732319826559>
- Frohlich, K. et Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216.
- Frohlich, K. L., Poland, B. et Shareck, M. (2017). Contrasting entry points for intervention in health promotion practice: situating and working with context. Dans I. Rootman, A. Pederson, K. L. Frohlich et S. Dupéré (dir.), *Health Promotion in Canada* (4th^e éd., p. 106-123). Canadian Scholars
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations *American Journal of Public Health*, 98(2), 1-6.
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. et Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context:: neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1401-1417.
- Gallagher, K. M. et Updegraff, J. A. (2012). Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 101-116.

- Gamson, W. A. (1975). Review of 'Frame Analysis' by Erving Goffman. *Contemporary Sociology*, 4(6), 603-607.
- Gamson, W. A. et Modigliani, A. (1989). Media discourse and public opinion on nuclear power: A constructionist approach. *American journal of sociology*, 95(1), 1-37.
- Garvin, T. et Eyles, J. (2001). Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of Sun Safety in Australia, Canada and England. *Social Science and Medicine*, 53(9), 1175-1189.
- Gattuso, S., Fullagar, S. et Young, I. (2005). Speaking of women's 'nameless misery': The everyday construction of depression in Australian women's magazines. *Social Science and Medicine*, 61(8), 1640-1648.
- Ghiron, L., Shillingi, L., Kabiswa, C., Ogonda, G., Omimo, A., Ntabona, A., Simmons, R. et Fajans, P. (2014). Beginning with sustainable scale up in mind: initial results from a population, health and environment project in East Africa. *Reproductive Health Matters*, 22(43), 84-92.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Univ of California Press.
- Gilbert, C. et Henry, E. (2012). La définition des problèmes publics: entre publicité et discrétion. *Revue française de sociologie*, 53(1), 35-59.
- Gilbert, C., Henry, E. et Bourdeaux, I. (2009). Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes. *Recherches/Territoires du politique*, 7-33.
- Gilliam Jr, F. D. et Bales, S. N. (2001). Strategic frame analysis: Reframing America's youth. *Social Policy Report*, 15(3), 3-14.
- Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P. et Lehmann, U. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 30.

- Gilson, L. et Schneider, H. (2010). Commentary: Managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25(2), 97-98.
- Gitlin, T. (1980). *The whole world is watching: Mass media in the making and unmaking of the new left* (First Edition^e éd.). University of California Press, Berkeley, CA.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. et Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M. et Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.
- Goldman, H. H. et Grob, G. N. (2006). Defining 'mental illness' in mental health policy. *Health Affairs*, 25(3), 737-749.
- Gollust, S. E. et Lantz, P. M. (2009). Communicating population health: print news media coverage of type 2 diabetes. *Social Science and Medicine*, 69(7), 1091-1098.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.009>
- Gollust, S. E., Lantz, P. M. et Ubel, P. A. (2009). The polarizing effect of news media messages about the social determinants of health. *Journal Information*, 99(12).
- Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2476-2488.
- Graham, H. (2004). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1), 115-131.

- Gray, S. M., McKay, H. A., Hoy, C. L., Lau, E., Ahn, R., Lusina-Furst, S. et Sims-Gould, J. (2020). Getting Ready for Scale-Up of an Effective Older Adult Physical Activity Program: Characterizing the Adaptation Process. *Prevention Science*, 21(3), 355-365.
- Greenhalgh, T. (2004). Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. *BMJ*, 328(7438), 529.
- Greenhalgh, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, P., Hinder, S. et Rouncefield, M. (2015). What is quality in assisted living technology? The ARCHIE framework for effective telehealth and telecare services. *BMC Medicine*, 13(1), 1-15.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R. et Shaw, S. (2017). Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e367.
- Grégoire, L., Allard, F. et Binet, L. (2000). *Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole: région de Québec*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Grøn, S., Loblay, V., Conte, K. P., Green, A., Innes-Hughes, C., Milat, A., Mitchell, J., Persson, L., Thackway, S. et Williams, M. (2020). Key performance indicators for program scale-up and divergent practice styles: a study from NSW, Australia. *Health Promotion International*, 35(6), 1415-1426.
- Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? Dans C. Jones, M. Moquet et L. Potvin (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 35-51). Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Gupta, A., Thorpe, C., Bhattacharyya, O. et Zwarenstein, M. (2016). Promoting development and uptake of health innovations: The Nose to Tail Tool. *F1000Research*, 5, 361.

- Hawe, P. (2009). The social determinants of health: how can a radical agenda be mainstreamed? *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 291-293.
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307-323.
- Hawe, P., Di Ruggiero, E. et Cohen, E. (2012). Frequently asked questions about population health intervention research. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique*, 103(6), 468-471.
- Hawe, P. et Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), I8-I14.
- Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2004). Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ*, 328(7455), 1561-1563.
- Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3), 267-276.
- Haynes-Lawrence, D. (2008). Home visitors' perceptions of teen mothers: Using qualitative research to explore labeling theory. *Children and Youth Services Review*, 30(12), 1386-1394.
- Hedges, S. (2010). Scale as the Representation of an Idea, the Dream of Architecture and the Unravelling of a Surface. *Interstices: journal of architecture and related arts*.
<https://doi.org/10.24135/IJARA.V0I0.382>
- Igras, S., Sinai, I., Mukabatsinda, M., Ngabo, F., Jennings, V. et Lundgren, R. (2014). Systems approach to monitoring and evaluation guides scale up of the Standard Days Method of family planning in Rwanda. *Global Health: Science and Practice*, 2(2), 234-244.
- Indig, D., Lee, K., Grunseit, A., Milat, A. et Bauman, A. (2017a). Pathways for scaling up public health interventions. *BMC Public Health*, 18(1), 68.

- Indig, D., Lee, K., Grunseit, A., Milat, A. et Bauman, A. (2017b). Pathways for scaling up public health interventions. *BMC Public Health*, 18(1), article no. 68.
- Jacobs, L. R. et Mettler, S. (2011). Why public opinion changes: the implications for health and health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(6), 917-933.
<https://doi.org/10.1215/03616878-1460515>
- Japel, C., Tremblay, R. E. et Côté, S. (2005). Quality counts! *Choices*, 11, 5.
- Jayasinghe, S. (2011). Conceptualising population health: from mechanistic thinking to complexity science. *Emerging themes in epidemiology*, 8(1), 1-7.
- Johns, B. et Torres, T. T. (2005). Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 20(1), 1-13.
- Juneau, C.-E., Jones, C. M., McQueen, D. V. et Potvin, L. (2011). Promotion de la santé basée sur des données probantes: un domaine émergent. *Global Health Promotion*, 18(1), 122-133.
- Kahneman, D. et Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 263-291.
- Kahneman, D. et Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341-350.
- Katikireddi, S. V., Higgins, M., Smith, K. E. et Williams, G. (2013). Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *67(9)*, 715-716.
- Katz, A. S., Hardy, B.-J., Firestone, M., Lofters, A. et Morton-Ninomiya, M. E. (2019). Vagueness, power and public health: use of ‘vulnerable’ in public health literature. *Critical Public Health*, 1-11.
- Khayatzadeh-Mahani, A., Ruckert, A. et Labonté, R. (2017). Obesity prevention: co-framing for intersectoral ‘buy-in’. *Critical Public Health*, 28(1), 4-11.

- Kiendrébéogo, J. A., De Allegri, M. et Meessen, B. (2020). Policy learning and Universal Health Coverage in low-and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1-10.
- Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S. et Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science*, 2(1), 42.
- King, W. R. et Kugler, J. L. (2000). The impact of rhetorical strategies on innovation decisions: An experimental study. *Omega*, 28(5), 485-499.
- Koenig, T. (2006). Compounding mixed-methods problems in frame analysis through comparative research. *Qualitative research*, 6(1), 61-76.
- Kohatsu, N. D., Robinson, J. G. et Torner, J. C. (2004). Evidence-based public health: an evolving concept. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5), 417-421.
- Koon, A. D., Hawkins, B. et Mayhew, S. H. (2016). Framing and the health policy process: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 31(6), 801-816.
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. et Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995.
- Kripke, K., Reed, J., Hankins, C., Smiley, G., Laube, C. et Njeuhmeli, E. (2016). Impact and cost of scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in the context of the new 90-90-90 HIV treatment targets. *PloS One*, 11(10), e0155734.
- Krishnamurthy, P., Carter, P. et Blair, E. (2001). Attribute framing and goal framing effects in health decisions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 85(2), 382-399.
- Krumholz, A. R., Stone, A. E., Dalaba, M. A., Phillips, J. F. et Adongo, P. B. (2015). Factors facilitating and constraining the scaling up of an evidence-based strategy of community-

- based primary care: management perspectives from northern Ghana. *Global public health*, 10(3), 366-378.
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A. et Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*, 10(1), 153.
- Langer, E. M., Gifford, A. L. et Chan, K. (2011). Comparative logic modeling for policy analysis: the case of HIV testing policy change at the Department of Veterans Affairs. *Health Services Research*, 46(5), 1628-1645.
- Lanham, H. J., Leykum, L. K., Taylor, B. S., McCannon, C. J., Lindberg, C. et Lester, R. T. (2013). How complexity science can inform scale-up and spread in health care: understanding the role of self-organization in variation across local contexts. *Social Science and Medicine*, 93, 194-202.
- Larouche, A., Bilodeau, A., Laurin, I. et Potvin, L. (2021). Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity. *Health Promotion International*.
- Larouche, A., Laurin, I. et Potvin, L. (Art. 1). Scaling up a population health innovation for socially disadvantaged early childhood development: pitfalls and promises related to changes in ‘problem’ frames.
- Larouche, A., Laurin, I. et Potvin, L. (Art. 2). Écueils et promesses de la mise à l’échelle d’une innovation pour la petite enfance socialement défavorisée : analyse des *frames* de la stratégie éducative intersectorielle.
- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité: de la critique de l’État aux technologies du pouvoir. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, (13-14).
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2005). Introduction: L'action publique saisie par ses instruments. Dans P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments* (p. 11-44). Presses de Sciences Po, « Académique ».

- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2007). Introduction: understanding public policy through its instruments—from the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1-21.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social - An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press.
- Leeuw, E. d., McNess, A., Crisp, B. et Stagnitti, K. (2008). Theoretical reflections on the nexus between research, policy and practice.
- Lehoux, P., Daudelin, G., Hivon, M., Miller, F. A. et Denis, J. L. (2014). How do values shape technology design? An exploration of what makes the pursuit of health and wealth legitimate in academic spin-offs. *Sociology of Health and Illness*, 36(5), 738-755.
- Lehoux, P., Miller, F. A., Daudelin, G. et Denis, J.-L. (2017). Providing value to new health technology: the early contribution of entrepreneurs, investors, and regulatory agencies. *International journal of health policy and management*, 6(9), 509.
- Levin, I. P., Gaeth, G. J., Schreiber, J. et Lauriola, M. (2002). A new look at framing effects: Distribution of effect sizes, individual differences, and independence of types of effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 88(1), 411-429.
- Levin, I. P., Schneider, S. L. et Gaeth, G. J. (1998). All frames are not created equal: A typology and critical analysis of framing effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(2), 149-188.
- Li, V., Carter, S. M. et Rychetnik, L. (2015). Evidence valued and used by health promotion practitioners. *Health Education Research*, 30(2), 193-205.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. *The Sage handbook of qualitative research*, 4(2), 97-128.
- Lippman, A. (1991). Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities. *American Journal of Law and Medicine*, 17, 15-50.

- Little, M. (1998). Assignments of meaning in epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47(9), 1135-1145.
- Littman, M. L., Cassandra, A. R. et Kaelbling, L. P. (1995). Learning policies for partially observable environments: Scaling up. Dans *Machine Learning Proceedings 1995* (p. 362-370). Elsevier.
- Lloyd, B. et Dumbrell, S. (2011). Modifying the food supply at a community swimming pool: a case study. *Health Promotion Journal of Australia*, 22(1), 22.
- Lloyd, B. et Hawe, P. (2003). Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1783-1795.
- Longtin, M., Richard, L. et Bisailon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en Soins Infirmiers*, (4), 4-15.
- Lundblad, J. P. (2003). A review and critique of Rogers' diffusion of innovation theory as it applies to organizations. *Organization Development Journal*, 21(4), 50.
- Lyytinen, K. et Damsgaard, J. (2001). What's wrong with the diffusion of innovation theory? Dans. Working conference on diffusing software product and process innovations.
- MacDonald, B., Gibson, A.-M., Janssen, X., Hutchinson, J., Headley, S., Matthews, T. et Kirk, A. (2020). Should we scale-up? A mixed methods process evaluation of an intervention targeting sedentary office workers using the RE-AIM QuEST framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 239.
- Mah, C. L., Hamill, C., Rondeau, K. et McIntyre, L. (2014). A frame-critical policy analysis of Canada's response to the World Food Summit 1998–2008. *Archives of Public Health*, 72(1), 1-7.
- Maher, T. M. (2001). Framing: An emerging paradigm or a phase of agenda setting. *Framing public life: Perspectives on media and our understanding of the social world*, 83-94.

- Mangham, L. J. et Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25(2), 85-96.
- Matthes, J. et Kohring, M. (2008). The content analysis of media frames: Toward improving reliability and validity. *Journal of Communication*, 58(2), 258-279.
- McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M. et Barry, C. L. (2014). News media framing of serious mental illness and gun violence in the United States, 1997-2012. *American Journal of Public Health*, 104(3), 406-413.
- McInnes, C. et Lee, K. (2012). Framing and global health governance: Key findings. *Global Public Health*, 7(sup2), S191-S198.
- McIntyre, L., Patterson, P. B. et Mah, C. L. (2018). A framing analysis of Canadian household food insecurity policy illustrates co-construction of an intractable problem. *Critical Policy Studies*, 12(2), 149-168.
- McLaren, L., Masuda, J., Smylie, J. et Zarowsky, C. (2020). Unpacking vulnerability: towards language that advances understanding and resolution of social inequities in public health. *Canadian Journal of Public Health*, 111(1), 1-3.
- McLaren, L. et McIntyre, L. (2014). Conceptualizing child care as a population health intervention: can a strong case be made for a universal approach in Canada, a liberal welfare regime? *Critical Public Health*, 24(4), 418-428.
- McLeroy, K. R., Steckler, A. B., Simons-Morton, B., Goodman, R. M., Gottlieb, N. et Burdine, J. N. (1993). Social science theory in health education: time for a new model? *Health Education Research*, 8(3), 305-312.
- McQueen, D. V. (2000). Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promotion International*, 15(2), 95-97.
- McQueen, D. V. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 16(3), 261-268.

- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (Second edition^e éd.). Jossey-Bass.
- Milat, A. J., Bauman, A. et Redman, S. (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, *10*(1), 113.
- Milat, A. J., King, L., Bauman, A. et Redman, S. (2011). Scaling up health promotion interventions: an emerging concept in implementation science. *Health Promotion Journal of Australia*, *22*, 238.
- Milat, A. J., King, L., Bauman, A. E. et Redman, S. (2013). The concept of scalability: increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. *Health Promotion International*, *28*(3), 285-298.
- Milat, A. J., King, L., Newson, R., Wolfenden, L., Rissel, C., Bauman, A. et Redman, S. (2014). Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners, and researchers. *Health Research Policy and Systems*, *12*, 18.
- Milat, A. J., Newson, R., King, L., Rissel, C., Wolfenden, L., Bauman, A., Redman, S. et Giffin, M. (2016). A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Research and Practice*, *26*(1), e2611604.
- Mills, J., Chapman, Y., Bonner, A. et Francis, K. (2007). Grounded theory: A methodological spiral from positivism to postmodernism. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(1), 72-79.
- Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J. et Potvin, L. (2018). Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *72*(4), 319-323.
- Minkler, M. (2010). Linking science and policy through community-based participatory research to study and address health disparities. *Journal Information*, *100*(S1).
- Morris, G. (2010). New approaches to problem framing in environmental health: application to water. *Public Health*, *124*(11), 607-612. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.08.002>

- Mykhalovskiy, E., Frohlich, K. L., Poland, B., Di Ruggiero, E., Rock, M. J. et Comer, L. (2019). Critical social science with public health: Agonism, critique and engagement. *Critical Public Health*, 29(5), 522-533.
- Naylor, P.-J., McKay, H. A., Valente, M. et Mâsse, L. C. (2016). A mixed-methods exploration of implementation of a comprehensive school healthy eating model one year after scale-up. *Public Health Nutrition*, 19(5), 924-934.
- Nguyen, D. T. K. (2012). Mise à l'échelle des interventions en santé au Canada: nécessité d'un cadre d'évaluation de l'état de préparation. *Sélection Santé - Agence canadienne de santé publique*, 36(2).
- Nguyen, D. T. K. et McIntyre, L. (2015, 25-28 mai). *Scale Up Readiness Assessment Framework: Key elements & actions in the successful scale up of an existing population health intervention* [Communication orale]. Public Health 2015, Vancouver.
- Nguyen, D. T. K., McLaren, L., Oelke, N. D. et McIntyre, L. (2020). Developing a framework to inform scale-up success for population health interventions: a critical interpretive synthesis of the literature. *Global health research and policy*, 5(1), 1-11.
- Niederdeppe, J., Bu, Q., Borah, P., Kindig, D. A. et Robert, S. A. (2008). Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. *Milbank Quarterly*, 86(3), 481-513.
- Nixon, L., Mejia, P., Cheyne, A., Wilking, C., Dorfman, L. et Daynard, R. (2015). “We’re Part of the Solution”: Evolution of the Food and Beverage Industry’s Framing of Obesity Concerns Between 2000 and 2012. *American Journal of Public Health*, 105(11).
- Norton, W. E., McCannon, C. J., Schall, M. W. et Mittman, B. S. (2012). A stakeholder-driven agenda for advancing the science and practice of scale-up and spread in health. *Implementation Science*, 7(1), 118.
- Nyonator, F. K., Awoonor-Williams, J. K., Phillips, J. F., Jones, T. C. et Miller, R. A. (2005). The Ghana community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up

service delivery innovation. *Health Policy and Planning*, 20(1), 25-34.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czi003>

O'Hara, B. J., Phongsavan, P., King, L., Develin, E., Milat, A. J., Eggins, D., King, E., Smith, J. et Bauman, A. E. (2013). 'Translational formative evaluation': critical in up-scaling public health programmes. *Health Promotion International*, 29(1), 38-46.

Ojomo, E., Elliott, M., Goodyear, L., Forson, M. et Bartram, J. (2015). Sustainability and scale-up of household water treatment and safe storage practices: enablers and barriers to effective implementation. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(8), 704-713.

Okeyo, I., Lehmann, U. et Schneider, H. (2020). The impact of differing frames on early stages of intersectoral collaboration: the case of the First 1000 Days Initiative in the Western Cape Province. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 3.

Organisation des Nations Unies. (2014). *Objectifs du Millénaire pour le développement*

<https://www.un.org/fr/millenniumgoals/publications.shtml>

Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*.

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de santé*.

Ortiz, S. E., Zimmerman, F. J. et Gilliam Jr, F. D. (2015). Weighing In: The Taste-Engineering Frame in Obesity Expert Discourse. *American Journal of Public Health*, 105(3), 554-559.

Paina, L. et Peters, D. H. (2012). Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning*, 27(5), 365-373.

Pan, Z. et Kosicki, G. M. (1993). Framing analysis: An approach to news discourse. *Political communication*, 10(1), 55-75.

- Pappa, S., Muralidharan, A., Dayal, R. et Das, M. (2015). Promoting Gender Equality in India: three Approaches to Scale-up. Washington, DC: Futures Group. *Health Policy Project*.
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage.
- Pérez-Escamilla, R., Curry, L., Minhas, D., Taylor, L. et Bradley, E. (2012). Scaling up of breastfeeding promotion programs in low-and middle-income countries: the “breastfeeding gear” model. *Advances in Nutrition*, 3(6), 790-800.
- Pérez-Escamilla, R., Cavallera, V., Tomlinson, M. et Dua, T. (2018). Scaling up Integrated Early Childhood Development programs: lessons from four countries. *Child: Care, Health and Development*, 44(1), 50-61.
- Petticrew, M., Cummins, S., Ferrell, C., Findlay, A., Higgins, C., Hoy, C., Kearns, A. et Sparks, L. (2005). Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119(9), 751-757.
- Pfadenhauer, L., Rohwer, A., Burns, J., Booth, A., Lysdahl, K. B., Hofmann, B., Gerhardus, A., Mozygamba, K., Tummers, M. et Wahlster, P. (2016). *Guidance for the assessment of context and implementation in health technology assessments (HTA) and systematic reviews of complex interventions: the context and implementation of complex interventions (CICI) framework*. <http://www.integrate-hta.eu/downloads/Date>
- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Davies, B., Higuchi, K., Gifford, W., Bajnok, I., McConnell, H., Plenderleith, J., Foster, S. et Bookey-Bassett, S. (2014). Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: a grounded theory study. *Implementation Science*, 9(1), 1-17.
- Pluye, P., Potvin, L. et Denis, J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 99-113.
- Poland, B., Frohlich, K. L. et Cargo, M. (2008). Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. Dans *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas* (p. 299-317). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_17

- Poland, B., Krupa, G. et McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice, 10*(4), 505-516.
- Popay, J. (2006). Whose theory is it anyway? *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(7), 571-572.
- [Record #3418 is using a reference type undefined in this output style.]
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C. et Gatrell, T. (1998). Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness, 20*(5), 619-644.
- Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: more research is needed! *International journal of public health, 57*(1), 5-6.
- Potvin, L., Aumaître, F., Potvin, L., Moquet, M. et Jones, C. (2010). *Les partenariats: espaces négociés de controverses et d'innovations*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Potvin, L. et Clavier, C. (2012). La théorie de l'acteur réseau. Dans F. Aubry et L. Potvin (dir.), *Construire l'espace sociosanitaire* (p. 75-98). Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, L. et Clavier, C. (2013). Actor–network theory: the governance of intersectoral initiatives. Dans C. d. L. Clavier, Evelyne (dir.), *Health Promotion and the Policy Process* (p. 82-103). Oxford University Press.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A. et Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health, 95*(4), 591-595.
- Potvin, L., Haddad, S. et Frohlich, K. L. (2001). Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *WHO regional publications. European series, (92)*, 45.
- Potvin, L. et Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health, 102*(4), 244-248.

- Potvin, L. et McQueen, D. (2008). Practical dilemmas for health promotion evaluation. Dans L. Potvin et D. McQueen (dir.), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas* (p. 25-45). Springer.
- Potvin, L., McQueen, D. M., Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Balbo, L. et Abel, T. (2007). Managing uncertainty through participation. Dans *Health & modernity: the role of theory in health promotion* (p. 103-128). Springer.
- Potvin, L., Ridde, V. et Mantoura, P. (2008). Évaluer l'équité en promotion de la santé. Dans K. L. Frohlich, M. De Koninck et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Prior, L. (2011). Documents in Health Research. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall et R. de Vries (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (p. 417-432). Sage.
- Ramalingam, B., Jones, H., Reba, T. et Young, J. (2008). *Exploring the science of complexity: Ideas and implications for development and humanitarian efforts* (vol. 285). Overseas Development Institute London.
- Raphael, D. et Sayani, A. (2019). Assuming policy responsibility for health equity: local public health action in Ontario, Canada. *Health Promotion International*, 34(2), 215-226.
- Rein, M. et Schön, D. (1996). Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and policy*, 9(1), 85-104.
- Richard, L., Fortin, S. et Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes: description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC. *Santé Publique*, 16(2), 273-285.
- Richard, L., Gauvin, L. et Raine, K. (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*, 32, 307-326.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé: santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion & education*, 14(2), 111-114.

- Rock, M. (2005). Figuring out type 2 diabetes through genetic research: reckoning kinship and the origins of sickness. *Anthropology & Medicine*, 12(2), 115-127.
- Rock, M. J., McIntyre, L., Persaud, S. A. et Thomas, K. L. (2011). A media advocacy intervention linking health disparities and food insecurity. *Health Education Research*, 26(6), 948-960.
- Rod, M. H., Ingholt, L., Bang Sørensen, B. et Tjørnhøj-Thomsen, T. (2014). The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research. *Critical Public Health*, 24(3), 296-307.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. The Free Press.
- Rogers, E. M. (2004). A prospective and retrospective look at the diffusion model. *Journal of health communication*, 9(S1), 13-19.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*. Simon and Schuster.
- Rogers, E. M., Medina, U. E., Rivera, M. A. et Wiley, C. J. (2005). Complex adaptive systems and the diffusion of innovations. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 10(3), 1-26.
- Rogers, P. J. et Weiss, C. H. (2007). Theory-based evaluation: Reflections ten years on: Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New directions for evaluation*, 2007(114), 63-81.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Roszkowski, M. J. et Snelbecker, G. E. (1990). Effects of “framing” on measures of risk tolerance: Financial planners are not immune. *Journal of Behavioral Economics*, 19(3), 237-246.

- Roth, A. L., Dunsby, J. et Bero, L. A. (2003). Framing processes in public commentary on US federal tobacco control regulation [Historical Article]. *Social Studies of Science*, 33(1), 7-44.
- Rychetnik, L., Bauman, A., Laws, R., King, L., Rissel, C., Nutbeam, D., Colagiuri, S. et Caterson, I. (2012). Translating research for evidence-based public health: key concepts and future directions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1187-1192. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200038>
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. et Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7), 538-545.
- Sachs, J. D. (2012). From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*, 379(9832), 2206-2211.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers* (2^e éd.). Sage.
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103-122.
- Scheufele, D. A. et Iyengar, S. (2012). The state of framing research. Dans *The Oxford Handbook of Political Communication*. Oxford.
- Schneider, H., Coetzee, D., Van Rensburg, D. et Gilson, L. (2010). Differences in antiretroviral scale up in three South African provinces: the role of implementation management. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-10.
- Schon, D. A. (1984). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic books.
- Schön, D. A. et Rein, M. (1994). *Frame reflection. Towards the resolution of intractable policy controversies*. Basic Books.

- Schön, D. A., Rein, M. et Hoppe, R. (1996). Frame reflection. Towards the resolution of intractable policy controversies. *Policy Sciences*, 29, 69-72.
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International journal of public health*, 57(1), 25-33.
- Shareck, M., Frohlich, K. L. et Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions—A conceptual framework. *Global health promotion*, 20(2), 39-52.
- Shaw, J., Shaw, S., Wherton, J., Hughes, G. et Greenhalgh, T. (2017). Studying scale-up and spread as social practice: theoretical introduction and empirical case study. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e244.
- Shawar, Y. R. et Shiffman, J. (2017). Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *The Lancet*, 389(10064), 119-124.
- Shiffman, J., Schmitz, H. P., Berlan, D., Smith, S. L., Quissell, K., Gneiting, U. et Pelletier, D. (2016). The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy and Planning*, 31(suppl 1), i110-i123.
- Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K. et Knight, R. (2016). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 26(5), 487-500.
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.
- Simmons, R., Fajans, P. et Ghiron, L. (2007). *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. World Health Organization.
- Smith, B. J., Tang, K. C. et Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.

- Smith, K. E. et Katikireddi, S. V. (2013). A glossary of theories for understanding policymaking. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 198-202.
- Snow, D. A., Rochford Jr, E. B., Worden, S. K. et Benford, R. D. (1986). Frame alignment processes, micromobilization, and movement participation. *American Sociological Review*, 464-481.
- Solar, O. et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO.
- Springett, J. (2010). *Participatory practice: Community-based action for transformative change*. The Policy Press.
- Stake, R. E. (2008). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (3^e éd., vol. 2). Sage.
- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T. et Peters, D. H. (2011). Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC Health Services Research*, 11(1), 336.
- Thabane, L., Cambon, L., Potvin, L., Pommier, J., Kivits, J., Minary, L., Nour, K., Blaise, P., Charlesworth, J. et Alla, F. (2019). Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, 20(1), 309.
- Tremblay, M.-C., Brousselle, A., Richard, L. et Beaudet, N. (2013). Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program. *Evaluation and Program Planning*, 40, 64-73.
- Trickett, E. J., Beehler, S., Deutsch, C., Green, L. W., Hawe, P., McLeroy, K., Miller, R. L., Rapkin, B. D., Schensul, J. J. et Schulz, A. J. (2011). Advancing the science of community-level interventions. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1410.
- Tromp, N., Siregar, A., Leuwol, B., Komarudin, D., van der Ven, A., van Crevel, R. et Baltussen, R. (2016). Cost-effectiveness of scaling up voluntary counselling and testing in West-Java, Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 45(1).

- Tversky, A. et Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211, 453-458.
- United Nations. (2005). *The millennium development goals report 2005*. United Nations Publications.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.
- Uvin, P. (1995). Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Development*, 23(6), 927-939.
- Uvin, P., Jain, P. S. et Brown, L. D. (2000). Think large and act small: Toward a new paradigm for NGO scaling up. *World Development*, 28(8), 1409-1419.
- Van Hulst, M. et Yanow, D. (2016). From policy “frames” to “framing” theorizing a more dynamic, political approach. *The American Review of Public Administration*, 46(1), 92-112.
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J. et Vaughan, J. P. (2004). Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 364(9444), 1541-1548.
- Viswanath, K. et Emmons, K. M. (2006). Message effects and social determinants of health: Its application to cancer disparities. *Journal of Communication*, 56(s1), S238-S264.
- Wagenaar, H. (2015). Transforming perspectives: the critical functions of interpretive policy analysis. Dans *Handbook of Critical Policy Studies* (p. 422-440). Edward Elgar Publishing.
- Walters, L. E. M., Scott, R. E. et Mars, M. (2018). Tele dermatology scale-up frameworks: a structured review and critique. *BMC Health Services Research*, 18(1), 613.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations* (vol. 3). Sage.
- Weiss, C. H. (1997a). How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation review*, 21(4), 501-524.

- Weiss, C. H. (1997b). Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 1997(76), 41-55.
- Weiss, C. H. (2000). Theory-Based Evaluation: Theories of Change for Poverty Reduction Programs. Dans. *Evaluation and Poverty Reduction: Proceedings from a World Bank Conference*.
- Whitehead, M. et Popay, J. (2010). Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Social Science and Medicine*, 71(7), 1234-1236.
- WHO et ExpandNet. (2010a). *Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle*.
- WHO et ExpandNet. (2010b). *Nine steps for developing a scaling-up strategy*.
- Williams, G. H. (2003). The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health and Illness*, 25(3), 131-154.
- Williams, L. et Labonte, R. (2003). Changing health determinants through community action: power, participation and policy. *Promotion & education*, (2), 65-71.
- Woodling, M., Williams, O. D. et Rushton, S. (2012). New life in old frames: HIV, development and the ‘AIDS plus MDGs’ approach. *Global public health*, 7(sup2), S144-S158.
- Yanow, D. (2015). Making sense of policy practices: interpretation and meaning. Dans F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová et M. Orsini (dir.), *Handbook of Critical Policy Studies* (p. 401-421). Edward Elgar Publishing.
- Yates-Doerr, E. (2015). The world in a box? Food security, edible insects, and “one world, one health” collaboration. *Social Science and Medicine*, 129, 106-112.
- Ying, R., Barnabas, R. V. et Williams, B. G. (2014). Modeling the implementation of universal coverage for HIV treatment as prevention and its impact on the HIV epidemic. *Current HIV/AIDS Reports*, 11(4), 459-467.

Yothasamut, J., Putchong, C., Sirisamutr, T., Teerawattananon, Y. et Tantivess, S. (2010).
Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination
advocacy in Thailand. *BMC Health Services Research*, 10(S1), S5.

Zonji, S. (2018). A network for early childhood development. *Annals of the New York Academy
of Sciences*, 1419(1), 20-22.

Annexes

Chapitre 1

Annexe A : Commentaire publié dans la revue *Global Health Promotion*

Annexe B : Droits de publication

Chapitre 3

Annexe A : Article théorique publié dans la revue *Health Promotion International*

Annexe B : Droits de publication

Chapitre 4

Annexe A : Certificat éthique de l'Université de Montréal

Annexe B : Certificat éthique de l'organisation de santé

Chapitre 5

Annexe A : Lexique de codes pour les *frames* du DJE

Annexe B : Lexique de codes pour les *frames* de la solution

Annexe C : Citations pour les *frames* de la solution

Annexe D : Tableau comparatif des solutions Pilote et Programme

Chapitre 1 – Annexe A

Commentaire publié dans la revue *Global Health Promotion*

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

Stimulating innovative research in health promotion

Annie Larouche and Louise Potvin
Global Health Promotion 2013 20: 64
DOI: 10.1177/1757975913490428

The online version of this article can be found at:
<http://ped.sagepub.com/content/20/2/64>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



[International Union for Health Promotion and Education](http://www.iuhpe.org)

Additional services and information for *Global Health Promotion* can be found at:

Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ped.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [Version of Record](#) - Jun 24, 2013

[What is This?](#)

Stimulating innovative research in health promotion

Annie Larouche^{1,2} and Louise Potvin^{1,2}

Abstract: The Global Working Group on Health Promotion Research (GWG HPR) of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) presents a collection of four articles illustrating innovative avenues for health promotion research. This commentary synthesizes the contributions of these articles while attempting to define the contours of research in health promotion. We propose that innovation in research involves the adoption of a reflexive approach wherein consideration of context plays different roles. The reflexive process consists of questioning what is taken for granted in the conceptualization and operationalization of research. It involves linking research findings and its theoretical foundations to characteristics and goals of the field and observed realities, while orienting reflection on specific objects. The reflexive nature of the research activity is of paramount importance for innovation in health promotion. With the publication of this series, the GWG HPR wishes to strengthen health promotion research capacity at the global level and reaffirm health promotion as a specific research domain. (Global Health Promotion, 2013; 20(2): 64–69)

Keywords: health promotion, research, innovation, reflexivity, context

With this collection of articles¹, the IUHPE Global Working Group on Health Promotion Research (GWG HPR) is consolidating a set of activities to promote innovative research in health promotion. This is in line with the IUHPE's work plan and consistent with the conclusions of the special issue of *Global Health Promotion* on evidence in health promotion (1).

Stimulating innovative research in health promotion obviously raises the question of what constitutes innovative research. The purpose of research activity is to advance knowledge, so the contribution of new perspectives is more or less inherent to research. What does the ability to actually innovate depend on? And what exactly constitutes 'innovative' research in health promotion?

Innovative research in health promotion

To innovate means 'introducing something new', 'to avoid imitating past forms' (2). Innovative research implies a change in the way research is conceived and

operationalized. According to some, innovative research and reflexivity are closely linked (3). Continued change requires a critical consciousness of preconceptions that influence the way we conduct our business and constrain our understanding of the world and the development of knowledge (4). Critical thinking allows for the consideration of innovative research practices to better meet the needs and aims of health promotion. Without being necessarily the explicit object of reflection, more fundamental ontological and epistemological issues are at the heart of a reflexive process on research practices and the genesis of innovative avenues of research.

As mentioned in the call for abstracts for this series, the Ottawa Charter (5) defines health promotion as the process by which populations acquire the means of ensuring control over their health and its determinants. Values and principles of equity, participation, empowerment, contextualism and intersectorality are at the heart of the Charter. What characterizes health promotion is also an explicit goal of reducing social

1. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Québec, Canada. Correspondence to: Annie Larouche; a.larouche@umontreal.ca
2. Strategic Training Program in Transdisciplinary Research on Public Health Interventions: Promotion, Prevention and Public Policy (4P), a partnership of the Institute of Population and Public Health and the Institute of Health Services and Policy Research of the CIHR and the Québec Population Health Research Network, Canada.

health inequalities (6) by taking into account the complex systems in which health is produced in daily life, upstream of the problems. Among others, the field thus requires studies on interventions to reduce social health inequalities. Beyond establishing causality between interventions and their observed effects, designing innovative research in health promotion involves the exploration and support of the innovative potential of professional practices (7) and the development of knowledge regarding intervention. The role of discourse, values and intentions – in short, ideology – is important in health promotion whereas that of theoretical and empirical propositions is less clear (8). Innovation also implies research practices that enable health promotion to build its own foundations, in accordance with the values and principles promoted by the Ottawa Charter, by taking into account a variety of relevant theoretical perspectives (9) in sociology, politics, economics, theories of justice, etc.

Any research activity, theoretical or empirical, which falls within these perspectives, whether by its theme, research question or production methods and knowledge sharing, has the potential to contribute to the creation of a corpus of innovative knowledge useful for the field and its researchers, practitioners and policy makers. The congruence of research activities with the purpose, principles and values of health promotion is likely to significantly enrich the field.

The four research articles presented in this collection consist respectively of a critical discourse analysis, a theoretical construction, a scoping review, and an empirical study. The themes developed in these studies relate to: the Ottawa Charter; the concept of health; the settings approaches; and the reorientation of health services. Whereas these issues are not particularly innovative in themselves, the way in which they are addressed in those papers is innovative given the questions asked, the methods used, and the focus on knowledge sharing. In these studies, the reflexive dimensions take many forms. Each author brings, in their own way, new perspectives on a topic relevant to health promotion and sheds new light on the object. These articles illustrate in part the diversity of forms and contents of innovative research in health promotion. They also establish certain milestones that help better define the contours of what research in health promotion is about.

Contribution of research articles for health promotion

Firstly, McPhail-Bell, Fredericks and Brough (10) propose a critical reflection on a historical moment of considerable importance to the field of health promotion: the production of the Ottawa Charter. The analysis of some of the documents and processes that led to the adoption of the Charter, that is to say the first international conference of the World Health Organization (WHO) on health promotion and the texts on which its foundations were established, raises the question whether the principles of social justice, participation and empowerment put forward in the Charter also governed its development. From a post-colonial theoretical perspective and a methodology of explicit and implicit critical discourse analysis, the authors underscore the colonial foundations of dominant Western discourse against that of non-Western populations. They identify certain tactics of standardization and exclusion that question the universal scope of the document and whether there was a genuine willingness to reconsider the power relations at the origin of health inequalities within and between nations.

This study sheds new light on the foundations of the field of health promotion by means of a systematic critical analysis of the production context of its flagship document, the objectives of universality and inclusion being rarely questioned in literature on the subject. This paper notes the absence of marginal voices in the process that led to the Ottawa Charter. Transcending debates whether this absence was attributable to appearance of *conscious and deliberate* imposition of a dominant Western voice which allegedly *knows and saves*, or a candid Western-centrist desire to bring back certain post-structuralist ideals of the 1960s and 1970s (11), it highlights some of the processes that may have contributed to the prominence of a Western-characteristic worldview to the detriment of less powerful voices that might have contributed significantly to the fight against health inequalities. Without essential reflexivity and the ability to recognize and meet the challenges of health promotion's colonial foundations, the reification of these traditional relationships of domination seems inevitable. Coherently, the values promoted by the Charter should be reflected both in the processes adopted by the instigators of its development, and

in the actions taken in the name of health promotion. This article therefore opens the debate on a possible 'decolonization' of the field of health promotion which, by the acceptance of multiple perspectives rather than an artificial normalizing consensus, could restore people's control over their own health.

The second article, by Mittelmark and Bull (12), directly addresses the issue of the conceptualization of health in Aaron Antonovsky's salutogenic model. The authors present a critical discussion of the model and of the proposed concept of health, and suggest a positive reorientation of this concept to move away health promotion prospects based on the pathogenesis and the biomedical model and to actually embrace the paradigm shift promoted by salutogenesis. This reorientation, which is centered on the concept of well-being, raises thorny ontological and epistemological questions: a positive approach to health clearly reveals its subjective and normative nature. The issue of the role of normativity arises once more. From a pragmatic perspective, the authors propose the acceptance of multiple conceptual and operational definitions of health. They list useful resources concerned with the measurement of well-being. In proposing the intensification of research practices involving a positive concept of health, and providing avenues for its operationalization, this theoretical study reflects some of the broader epistemological and methodological debates that prevail in the field of health promotion.

The third article, by Shareck, Frohlich and Poland (13), involves a review of the literature on the theoretical bases and practical applications of the settings approaches focused on reducing social health inequalities. This scoping review, conducted in the context of a joint working group set up by the Public Health Agency of Canada, has identified four characteristics of the settings approaches focused on equity, which are: a focus on the social determinants of health and social inequities; addressing the needs of marginalized groups; attempts to change structural aspects of the environment; and the involvement of stakeholders in the assessment of needs and resources. They propose a conceptual framework, a 'settings praxis' that integrates both the theoretical and methodological foundations of the settings approaches, and features six guiding principles. This framework provides an account of the characteristics of initiatives and theoretical basis relevant for addressing their associated challenges.

The review of relevant theoretical and methodological approaches and their integration into a single conceptual framework constitute an important contribution to research on equity-focused settings approaches. The authors favor the adoption of a reflexive posture in discussing the role that settings approaches may play in reducing social inequalities in health. The proposed model, which could guide research and action in health promotion, reflects a particular concern for the development and sharing of knowledge and theory building in the field.

Finally, the empirical study of Judd and Keleher (14) focuses on the reorientation of community health services in Australia's Northern Territory. Adopting a process of participatory action research with several cycles of action and reflection, this project demonstrates that the use of knowledge that stems from practice combined with this type of research device is contributing to the reflexive processes that allows for the development of skills and the adaptation of practices for health promotion. Starting from a global model incorporating frameworks of skills development, health promotion action and participatory action research (iterative process of planning-action-reflection), the dynamic analysis of the processes allows for the observation of changes in the program's structure and in the reflective skills and abilities of professionals. This makes it possible for the authors to elaborate a skills development model in health promotion that takes into account the different levels of leadership favoring practice reorientation.

The innovation in this study resides in its use of professional knowledge, and the mobilization and documentation of the evidence construction processes in the field of health services, a research subject too often neglected in health promotion (15,16). Mobilizing professional knowledge is essential for the advancement of health promotion, considering the principles of participation and empowerment as well as the reflexivity needed to reorient the practices. The new conceptual model, significantly informed by practitioners in a bottom-up process, is likely to fuel future research in line with the values and principles promoted in the field.

Reflexivity and context

Taken together, these four studies highlight the relevance of the notion of reflexivity in health

promotion. Various definitions and theoretical positions about reflexivity prevail and influence how it is addressed in health promotion. In general, reflexivity is a critical questioning of what is 'taken for granted' and includes dimensions of reflection and action (4). A reflexive process thus goes beyond the concept of 'good practices' and challenges (without necessarily rejecting) the foundations of that which is considered as such. For innovative research, reflexivity involves knowledge of and reflection on practices and the design and operationalization of research. Reflexivity has an external and 'collective' dimension centered on assumptions of *the field of health promotion* and their influences on research practices. It also considers how a researcher's personal assumptions can influence the operational course and results of a specific research project. The evolution of research practices as well as the identification of limitations, paradoxes, incongruities and innovative possibilities result from the dynamic between the collective and comprehensive dimension of research practices, the questioning of one's own assumptions, and observations made during actions.

A reflexive process relates the findings of research and its theoretical foundations to features and objectives of the field and observed realities. In health promotion, that which is 'taken for granted' may involve both theoretical and ideological foundations of the field, the nature of the realities we look at, knowledge of these realities (ontologies and epistemologies), as well as the way to produce knowledge in this field and share it (methodology). Reflexivity can manifest itself by the choice of research topic, the way to approach it (research question, new theoretical perspective, methodological approach) or through a particular concern for knowledge sharing and theory building.

McQueen(17) suggests that reflexivity, contextualism and complexity are three major challenges facing theory development in health promotion and growing of the field to a disciplinary status. Reflexivity and contextualism are closely related, reflexivity necessarily involving an acute concern for the meaning of the context (whatever its form, more specific or macroscopic). Although the research presented in this collection take complexity into account, their reflexive and contextual dimensions are prominent.

Reflexivity manifests itself in all the articles in this collection. It is primarily concerned with the ideological foundations of the field and the authenticity of its values and principles in the light of colonial history that characterizes the country of origin of the actors involved (10). It also covers concepts (12) and theories mobilized in connection with the aims of health promotion (10,13,14) and, more or less explicitly, the ontological and epistemological issues raised by their operationalization (12,13). Reflexivity also relates to methods of knowledge production (13,14), the taking into account of different forms of knowledge in doing so, and knowledge sharing (10,12-14). Finally, explicit objects of interest for both health promotion practices and research appear to be: a reflexive stance regarding intervention (13,14); a concern for innovative intervention; providing frameworks to develop innovations (13); and the development of practitioners' reflexive skills and the role of research in this regard (14).

The notion of context is also prominent and serves different purposes as illustrated in these studies. Firstly that of *revealer*: with regard to implicit assumptions pervasive in the field, taking into account the context helps to better understand the origins of health promotion, its scope and its paradoxes (10). Secondly, context plays the role of *justifier*: the proposed adaptation of the concept of health and the associated need for research in this regard (12) is justified by the definitions and principles of the field, the aims of salutogenesis, and the operationalization of the concept in health promotion research. Finally, context is a *key aspect* to be taken into account locally and macro-socially in the fight against social inequalities in health in both settings approaches (13) and, more generally, in the field of health promotion (10) or reorientation of health services (14).

Conclusion

Reflexivity in health promotion takes various forms. It can be found in researchers' conception of the field, its research paradigms, theories, concepts and methods. It is present in researchers' desire to trigger other researchers' interest by communicating their results. Finally, reflexivity is also present in knowledge sharing with practitioners. The reflexive

nature of the research activity is of paramount importance for innovation in the field. In this *health society* to which we belong (18), reflexivity with regard to research practices involves taking into account a context, the contours of which are both more specific and more extensive than before. Innovative capacity is achieved through increased reflexivity that takes into account the limitations of research practices, the importance of context, the complexity of social realities in which health is created, and innovative opportunities that become available in the field.

The purpose of this collection of articles was to generate interest in relation to innovative research perspectives that may emerge from a reflexive approach. We hope to have stimulated the production of innovative projects, opening new avenues of research for the field. This series is the first activity of the GWG HPR on the issue of innovation in health promotion research. Through this initiative, the Global Working Group wishes to strengthen the research capacity in the field at the global level. The ultimate goal of this work is the assertion of health promotion as a specific research domain.

Acknowledgments

The authors are grateful to Stephanie Burrows for her assistance in the linguistic revision of the English version of this commentary.

Funding

Annie Larouche is funded by the Strategic Training Program in Transdisciplinary Research on Public Health Interventions: Promotion, Prevention and Public Policy (4P), a partnership of the Institute of Population and Public Health and the Institute of Health Services and Policy Research of the CIHR and the Quebec Population Health Research Network.

Conflict of interests

None declared.

Note

- i. This paper was initially submitted for publication into a supplement issue of *Global Health Promotion on Innovative avenues for health promotion research*, coordinated by the Global Working Group on Health Promotion Research of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) and with

the support of the Research Chair *Community approaches and health inequalities* of the University of Montreal, in Canada.

References

1. Juneau C-E, Jones CM, McQueen DV, Potvin L. Promotion de la santé basée sur des données probantes : un domaine émergent. *Glob Health Promot.* 2011; 18: 122–133.
2. National Centre of textual and lexical resources. Definition of “Innovate”. 2013; available at: <http://www.cnrtl.fr>
3. Eakin J, Robertson A, Poland B, Coburn D, Edwards R. Towards a critical social science perspective on health promotion research. *Health Promot Int.* 1996; 11: 157–165.
4. Ledwith M, Springett J. Participatory practice: community-based action for transformative change. Bristol, UK: The Policy Press; 2010.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986.
6. Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé: santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promot Educ.* 2007; 14: 111–114.
7. Potvin L, Goldberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In: O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I (Eds). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Laval, Québec, Canada: Laval University Press; 2006: 457–473.
8. Potvin L, McQueen DV. Modernity, public health, and health promotion: a reflexive discourse. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T (Dir). *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York, USA: Springer; 2007: 12–20.
9. Macdonald G, Bunton R. Health promotion: disciplinary developments. In: Bunton R, Macdonald G (Dir). *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments* (2nd ed). London, UK: Routledge; 2002: 9–27.
10. McPhail-Bell K, Fredericks B, Brough M. Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Glob Health Promot.* 2013; 20(2): 22–29.
11. de Leeuw E. The boulder in the stream. *Health Promot Int.* 2011; 26(suppl. 2): ii157–ii160.
12. Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Glob Health Promot.* 2013; 20(2): 30–38.
13. Shareck M, Frohlich KL, Poland B. Reducing social inequities in health through settings-related interventions – a conceptual framework. *Glob Health Promot.* 2013; 20(2): 39–52.
14. Judd J, Keleher H. Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model

- for building health promotion capacity in the workforce. *Glob Health Promot.* 2013; 20(2): 53–63.
15. Hancock T. Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. *Health Promot Int.* 2011; 26(suppl. 2): ii263–ii267.
 16. Ziglio E, Simpson S, Tsouros A. Health promotion and health systems: some unfinished business. *Health Promot Int.* 2011; 26(suppl. 2): ii216–ii225.
 17. McQueen DV. Critical issues in theory for health promotion. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T (Dir). *Health and modernity: the role of theory in health promotion.* New York, USA: Springer; 2007: 21–42.
 18. Kickbusch I. Health governance: the health society. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T (Dir). *Health and modernity: the role of theory in health promotion.* New York, USA: Springer; 2007: 144–161.

Chapitre 1 – Annexe B

Droits de publication

submission guidelines.

For information on use of Institutional Repository (IR) copies by authors and IR users, see [Posting to an Institutional Repository - Green Open Access](#).

You may use the Final Published PDF (or Original Submission or Accepted Manuscript, if preferred) in the following ways:

- in relation to your own teaching, provided that any electronic distribution maintains restricted access
- to share on an individual basis with research colleagues, provided that such sharing is not for commercial purposes
- in your dissertation or thesis, including where the dissertation or thesis will be posted in any electronic Institutional Repository or database

Chapitre 3 – Annexe A

Article théorique publié dans la revue *Health Promotion International*

Perspectives

Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity

Annie Larouche ^{1,2,3,5,*}, Angèle Bilodeau^{1,2,3,4}, Isabelle Laurin^{2,3,4,5}, and Louise Potvin^{1,2,3,4}

¹Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal, Qc, Canada, ²Centre de recherche en santé publique (CReSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada, ³Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Qc, Canada, ⁴Centre de recherche Léa-Roback, Montréal, Qc, Canada and ⁵Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Qc, Canada

*Corresponding author. E-mail: a.larouche@umontreal.ca

Summary

There are numerous hurdles down the road for successfully scaling up health promotion innovations into formal programmes. The challenges of the scaling-up process have mainly been conceived in terms of available resources and technical or management problems. However, aiming for greater impact and sustainability involves addressing new contexts and often adding actors whose perspectives may challenge established orientations. The social dimension of the scaling-up process is thus critical. Building on existing conceptualizations of interventions as dynamic networks and of evolving framing of health issues, this paper elaborates a social view of scaling up that accounts for the transformations of innovations, using framing analysis and the notion of 'expanding scaling-up networks'. First, we discuss interventions as dynamic networks. Second, we conceptualize scaling-up processes as networks in expansion within which social learning and change occur. Third, we propose combining a 'representational approach' to frame analysis and an 'interactional approach' that illustrates framing processes related to the micro-practices of leading public health actors within expanding networks. Using an example concerning equity in early childhood development, we show that this latter approach allows documenting *how* frames evolve in the process. Considering the process in continuity with existing conceptualizations of interventions as actor-networks and transformation of meanings enriches our conceptualization of scaling up, improves our capacity to anticipate its outcomes, and promotes reflexivity about health promotion goals and means.

Key words: scaling up, frame analysis, actor-network theory, problematizations, equity

INTRODUCTION

Public health actors are in search of effective health promotion interventions and successful strategies that can be replicated and expanded to improve health and equity; programmes are often developed by scaling up promising innovations from pilot projects (Simmons *et al.*, 2007). An innovation has been defined as a package of practices perceived as new in a particular programme context. Scaling up is the process of expanding these innovations to increase their impact and sustainability (Simmons *et al.*, 2007; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian *et al.*, 2011). Reproducing and expanding promising interventions has proven to be challenging in many ways (Glasgow *et al.*, 2003; Chopra and Ford, 2005; Milat *et al.*, 2016): resource availability, quality and equity issues, and conflicting visions between actors are among the difficulties (Victora *et al.*, 2004; Edwards, 2010; Mangham and Hanson, 2010). This paper builds on existing conceptions of intervention complexity and of transformation of meanings in relation to the networks of actors that support complex interventions, for conceptualizing scaling up.

Scaling up has been discussed mainly as a procedure, with current definitions revolving around resources and technical aspects (Gilson and Schneider, 2010; Subramanian *et al.*, 2011; Milat *et al.*, 2016). Less attention has been given to the social aspects related to the fact that public health and health promotion interventions involve human actors and their relationships. The social dynamics in scaling up are thus often neglected, as is the evidence that innovations are action systems closely linked to their contexts (Hawe *et al.*, 2009; Paina and Peters, 2012; Yates-Doerr, 2015). While not denying the importance of technical issues, this paper emphasizes that scaling up and the challenges associated with it requires a conceptual approach that takes into account *social* relations between *social* 'actors'.

To account for these social dimensions in scaling up, we build on two concepts that have been introduced in relation to intervention complexity. Following Bilodeau and Potvin (2016), and Minary *et al.* (2018), we conceive that health promotion interventions are made of and supported by sociotechnical networks, that is, human and non-human entities assembled and whose actions are coordinated to achieve specific aims. Because interventions convey meanings and world views with regard to a problematic situation that needs to be changed, we follow Hawe *et al.*'s (2009) proposition to pair framing perspectives applied to interventions with longitudinal analysis of networks. In this paper, we explore the theoretical implications of considering *how* changes in the networks that are brought by scaling up processes shape

and transform the meaning of health issues, that is, the framing of problems and their solutions.

HEALTH PROMOTION INTERVENTIONS

Events in dynamic systems

System thinking has gained much attention in public health, and complexity is currently conceived of as a key characteristic of health promotion interventions (Potvin and McQueen, 2008; Hawe, 2015). To achieve their goals, interventions often deploy multiple actions at different administrative levels, and involve a variety of actors from health and other sectors to activate relevant levers pertaining to the determinants of health and equity (Hawe, 2015). Rather than viewing interventions as a package of activities being adapted to shifting circumstances (Hawe *et al.*, 2009; Rod *et al.*, 2014), scholars are increasingly proposing a systemic and dynamic conception of interventions (Bisset *et al.*, 2009; Minary *et al.*, 2018), which takes into account the necessary relational dimensions involved when considering that these interventions imply human actions. Some authors suggest that interventions be considered as creating critical events within existing contextual dynamic systems they intend to transform (Shiell *et al.*, 2008; Figueiro *et al.*, 2017), in order to 'reconfigure' social relations that constitute determinants of health (Rod *et al.*, 2014; Hawe, 2015).

Complex interventions as actor-networks

Actor-network theory (ANT), also known as sociology 'of innovation' or 'of translation', is a useful conceptual tool and methodology for 'appraising complex situations and analysing the production of change' [(Bilodeau and Potvin, 2016), p. 1] in complex health promotion systems. Since its very beginnings in the 1970s, a defining characteristic of ANT is to conceptualize networks as 'sociotechnical', i.e. composed of intertwined human and non-human entities (such as material objects, knowledges, resources, rules), all considered being 'actors' (Callon, 1984; Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006). ANT is specifically interested in 'following'—mostly qualitatively—how entities operate in their scattered actions within shifting network configurations (Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006; Vicsek *et al.*, 2016), using for all entities a single conceptual repertoire (Callon, 1984; Callon and Ferrary, 2006; Bilodeau and Potvin, 2016). ANT considers that action, although being structured (i.e. constrained or enabled) by relations between network entities, also 'structures' the network itself and its connections, and the meanings that connections convey

(Latour, 2005; Callon and Ferrary, 2006; Bilodeau and Potvin, 2016).

Based on ANT perspectives, and given that action is not produced by isolated entities, Bilodeau and Potvin (2016) conceptualize health promotion interventions as social action systems ‘in the form of’ sociotechnical networks. In this conceptualization, relations within intervention networks, and with the larger contextual networks, are key (Bilodeau and Potvin, 2016; Minary *et al.*, 2018). It is the construction, expansion, and strengthening of the ‘intervention network’ that makes the action possible, and the network structure is gradually constructed, and reconstructed, by action and its outcome (for instance, intersubjective meanings). Hence, instead of the entities and their relative position in the network, the focal point is the ‘connections between entities’ and ‘what they convey’ (Latour, 2005; Bilodeau and Potvin, 2016)—whether it is, for instance, some problematizations about the context, or actions conducted to transform the latter (Bilodeau and Potvin, 2016). Interventions thus assume different network forms and convey changing meanings and actions in the course of social action within specific contexts (Bisset *et al.*, 2009; Hawe *et al.*, 2009).

Research on network-based interventions is not new, but the study of their organization and governance, with regard to new forms of public action, has increased significantly in recent decades within the organizational and public policy literature (Rhodes, 2012; Klijn and Koppenjan, 2016). Likewise, dynamic perspectives on public health action are increasingly discussed (Bilodeau and Potvin, 2016; Figueiro *et al.*, 2017; Shiffman *et al.*, 2016). The presence of networks and the new modes of public governance that they entail justifies devoting greater efforts to studying them, and their transformation over time, whether inside or outside scaling-up processes. The relational considerations of scaling up proposed below arise from this conceptualization of interventions as transforming networks.

SCALING UP AS NETWORKS IN EXPANSION

About scaling up: two trends

Scaling up has been a growing topic in public health literature since the early 2000s, capturing the attention of policy and decision makers, as well as practitioners (Simmons *et al.*, 2007; Mangham and Hanson, 2010; Milat *et al.*, 2014), notably in relation to the United Nations’ Millennium Development Goals (Subramanian *et al.*, 2011), and the 2015 Sustainable Development Goals (Shiffman *et al.*, 2016). Scaling up is defined as a process that consists in a systematic approach to reach

more people, where sustainability of actions, quality and impact of interventions, fairness in coverage and adaptation to the environment are of concern (Edwards, 2010; Mangham and Hanson, 2010). Two different trends defining the scaling-up process are described in the literature, which are summarized here as the ‘blueprint’ approach and the ‘social learning’ approach (Uvin *et al.*, 2000; Chopra and Ford, 2005; Subramanian *et al.*, 2011).

The blueprint approach suggests that the expansion of coverage to other individuals or populations is more or less an end in itself. As some authors object, the effectiveness of scaling up is also considered to be self-evident (Gilson and Schneider, 2010; Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012). The goal is to ‘become big’ (Uvin *et al.*, 2000; Subramanian *et al.*, 2011), and the impact of scaled-up interventions is deemed to follow quantitative expansion. Interventions are conceptualized as somewhat fixed objects, locally implemented using a standardized technical process through successive steps of planning, implementation and monitoring/evaluation (Mangham and Hanson, 2010; Subramanian *et al.*, 2011; Milat *et al.*, 2016). Scaling up is focused on interventions’ coverage and health outcomes (Victoria *et al.*, 2004; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian *et al.*, 2011), though the complexity of attributing outcomes to scaled-up interventions is acknowledged (Mangham and Hanson, 2010). Although this approach recognizes the importance of contextual factors, rational action planning is deemed to have a central role; interventions are replicated and planned relatively independently of their implementation context (Chopra and Ford, 2005; Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012). One critique of this perspective points out that there is a lack of social change models to guide practice and research, and that the approach generally rests on the assumption of the external validity of interventions (Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012). It seems to be taken for granted that interventions successfully tested in specific contexts are applicable, replicable and expandable to new environments, and that their results are transferable (Glasgow *et al.*, 2003).

In the social learning approach, the main purpose of scaling up interventions is to increase their impact (Uvin *et al.*, 2000; Gilson and Schneider, 2010; Subramanian *et al.*, 2011). Scaled-up interventions are viewed as malleable and complex objects with emergent properties, deployed and developed in new environments (Hawe, 2015; Figueiro *et al.*, 2017) in a recursive process of planning, implementation, and evaluation (Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012). They are the result of a complex process of social learning rooted in the literature on innovation, implementation of pilot projects and complexity studies (Uvin *et al.*,

2000; Subramanian *et al.*, 2011; Yates-Doerr, 2015), and involving both scientific and experiential knowledge (Popay and Williams, 1996; Gilson and Schneider, 2010; Hawe, 2015). In this conceptualization, the context–intervention interface (Bisset *et al.*, 2009) is key, and the size of the intervention is only one type of expansion to be considered (Uvin *et al.*, 2000; Subramanian *et al.*, 2011).

In line with conceiving of interventions as social objects in the form of networks (Bilodeau and Potvin, 2016), an approach to scaling up as a social learning and change process appears particularly relevant. Although this approach is of particular interest in recent health systems research (Gilson *et al.*, 2014; Kiendrébéogo *et al.*, 2020), scaling-up processes have mainly been considered in relation to resources and to technical aspects of interventions, for instance management devices or health personnel competencies (Gilson and Schneider, 2010; Mangham and Hanson, 2010; Subramanian *et al.*, 2011). However, conceptualizing interventions as more or less ‘fixed objects’ misses the importance, diversity and specificity of the dynamic contexts within which interventions take place, and neglects the relational aspects of many of the challenges encountered during the scaling-up process. For instance, the question of costs and availability of resources highlights issues of actors’ roles, interests and power related to the distribution of resources: challenges may arise from the difficulty in establishing partnerships between health and community actors that provide services relevant to the innovation (Potvin and McQueen, 2008; Paina and Peters, 2012; Hawe, 2015) (e.g. early childhood educational services) for various reasons including limited resources or priorities given to certain values.

Even though a ‘social learning’ approach fostering participation and insights from experience provides opportunities to tackle scaling up complexities, and contributes to more effective and sustainable programmes, it does not guarantee success. Facilitating and monitoring dialogue may not always be easy, and specific theoretical and methodological frameworks are still required for studying the social change process of scaling up (Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012). Our position is that we need research methods for tracking social action and transformations within networks over time. We think that the conceptualization of scaling up as networks in expansion provides this opportunity.

Networks in expansion

Scaling up health promotion innovations often involves addressing new contexts (e.g. neighbourhoods), recruiting or reinforcing the links between a variety of

intersectoral actors with disparate organizational mandates or accounting systems (Potvin and Clavier, 2013), and using (or living with) specific organizational mechanisms and tools (Mangham and Hanson, 2010; Subramanian *et al.*, 2011). This enlarged implementation endeavour involves interactions to share and negotiate diverse—and sometimes contradictory—perspectives on an issue, and related values, resources, goals and roles concerning a shared purpose (Potvin and Clavier, 2013; Hawe, 2015). While leading actions commonly known as being part of the scaling up process—such as planning, administrative monitoring of implementation, or evaluation (Mangham and Hanson, 2010), health promotion leaders from public health organizations mobilize specific entities (both human and non-human) considered central to reinforce action in relation to the broader context (Milat *et al.*, 2014), thereby creating, or expanding interrelated and evolving action groups. Given that, it seems most relevant to consider the scaling up processes as sociotechnical networks in expansion, specification and consolidation, composed of a certain amount of ‘action groupings’ (Latour, 2005).

Health promotion leaders engage in a continuous process of adaptation and problem-solving (Subramanian *et al.*, 2011; Paina and Peters, 2012) within these groupings; in ANT terms, they initiate a mediation process called *translation* (Callon, 1984; Potvin and Clavier, 2013; Bilodeau and Potvin, 2016), which ‘makes [the network entities] converge on common problematizations, negotiate shared interests, engage in new roles and mobilize a critical mass of actors for collective projects’ [(Bilodeau *et al.*, 2019), p. 166]. Translation is how the ‘identity of actors, possibilities of interaction and margins of manoeuvre are negotiated and delimited’ [(Callon, 1984), p. 203]. It is the dynamic principle by which the network, eminently unstable at the start, expands, stabilizes and acts (Potvin and Clavier, 2013; Bilodeau and Potvin, 2016), creating new links and reinforcing or weakening others in order to reduce situations of ‘uncertainties’ related to the proposed solution (Latour, 2005; Potvin and Clavier, 2013).

Health promotion leaders, often acting as *translators* (Potvin and Clavier, 2013) in scaling up processes, call for others when network actors ‘cannot attain what they want by themselves’ [(Callon, 1984), p. 206]. However, the more disparate the interests and identities of the actors, the more their alignment poses challenges to the actors and to the stability of the network (Potvin and Clavier, 2013). This may encourage more ‘conservative’ partnerships, containing for instance more actors from health sector organizations (Potvin and Clavier, 2013), even if scaling up innovative solutions may require more

eclectic and context-based partnerships (Chopra and Ford, 2005; Potvin *et al.*, 2010). In seeking consensus solutions to controversies that may arise—for instance due to disparate ways of understanding the problem, consideration of specific local conditions or issues of effectiveness—it is assumed that health promotion leaders, in their day-to-day practices, seek a balance between stakeholder interests, a commitment to core elements of efficiency, and organizational imperatives. The process may thus be viewed as trading off between stability and flexibility within the network (Shawar and Shiffman, 2017), wherein multiple reconceptualizations or ‘reproblematizations’ of innovations may occur (Callon, 1984; Potvin and Clavier, 2013; Bacchi, 2016).

FRAMING IN SCALING-UP NETWORKS

Public action and conceptualization of issues

The social sciences are naturally concerned with the conceptualization of issues concerning public action in general, including in health promotion. This is notably addressed in critical policy analysis literature (Wagenaar, 2015; Bacchi, 2016), as well as in the literature focusing on the development of public instruments, such as policies and programmes (Lascoumes and Le Galès, 2007). These social change tools are viewed and analysed as implicitly ‘theorizing objects’ that produce specific representations of problems and their solutions (Lascoumes and Le Galès, 2007; Bacchi, 2016). The importance of problem and intervention conceptualizations is also well documented in theory-based evaluation literature as a means to ensure effectiveness (Weiss, 1997; Donaldson, 2012). Documenting or ‘revealing’ problem and programme theories and their plausibility, for instance, through logic analysis or realistic evaluation, is now common. However, in this literature, less importance has been given to the definition of problems and solutions in relation to specific contexts, and to their evolution over time, even though this evolution may impact on the transformative functions of interventions (Figueiro *et al.*, 2017).

Interventions may be viewed as both carriers and drivers of particular conceptualizations of issues. Interventions do not only ‘drive’ social changes in contexts to amplify them in the desired way (or conversely, create inertia that goes against the pursued objectives) (Lascoumes and Galès, 2007; Broer *et al.*, 2010); they also carry the existing interactions between public institutions and other social actors. Viewing interventions as dynamic systems in the form of networks allows problematizing relationships to understand not only how

interventions ‘transform the contexts’ in which they are implemented, but also how contexts themselves ‘transform interventions’ (Bilodeau and Potvin, 2016). Studying the dynamic social processes at work in conceptualizing interventions, focusing on the negotiations, struggles and compromises among actors, notably within ‘discreet places’ (e.g. reflection groups, steering committees) where they may take place (Gilbert and Henry, 2012), sheds light on how issues are constructed as public problems and as proposed solutions.

Embracing both problem and programme theories, frame and framing are unifying concepts that offer a way to acknowledge the importance and evolution of problematizations in scaling-up networks. The framing perspectives provide conceptual foundations to explain how health-related issues and solutions are constructed and transformed, and enable us to track the social change process involved in scaling up.

Framing, frames and frame analysis

Frame analysis has its origins in sociology and social psychology, and, more specifically, in symbolic interactionism, as developed in Erving Goffman’s seminal work *Frame Analysis: an essay on the organization of experience* (Goffman, 1974). For Goffman, frames are thought of as principles of organization at the source of specific meanings given to situations, these being *located in interactions* (Goffman, 1974; Braun, 2015). The anthropologist G. Bateson previously used the term ‘frame’ in the 1950s to refer to *cognitive models of interpretation* and evaluation of a message, and *metacommunications*, i.e. ‘messages about message’ (Bateson, 1955; Goffman, 1974; Chong and Druckman, 2007). Frames are understood as patterns of interpretation that highlight certain aspects of reality and give rise to certain ideas instead of others (Entman, 1993; Rychetnik *et al.*, 2004), thereby influencing the definition of a situation or problem (Bateson, 1955; Goffman, 1974; Entman, 1993). They are considered by some as enmeshed in historical and political contexts, disciplinary perspectives, and individual subjectivities and ideologies, and have been linked to values, work and life experience, and organizational and professional culture and goals (Entman, 1993; Lloyd and Hawe, 2003; Rychetnik *et al.*, 2004). Frames, thus, have been seen as more static cultural representations located in texts, and considered as informing about identities, preferences and interests of people (Braun, 2015).

Since the 1970s, the concepts of framing and frames have been used in a number of social science disciplines and fields of study such as behavioural psychology (Kahneman and Tversky, 1984), political

communication (Entman, 1993; Cacciatore *et al.*, 2016), organizational management (Cornelissen and Werner, 2014), social movement (Benford and Snow, 2000) and policy studies (Braun, 2015), resulting in a variety of perspectives from one discipline to another (Cornelissen and Werner, 2014; Koon *et al.*, 2016), as well as within disciplines (Braun, 2015; Cacciatore *et al.*, 2016), where frame analysis ‘may mean very different things’ (Braun, 2015). We refer readers to other publications for an overview of this eclectic field of research (Entman, 1993; Chong and Druckman, 2007; Dewulf *et al.*, 2009; Cornelissen and Werner, 2014; Braun, 2015; Cacciatore *et al.*, 2016; Koon *et al.*, 2016; Van Hulst and Yanow, 2016).

In the last two decades, the field of public health has recognized the important role of meaning in policy and programming, and has integrated conceptual and methodological perspectives of framing to inform health issues and actions, or to critically examine the ways in which they are addressed (Garvin and Eyles, 2001; Lloyd and Hawe, 2003, Koon *et al.*, 2016). The identification of frames, their construction processes, and their effects are discussed, notably in relation to problem definition (Ortiz *et al.*, 2015), clinical intervention (Edwards *et al.*, 2001), health messages dissemination (Gallagher and Updegraff, 2012), and the content of programmes and policies (Garvin and Eyles, 2001; Lloyd and Hawe, 2003). Framing has also been used to address issues such as the effectiveness of interventions, the biomedical model, and simplification of complex problems and solutions, as well as stigmatization and health inequities (Rock, 2005). Koon *et al.* (2016) recently published a scoping review of framing research in the health sector that focuses on understanding how frames ‘influence’ the policy development process. This review and other works show that framing analysis addresses social dynamics and power relations to varying degrees (Braun, 2015). For instance, as suggested by Braun (2015), the aim of the analysis may be to provide a *causal explanation* of the way in which frames—viewed as pre-existing and somewhat external to the political process—influence agenda-setting (Koon *et al.*, 2016) or frames may be considered as a *resource* being transformed by interventions (Hawe *et al.*, 2009), or to be mobilized strategically to help enrol key sectors to promote social change (Hawe, 2015; Khayatzaeh-Mahani *et al.*, 2018).

Scholars in the health domain are increasingly interested in the links between framing and actor-networks. For instance, Hawe *et al.* (2009) proposed the use of 2-mode network analysis to explore how material things become ‘active’ through networks by fostering new

relationships and meanings, consistent with ANT (Latour, 2005). More recently, Shiffman *et al.* investigated the role of the framing of global health issues in the emergence, evolution, and efficiency of networks in terms of output, such as adoption of policies, budgets, resolutions, or decisions to scale up programmes for certain specific health problems (Shiffman *et al.*, 2016). Other examples are Browne *et al.*’s study focusing on Aboriginal health and the link between frames and the structure of an actor-network (Browne *et al.*, 2017), and Khayatzaeh-Mahani *et al.*’s study, who advocate for a network-based governance approach to facilitate multi-sectoral collaboration and adopt a co-framing strategy in relation to obesity prevention (Khayatzaeh-Mahani *et al.*, 2017).

Combining framing and ANT views

Braun (2015) underlines that beyond relatively consensual definitions of frames, a distinction has to be made in research between two tendencies or approaches to frame and frame analysis, ‘representational’ and ‘participational’—similar as what Dewulf *et al.* (2009) call ‘cognitive representations’ and ‘interactional co-constructions’. The representational approach sees frames as relatively static cognitive representations, in other words, as ‘mental entities’ to be represented as accurately as possible through frame analysis as a segment of social reality. The participational approach to frame analysis sees frames as located in interactions, the research endeavour being, ‘not to enlighten actors about the frameworks they find themselves in, but to systematize the different types of frameworks and how they operate in social life’ [(Braun, 2015), p. 444]. In line with Goffman, frames are ‘being done’, and are ‘activities’ instead of ‘things’, the temporal, dynamic, dimension being key. These two distinct approaches are linked to different ontologies and epistemologies, and entail different methodological approaches to framing analysis. The researcher must be clear about towards which model he or she gravitates.

As they are seen here, ‘frame’ and ‘framing’ analysis are part of an interpretive approach that is analytically critical of public policies and programmes regarding health and equity. Based on the recognized importance of problem and intervention conceptualization in theory-based evaluation literature (Weiss, 1997; Donaldson, 2012) and critical policy studies (Wagenaar, 2015; Bacchi, 2016), we believe in the utility and complementarity of *representational* and *interactional* (i.e. ‘participational’) approaches to frames and framing; combining these two approaches allows both to track social changes within innovations in

the scaling-up process that may impact their transformative functions, and to explain how and why these changes occur in expanding networks. This combination of approaches serves to investigate not only the meanings given to various forms of public action—what we label here as ‘frame analysis’—but also the ways in which these meanings are produced in interactions between entities in groupings, named here ‘framing analysis’. Even though we adhere to a ‘social learning’ view of scaling up, we abstain from a purely rational idea of public health action and foster a critical view of public policies and programmes by casting light on interpretation patterns that impede social change, which, in turn, reinforce exclusion and social inequalities (Braun, 2015; Wagenaar, 2015; Van Hulst and Yanow, 2016). Obviously, this is highly relevant for health promotion interventions.

In our view of the ‘representational’ side of analysis, frames can be thought of as dynamic co-constructions produced by inter-individual processes, thus in constant transformation (Dewulf *et al.*, 2009). Frames are considered as ‘temporarily crystallized forms of organization of meaning’, which are ‘the traces’ of the transformational social process occurring within scaling-up networks where the framing process takes place. ‘Frame analysis’ seeks to construct ‘freeze frames’, from the scattered elements of the problem and solutions proposed in the documents of an initiative, which reflect particular alignments of conceptions related to the health-related question addressed (Callon, 1984; Broer *et al.*, 2010; Paina and Peters, 2012). This may be done at key moments of the scaling-up process, such as the beginning of a pilot project, and of a formal expanded programme. The differences between frames may display the additional or lower potential of the innovation scaled up to foster health or equity.

In an ‘interactional’ approach, the analysis seeks to trace the ‘framing process’ of health-related issues during scaling up, viewed here as the ways by which meanings transform within evolving networks’ structures and interactions, i.e. based on actor-network dynamics. Health-related issues are continually evolving over time, through successive problematizations, or ‘co-constructions’, produced by interactional processes where individuals from various organizations are intertwined with different kinds of objects. The network and the meanings assigned to health-related issues are deemed to co-evolve. Qualitative empirical analysis of the sociotechnical networks’ pathways through time conjugated with these transitional problematizations enables us to keep track of *how* co-constructions transform in relation to the network structures and interactions (Gilbert and Henry, 2012; Wagenaar, 2015). Looking at the ‘micro-

practices’ of health promotion leaders, and at the interactions among entities, provides a way to understand how intervention meanings are constructed through relationships in the everyday process of scaling up, in other words, in discreet places (Gilbert and Henry, 2012) where entities interact, both inside and outside of the intervention network (Bilodeau and Potvin, 2016). It allows to *grasp how* changes in the content of the innovations—noticeable in official documents—are produced in scaling-up processes.

An example

The scaling up of an initiative aimed at promoting early childhood development in socially disadvantaged young children through intersectoral collaborative projects, may serve to illustrate how insights from ANT and framing analyses might be combined. Starting from the micro-practices of health promotion leaders, and based on various sources of data like direct observation notes of meetings and events, logbooks, documents and interviews (Bilodeau *et al.*, 2019), one may produce an ethnography describing: main poles of action (i.e. groupings such as a community of practice of local actors, a public health regional evaluation team on the field, or a sectoral steering committee), and external events (e.g. a new programme on a similar topic with which the innovation must be linked or the implementation of a regional public health plan).

The chronological ordering of actions and events allows constructing a timeline of the groupings that marked the network expansion (Latour, 2005). One must also develop a system of inscriptions to follow and document transformations in the sociotechnical network, interpretation of actions and events by the actors, and outcomes (Bilodeau and Potvin, 2016; Bilodeau *et al.*, 2019) in terms of successive ‘problematizations’. This timeline is conceived of as a chain of critical events (Callon, 1984; Hawe *et al.*, 2009; Bilodeau *et al.*, 2019) wherein human and objects (budgets, material resources, knowledges, organizational tools and rules), consciously mobilized or simply involved, are intertwined within successive operations of translation (Callon, 1984; Latour, 2005). Which actor, enters or leaves the groupings? Which institutional objects, material or immaterial (e.g. budget rule, partnership agreement, scientific knowledge) are involved, how and why are they mobilized? Which translation operations are conducted by health promotion leaders, what role does the objects and various actors play in social interactions within the network and in carrying out actions, and what are the consequences? For example, the presence of a specific budgetary rule may have performative capacities, as it might constrain the

possible use of allocated resources and guide the definition of specific roles by actors in implementing the enlarged programme.

From the new or expanding action groupings and the identified activities, one can extract the contents concerning dimensions of interest, for instance equity in early childhood development, identity of the actors involved (managers, service providers, parents, practitioners in educational settings, children), and role actors should play. How are people, objects and places defined in the problem and the solution proposed (Bacchi, 2016)? For instance, what are the reasons given for favouring certain types of actions, certain educational systems over others, certain children and families, and what is anticipated outcome? Translation result in transitional collective problematizations about: the addressed issue, ongoing actions to expand and reinforce the network, and identities and relationships between the actors involved in solving the problem (Dewulf et al., 2009). These problematizations mark the progression towards ‘temporarily crystallized forms of organization of meaning’ observable in the frameworks documents of the pilot project, and of the at-scale programme.

Linking data about the network (entities, translation operations), and about transitional problematizations, allows us to trace the key characteristics of the co-construction process, and makes it possible to outline how framing operates in social actions of scaling up. It also highlights the key role of public health actors and organizations as active meaning makers (Aukes et al., 2018), possibly impeding promising innovative elements and facilitating others. As intersectoral initiatives are still frequently promoted by, and under the strong influence of, the health sector (Potvin and Clavier, 2013; Breton, 2016), this is, of course, highly relevant. Such an approach thus allows considering which aspects of the network can be acted on to foster a greater impact on health and equity.

CONCLUSION

Seeing scaling up as a social process occurring through the expansion of a sociotechnical network, and using framing insights to track changing problematizations of health issues enriches the conceptualization of scaling up. Understanding the transformation of innovations and unpacking changing action systems involved in scaling-up processes may offer valuable insights into how to address its relational aspects. Since this may influence the success of scaling up by creating either synergy, or inertia effects, this may prove critical to

navigate the scaling up process. The proposed approach sheds light on how innovations may remain, or become, truly ‘innovative’ adaptive interventions, able to fully achieve their intended impact regarding health and equity. This not only bring about reflection on strategies to meet the challenges of scaling up, but also fosters a critical and reflexive stance towards public health action.

ACKNOWLEDGEMENTS

We sincerely thank the two HPI anonymous reviewers for critical and constructive comments. Annie Larouche also thanks members of the Québec sciences sociales et santé(Q3S) writing group for helpful feedback in the process of developing this manuscript.

FUNDING

Annie Larouche was funded by the following doctoral grants:

- Excellence scholarship program for doctoral recruitment, Institut de recherche en sante´ publique de l’Universite´ de Montréal (IRSPUM);
- Strategic Research Training Program on Public Health Interventions: Promotion, prevention and Public Policy (4P), a partnership of Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Québec Population Health Research Network;
- InterActions grant from the Centre de recherche et partage des savoirs InterActions of the CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent–CAU and Fonds Marie-Anne-Lavallée (Fondation Gracia).

REFERENCES

- Aukes, E., Lulofs, K. and Bressers, H. (2018) Framing mechanisms: the interpretive policy entrepreneur’s toolbox. *Critical Policy Studies*, 12, 406–427.
- Bacchi, C. (2016) Problematizations in health policy: questioning how “problems” are constituted in policies. *SAGE Open*, 6, 1–6.
- Bateson, G. (1955) A theory of play and fantasy. *Psychiatric Research Reports*, 2, 39–51.
- Benford, R. D. and Snow, D. A. (2000) Framing processes and social movements: an overview and assessment. *Annual Review of Sociology*, 26, 611–639.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. and Potvin, L. (2019) Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: systemic modelling based on actor–network theory. *Sociology of Health & Illness*, 41, 165–179.
- Bilodeau, A. and Potvin, L. (2016) Unpacking complexity in public health interventions with the actor–network theory. *Health Promotion International*, 33, 173–181.
- Bisset, S., Daniel, M. and Potvin, L. (2009) Exploring the intervention–context interface a case from a school-based

- nutrition intervention. *American Journal of Evaluation*, 30, 554–571.
- Braun, K. (2015) Between representation and narration: analysing policy frames. In Fischer F., Torgerson D., Durnová, A. and Orsini, M. (eds), *Handbook of Critical Policy Studies*. Edward Elgar Publishing, Massachusetts, USA, pp. 441–461.
- Breton, E. (2016) A sophisticated architecture is indeed necessary for the implementation of health in all policies but not enough: comment on “understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities”. *International Journal of Health Policy and Management*, 5, 383–385.
- Broer, T., Nieboer, A. P. and Bal, R. A. (2010) Opening the black box of quality improvement collaboratives: an actor-network theory approach. *BMC Health Services Research*, 10, 265.
- Browne, J., de Leeuw, E., Gleeson, D., Adams, K., Atkinson, P. and Hayes, R. (2017) A network approach to policy framing: a case study of the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan. *Social Science & Medicine (1982)*, 172, 10–18.
- Cacciatore, M. A., Scheufele, D. A., Iyengar, S. (2016) The end of framing as we know it... and the future of media effects. *Mass Communication and Society*, 19, 7–23.
- Callon, M. (1984) Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32, 196–233.
- Callon, M. and Ferrary, M. (2006) Les réseaux sociaux à l’aune de la théorie de l’acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, 13, 37–44.
- Chong, D. and Druckman, J. N. (2007) Framing theory. *Annual Review of Political Science*, 10, 103–126.
- Chopra, M. and Ford, N. (2005) Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International*, 20, 383–390.
- Cornelissen, J. P. and Werner, M. D. (2014) Putting framing in perspective: a review of framing and frame analysis across the management and organizational literature. *Academy of Management Annals*, 8, 181–235.
- Dewulf, A., Gray, B., Putnam, L., Lewicki, R., Aarts, N., Bouwen, R. et al. (2009) Disentangling approaches to framing in conflict and negotiation research: a meta-paradigmatic perspective. *Human Relations*, 62, 155–193.
- Donaldson, S. I. (2012) *Program Theory-Driven Evaluation Science: Strategies and Applications*. Routledge.
- Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E. and Pill, R. (2001) Presenting risk information a review of the effects of framing and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, 6, 61–82.
- Edwards, N. (2010) *Scaling-up Health Innovations and Interventions in Public Health: A Brief Review of the Current State of the Science*. Unpublished manuscript presented at the Inaugural conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs, Washington, DC, USA.
- Entman, R. M. (1993) Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43, 51–58.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. D. S. M. et al. (2017) A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International Journal of Public Health*, 62, 177–110.
- Gallagher, K. M. and Updegraff, J. A. (2012) Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 43, 101–116.
- Garvin, T. and Eyles, J. (2001) Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of Sun Safety in Australia, Canada and England. *Social Science & Medicine*, 53, 1175–1189.
- Gilbert, C. and Henry, E. (2012) La définition des problèmes publics: entre publicité et discrétion. *Revue Française de Sociologie*, 53, 35–59.
- Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P. and Lehmann, U. (2014) Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12, 30.
- Gilson, L. and Schneider, H. (2010) Commentary: managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25, 97–98.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. and Marcus, A. C. (2003) Why don’t we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93, 1261–1267.
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press, Massachusetts, USA.
- Hawe, P. (2015) Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307–323.
- Hawe, P., Shiell, A. and Riley, T. (2009) Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43, 267–276.
- Kahneman, D. and Tversky, A. (1984) Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39, 341–350.
- Khayat-zadeh-Mahani, A., Ruckert, A. and Labonté, R. (2018) Obesity prevention: co-framing for intersectoral ‘buy-in’. *Critical Public Health*, 28, 4–11.
- Kiendrénégo, J. A., De Allegri, M. and Meessen, B. (2020) Policy learning and Universal Health Coverage in low-and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1–10.
- Klijn, E. H. and Koppenjan, J. (2016) *Governance Networks in the Public Sector*. Routledge, Abingdon, UK.
- Koon, A. D., Hawkins, B. and Mayhew, S. H. (2016) Framing and the health policy process: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 31, 801–816.

- Lascoumes, P. and Le Galès, P. (2007) Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance*, 20, 1–21.
- Latour, B. (2005) *Reassembling the Social - An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press, Oxford, UK.
- Lloyd, B. and Hawe, P. (2003) Solutions forgone? How health professionals frame the problem of postnatal depression. *Social Science & Medicine*, 57, 1783–1795.
- Mangham, L. J. and Hanson, K. (2010) Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25, 85–96.
- Milat, A. J., King, L., Newson, R., Wolfenden, L., Rissel, C., Bauman, A. et al. (2014) Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners, and researchers. *Health Research Policy and Systems*, 12, 18.
- Milat, A. J., Newson, R., King, L., Rissel, C., Wolfenden, L., Bauman, A. et al. (2016) A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Research & Practice*, 26, e2611604.
- Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J. and Potvin, L. (2018) Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72, 319–323.
- Ortiz, S. E., Zimmerman, F. J. and Gilliam, Jr F. D. (2015) Weighing in: the taste-engineering frame in obesity expert discourse. *American Journal of Public Health*, 105, 554–559.
- Paina, L. and Peters, D. H. (2012) Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning*, 27, 365–373.
- Popay, J. and Williams, G. (1996) Public health research and lay knowledge. *Social Science & Medicine*, 42, 759–768.
- Potvin, L., Aumaitre, F., Potvin, L., Moquet, M. and Jones, C. (2010) Les partenariats: espaces négociés de controverses et d'innovations. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, Saint-Denis, pp. 318 — 325.
- Potvin, L. and Clavier, C. (2013) Actor–network theory: the governance of intersectoral initiatives. In Clavier, C. and de Leeuw, E. (eds), *Health Promotion and the Policy Process*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 82–103.
- Potvin, L. and McQueen, D. (2008) Practical dilemmas for health promotion evaluation. In Potvin, L. and McQueen, D. (eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Springer, New York, pp. 25–45.
- Rhodes, R. A. (2012) Waves of governance. *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 33–48.
- Rock, M. (2005) Figuring out type 2 diabetes through genetic research: reckoning kinship and the origins of sickness. *Anthropology & Medicine*, 12, 115–127.
- Rod, M. H., Ingholt, L., Bang Sørensen, B. and Tjørnhøj-Thomsen, T. (2014) The spirit of the intervention: reflections on social effectiveness in public health intervention research. *Critical Public Health*, 24, 296–307.
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. and Frommer, M. (2004) A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 538–545.
- Shawar, Y. R. and Shiffman, J. (2017) Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *The Lancet*, 389, 119–124.
- Shiell, A., Hawe, P. and Gold, L. (2008) Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 336, 1281–1283.
- Shiffman, J., Schmitz, H. P., Berlan, D., Smith, S. L., Quissell, K., Gneiting, U. et al. (2016) The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy and Planning*, 31, 1110–1123.
- Simmons, R., Fajans, P. and Ghiron, L. (2007) *Scaling up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. World Health Organization, Geneva.
- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T. and Peters, D. H. (2011) Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC Health Services Research*, 11, 336.
- Uvin, P., Jain, P. S. and Brown, L. D. (2000) Think large and act small: toward a new paradigm for NGO scaling up. *World Development*, 28, 1409–1419.
- Van Hulst, M. and Yanow, D. (2016) From policy “frames” to “framing” theorizing a more dynamic, political approach. *The American Review of Public Administration*, 46, 92–112.
- Vicsek, L. M., Kiraly, G. and Konya, H. (2016) Networks in the social sciences: comparing actor–network theory and social network analysis. *Corvinus Journal of Sociology and Social Policy*, 7, 77–102.
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J. and Vaughan, J. P. (2004) Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 364, 1541–1548.
- Wagenaar, H. (2015) *Transforming Perspectives: The Critical Functions of Interpretive Policy Analysis. Handbook of Critical Policy Studies*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK, pp. 422–440.
- Weiss, C. H. (1997) Theory-based evaluation: past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 1997, 41–55.
- Yates-Doerr, E. (2015) The world in a box? Food security, edible insects, and “one world, one health” collaboration. *Social Science & Medicine*, 129, 106–112.

Chapitre 3 – Annexe B

Droits de publication

Source : https://academic.oup.com/journals/pages/access_purchase/rights_and_permissions/publication_rights

< Access and Purchase

Resource Centre

Collection sales enquiries

Dispatch Dates

Keep reading

Leavers

► Oxford Journals Archive

► Pricing and Ordering

▼ Rights and Permissions

Author self archiving policy

Accepted Manuscript

Embargo Periods

Image Permissions

Publication Rights

Rightslink

Changes to list

Publication rights

What is our policy?

For the majority of journals published by Oxford University Press, we have a policy of acquiring a sole and exclusive licence for all published content, rather than asking authors to transfer ownership of their copyright, which has been common practice in the past. We believe this policy more carefully balances the interests of our authors with our need to maintain the viability and reputation of the journals through which our authors are accorded status, recognition, and widespread distribution. In developing this policy we have been guided by the following principles:

- As a university press and not-for-profit academic publisher, we rely heavily on the good relationships we have with our authors. Having a licensing policy which enables an author to be identified as the owner of the copyright in an article is one of the key ways of demonstrating how highly we value these relationships.
- An exclusive licence enables the centralised and efficient management of permissions and licencing, ensuring the widest dissemination of the content through intermediaries;
- Exclusive rights also enable OUP to take measures on behalf of our authors against infringement, inappropriate use of an article, libel or plagiarism;
- At the same time, by maintaining exclusive rights, in all media for all published content, we can monitor and uphold the integrity of an article once refereed and accepted for publication to be maintained;

Please note - Although the majority of the journals published by Oxford University Press operate exclusive copyright agreements, some of our society journal may require an assignment of copyright. For further information, please refer to the Authors Guidelines sections of the Journal's homepage.

Rights retained by ALL Oxford Journal authors

- The right, after publication by Oxford Journals, to use all or part of the Article and abstract, for their own personal use, including their own classroom teaching purposes;
- The right, after publication by Oxford Journals, to use all or part of the Article and abstract, in the preparation of derivative works, extension of the article into book-length or in other works, provided that a full acknowledgement is made to the original publication in the journal;
- The right to include the article in full or in part in a thesis or dissertation, provided that this is not published commercially;

For the uses specified here, please note that there is no need for you to apply for written permission from Oxford University Press in advance. Please go ahead with the use ensuring that a full acknowledgment is made to the original source of the material including the journal name, volume, issue, page numbers, year of publication, title of article and to Oxford University Press and/or the learned society.

Chapitre 4 – Annexe A

Certificat éthique de l'Université de Montréal

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

| Projet | |
|--------------------------------|--|
| Titre du projet | Exploration de l'évolution des "frames" de problèmes et solutions dans la mise à l'échelle d'une innovation paradigmatique: une étude de cas rétrospective |
| Étudiante requérante | Annie Larouche (██████████), Candidate au Ph. D. en santé publique, option promotion de la santé, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive |
| Sous la direction de | Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal & Angèle Bilodeau, professeure agrégée de clinique, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. |
| Autres membres de l'équipe: | Isabelle Laurin (IRSPUM) |
| Financement | |
| Organisme | IRSC/RRSPQ |
| Programme | Programme de formation stratégique Promotion, prévention et politiques publiques (4P) |
| Titre de l'octroi si différent | Variation des pratiques de promotion du développement communicatif dans le cadre de l'implantation d'un programme procédural d'interventions éducatives précoces en contexte vulnérable. |
| Numéro d'octroi | |
| Chercheur principal | |
| No de compte | |

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

████████████████████
Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

22 juin 2015
Date de délivrance

1er juillet 2016
Date de fin de validité

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Chapitre 4 – Annexe B

Certificat éthique de l'organisation de santé

Direction de santé publique

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

**CERTIFICAT DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
CIUSSS CENTRE-EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

| | |
|-----------------------------|--|
| Projet n° | 316 |
| Titre | Exploration de l'évolution des «frames» de problèmes et solutions dans la mise à l'échelle d'une innovation paradigmatique : une étude de cas rétrospective » VOLET 1 |
| Chercheuses principales | Annie Larouche, Louise Potvin |
| Date du dépôt de la demande | 26 mai 2015 |
| Documents examinés | <ul style="list-style-type: none"> - Formulaire de demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche monocentrique, daté et signé le 1^{er} mai 2015; - Formulaire d'autorisation pour l'utilisation de données administrative à des fins de recherche (signé le 30 mars 2015); - Lettre d'octroi d'une bourse de formation – Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique : promotion, prévention et politiques publiques (4P) (24 septembre 2012); - Rapport du jury de l'examen doctoral (28 août 2014); - Protocole de recherche (version mai 2015); <ul style="list-style-type: none"> o Annexe I : Définitions de la mise à l'échelle; o Annexe II : Ébauche de typologie des innovations; o Annexe III : Définitions du <i>framing</i> et des <i>frames</i>; o Annexe IV : Analyse stratégique, analyse logique et notion de contexte; o Annexe V : Cadre conceptuel de Poland, Krupa & Mc Call (2009); o Annexe VI : Théorie de l'acteur réseau, acteur stratégique et MAÉ des IÉP; o Annexe VII : Diagramme spatio-temporel de l'étude; o Annexe VIII : Variables; o Annexe IX : Sources de données documentaires pour le volet 1; o Annexe X : Canevas d'entrevues (volet 1); o Annexe XI : Échéancier; o Annexe XII : Précisions pour demande d'approbation éthique – volet 1 de l'étude; - Formulaire d'information et de consentement – volet 1 (version 20 mai 2015); - CV de Mme Laurin, Mme Bilodeau et Mme Larouche. - |

| | |
|--|---|
| Date d'évaluation | 16 juin 2015 – approbation conditionnelle |
| Documents en réponse | - Lettre de réponse de l'étudiante (30 juin 2015); - Formulaire d'information et de consentement (version du 30 juin 2015) |
| Évaluation des réponses | 10 juillet 2015 - Approbation finale |
| Documents finaux | - Formulaire d'information et de consentement (version du 30 juin 2015); |
| Établissement/installation concerné par la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Direction de santé publique de Montréal |

1. DÉCISION DU COMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche de la direction de santé publique du CIUSSS Centre-Est-de-l'île-de-Montréal agit pour le compte de la direction de santé publique. Il a évalué le premier volet du projet de recherche en titre. Le CÉR est d'avis que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche. Il est favorable à l'émission du certificat d'éthique pour le premier volet du projet.

Le certificat de conformité éthique du projet est valide pour une période d'un an à compter du 10 juillet 2015, si et seulement si les chercheurs respectent les engagements énoncés au point 2.

2. ENGAGEMENTS DES CHERCHEURS

Pour que le présent certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs¹ :

- **Fournir le courriel d'invitation à participer avant le début du projet ;**
- **Fourniront en temps opportun au CÉR, pour le volet 1, le canevas d'entrevue final ;**
- **Fourniront en temps opportun au CÉR, les documents relatif à l'évaluation éthique du volet 2 du projet de recherche ;**
- Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
- Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
- Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;
- Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;
- Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- Fourniront au CÉR un bref rapport intérimaire au plus tard dans un an, condition nécessaire à un renouvellement annuel du présent certificat, le cas échéant;

¹ Adapté de : Ministère de la santé et des services sociaux (2007), Note de clarification relative au suivi continu de l'éthique des projets. Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures, Unité de l'éthique, p.4-5

- Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent de se conformer à toutes les conditions qu'il comporte.

10 juillet 2015



Delphine Roigt, vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche
Direction de santé publique de Montréal
CIUSSS Centre-Est-de-l'île-de-Montréal

Chapitre 5 – Annexe A

Lexique de codes pour les *frames* du DJE

Supplement file. Codes used and their definition

| Root codes | Child codes (embedded within upper root code if colored) | Definitions |
|---|---|---|
| Problem (P) | | Characterization of a phenomenon of interest or a 'problem' in relation to ECD ¹ |
| | Opportunities | General social circumstances of advantage or disadvantage (e.g. governance, poverty, public policies, resources) |
| | Individual-level ECD | Development problems or risk / protection factors in children and parents (attributes, behaviours) (e.g. maturity / immaturity, perinatal history, parental attitudes and roles, quality of proximal environments, family problems) |
| | Population-level ECD | Distribution of developmental and health risks within populations, overall or in terms of social inequalities |
| | Consequences of ECD | Identified consequences of ECD in later life (e.g. schooling, life course, health in adults, global population health or inequalities) |
| Determinants (D) | | Causes or contributory elements invoked in relation to a specific characterization of the 'problem' ² |
| Judgments on the Determinants (JD) | | Explicit judgment on the relative value of the causes / contributory elements, in terms of their importance, significance, relative priority, potential regarding an ECD characterization, capacity to act, etc. ² |
| Context (Ctx) | | Any contextual data of a demographic, epidemiological, organizational or informational nature, pertaining to characterizations of the ECD (P); related determinants (D); assessments of the determinants (JD); circumstances in which remedial actions of the Initiative fall within (S) ² |
| | Vulnerable population groups | Population groups at increased "risk of risk" according to social characteristics (e.g. based on income, education, age, ethnicization, immigration status) |
| | General circumstances | Governance, macroeconomics, political circumstances (policies and systems concerning employment, housing, education, health, social welfare...), culture, and societal values and norms |
| | Social support in living environments | Availability, accessibility, and quality of resources and support offered in living environments: public services (e.g. schools, CSSS, libraries, parks), community resources (<i>other</i> than early childhood educative resources), housing and work conditions, transportation, neighbourhood social networks and security, etc. |
| | Early childhood educative resources | Availability, accessibility, and quality of CPEs, childcare services, and other child-centred early education programs and activities (e.g. in community organizations, pre-kindergartens) |
| | Families' circumstances | SES (income/poverty, occupation, education), family structure (parents' age and roles, single parenthood), immigration status, housing and other material conditions |
| | Interpersonal relationships | Presence / quality of relationships between parents (caregivers) and children, or problems surrounding children in family or other children's living environments (sensitivity to needs, violence, addiction problems, etc.) |
| | Children's proximal environments and lifestyles | Children's relations with the environment: physical exploration and stimulation possibilities, contact with peers, daily routines and activities (feeding, sleeping...), etc. |
| | Educative practices | Educative skills and attitudes with children of caregivers (parents, relatives, others), and recognition of support needs from appropriate resources |
| | Genetics | Specific congenital conditions of children (i.e. syndromes, disorders, diseases present at birth) |
| | Perinatal period | Individual attributes of children or behaviours of mothers during pregnancy, childbirth and postnatal period (e.g. low baby weight, Apgar score, breastfeeding, smoking) |
| | Children's characteristics | Children's temperament, attitudes, learning characteristics, behaviours, anatomical/physiological evolution, etc. |
| | Scientific knowledge | Data from scientific literature (studies, literature reviews, program evaluation, etc.) |
| | National elements | National level beacons and structures (<i>other</i> than PNSP goals), e.g. provincial guidelines, monitoring data |

Supplement file. Codes used and their definition

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| | Regional elements | Regional level beacons and structures (<i>other</i> than from PRSP goals), e.g. regional monitoring data, projects and information external to the Initiative (regional evaluations and programs, experiential knowledge, partnership agreements, etc.) |
| | Local elements | Local level beacons and structures (<i>other</i> than PLSPs goals), e.g. local monitoring data, local partnerships and experiences |
| | PNSP | National public health plan (Quebec Province) |
| | PRSP | Regional public health plan |
| | PLSP | Local public health plans |
| Solution (S) | | Remedial action of the Initiative as envisaged in the Pilot or the Program |
| | Identity | Label of the Initiative, its description and images used to represent it |
| | Funding / resources | Budget allocated to the Initiative, funded activities / resources, characteristics of human resources |
| | Goal | Purpose of the Initiative |
| | Objectives | Objectives of the Initiative |
| | DRSP | Identity and role of the regional public health directorate, as initiator and supervising actor of the Initiative |
| | CLSC / CSSS | Identity and role of local health organizations as implementer actors of the Initiative |
| | Partners | Identity / role of organizations, programs or individuals considered as participating actors of the Initiative |
| | Target population / beneficiaries | Identity / role of groups, individuals, or organizations targeted by or benefiting from the Initiative |
| | Initiative-context interface | Policies / programs in which the Initiative is part, resources mobilized or with which the Initiative is linked, programs from which it is inspired, and comments related to the evolution of the Initiative) |
| <p>Notes The ‘root’ and ‘child’ codes used for ECD frames appear in bold text</p> <p>¹ Specified with a child code below</p> <p>² Specified with one or more ‘child codes’ presented below</p> | | |

Chapitre 5 – Annexe B

Lexique de codes pour les *frames* de la solution

Article 'solution' - Appariement au cadre CICI des codes de la 'solution' et des frames du 'problème'

| | Domaine | Sous-domaine | Définition opérationnelle | Code correspondant ou frame (Description) |
|------------------------|---------------------------------|--|---|---|
| Intervention | <i>Identité</i> | - | Métaphores ou images utilisées pour décrire le Pilote ou le Programme | 1. Solution – <i>Identité</i> |
| | <i>Théorie</i> | But | Tel qu'énoncé (Pilote ou Programme) | 2. Solution – <i>But</i> |
| | | Objectifs | Tels qu'énoncés (Pilote ou Programme) | 3. Solution – <i>Objectifs</i> |
| | | Outcomes | Résultats attendus ou effets escomptés | |
| | <i>Conception</i> | Participants | Identité et rôles / actions prévues des organisations (de santé, communautaires, intersectorielles, milieux éducatifs) ou des individus | 4. Solution – <i>DRSP</i> (identité et rôle/actions dans le Pilote/Programme) |
| | | Composantes | Selon la nature des actions prévues | 5. Solution – <i>CSSS</i> (identités et rôle/actions dans le Pilote/Programme) |
| | <i>Livraison</i> | Exécution | Prescriptions générales à l'égard du Pilote/Programme (ex. : participation des acteurs, étapes, actions à poser) ou des activités des milieux éducatifs qui en font partie (ex. : moment, durée, intensité) | 6. Solution – <i>Partenaires</i> (identités/rôles/actions d'organisations autres que celles de santé, ou d'individus ciblés par les actions) |
| Agents | | Organisations ou individus impliqués dans la planification ou l'exécution des projets/actions | 7. Solution – <i>Bénéficiaires</i> (organisations, relations ou individus – enfants, intervenants, parents – considérés bénéficiaire de l'initiative) | |
| Implantation | <i>Politiques</i> | Activités | Moyens prévus de planification / réalisation des actions du Pilote/Programme | |
| | | - Politiques et programmes / ententes dans lesquelles s'inscrit directement ou dont s'inspire l'initiative - Leviers politiques mobilisés | 8. Solution – <i>Interface Initiative-Contexte</i> (politiques et programmes / ententes de santé publique et de petite enfance influant directement sur l'initiative) 13. Contexte solution- <i>PLSP</i> (plans locaux des CSSS) | |
| | <i>Financement</i> | - | - Montant / répartition budget octroyé - Activités financées | 9. Solution – <i>Financement / ressources</i> (budget octroyé/activités financées et autres ressources) |
| | <i>Organisations et réseaux</i> | - | Particularités des organisations (de santé, éducatives, intersectorielles) ou des programmes impliqués dans l'implantation, et des liens entre eux | 8. Solution – <i>Interface Initiative-Contexte</i> 4. Solution – <i>DRSP</i> 5. Solution – <i>CSSS</i> 6. Solution – <i>Partenaires</i> |
| <i>Fournisseurs</i> | - | Caractéristiques des ressources humaines | 9. Solution – <i>Financement / ressources</i> | |
| Contexte | <i>Milieux</i> | - | Milieux éducatifs privilégiés dans les quartiers territoires de CSSS visés, leurs caractéristiques et influences sur l'intervention et son implantation | 6. Solution – <i>Partenaires</i> |
| | <i>Géographique</i> | - | Caractéristiques / influences des ressources éducatives existantes dans les quartiers visés | 16. Contexte solution – <i>Éléments locaux</i> (autres que PLSP) 5. Solution – <i>CSSS</i> (re : activité « état de situation local ») |
| | <i>Socio-économique</i> | - | - Données démographiques sur les familles, accès différentiel aux ressources du territoire selon SSE, enjeux de fréquentation - Définition du « problème » du DJE dans une perspective sociale et de ressources, et influences de ces définitions | 16. Contexte solution – <i>Éléments locaux</i> 5. Solution – <i>CSSS</i> (re : activité « état de situation local ») Frame 3- Mécanismes contextualisés ¹ DJE envisagé comme processus relationnel des individus avec leur environnement immédiat ou plus large Frame 4- Qualité des situations de vie ¹ DJE envisagé au regard de la disponibilité et l'accès aux ressources, et de l'inclusion sociale |
| | <i>Épidémiologique</i> | - | Définition du « problème » du DJE comme distribution d'états de développement liés à certains déterminants, et influences de ces définitions | Frame 1- Statuts développementaux des tout-petits ¹ DJE envisagé comme appréciation clinique Frame 2- Qualité des soins et de l'éducation ¹ DJE envisagé au travers de la qualité du rôle et des attitudes des parents et autres adultes responsables, et des relations adulte-enfant Frames 5- Répartition populationnelle problèmes de DJE; 6-Conséquences du DJE au niveau populationnel ¹ DJE envisagé comme au regard de l'incidence des problèmes dans la population, parmi ses tranches socio-économiques |
| | <i>Socio-culturel-éthique</i> | - | - Connaissances scientifiques (résultats publiés d'études, évaluation de programmes, synthèses de connaissances, etc.) et leur influence - Déterminants de petite enfance valorisés ou présentés comme opportuns | 10. Contexte solution – <i>Connaissances scientifiques</i> Frames # 1-2-3-4 ² |
| <i>Légal-politique</i> | - | Balises politiques (lois, règlements, programmes) et autres données de situation nationale et régionale | 11. Contexte solution- <i>PNSP</i> (priorités nationales de santé publique) 12. Contexte solution- <i>PRSP</i> (plans régionaux de santé publique) 14. Contexte solution- <i>Éléments nationaux</i> (autres que PNSP) 15. Contexte solution- <i>Éléments régionaux</i> (autres que PRSP) | |

¹ Composantes P et D

² Composante JD

Chapitre 5 – Annexe C

Citations pour les *frames* de la solution

Article 'solution' - citations

| | Pilote | Programme |
|--------------|--|---|
| Contexte | <p>Citation 1.1 <i>Pour chaque catégorie d'organismes ou de services, indiquer : (...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> le nombre total d'enfants entre 2 et 5 ans rejoints (...) le nombre d'enfants entre 2 et 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité (...) rejoints (...) le nombre de place réservées pour [ces] enfants (...) [et] nombre (...) utilisant ces places (...) Moyens mis en place pour rejoindre [ces] enfants (...) et leur famille (référence, publicité, bouche-à-oreille...) Difficultés, obstacles et enjeux liés à l'accès aux services [par ceux-ci], au recrutement ou au maintien de la participation (...) <p>Citation 1.2 <i>(...) suite à la consultation des services et organismes de votre territoire visés par ce projet, (...) nous vous demandons [avec l'outil fourni] d'identifier, par catégorie d'organismes ou de services existant sur votre territoire et répondant aux critères (...) : la clientèle, la programmation et le fonctionnement des services ou des organismes ; la formation et le soutien nécessaire aux intervenants ; la participation aux structures de ainsi que les partenariats et collaborations déjà en place ou à développer (...) la participation de chaque catégorie de services ou d'organismes aux structures de planification intersectorielle des SIPPE.</i></p> | <p>Citation 2.1 <i>Le secteur Tout-petits (...) a le mandat de contribuer à la santé et au développement optimal des 0 à 5 ans par des actions préventives (...). Il participe ainsi à l'effort de la région pour réduire les inégalités sociales de santé (...).</i></p> <p>Citation 2.2 <u>Une mesure de groupe</u> <i>L'IMDPE (...) permet d'évaluer les forces et les faiblesses de groupes d'enfants et d'attirer l'attention sur le niveau de risque existant chez ces groupes.</i></p> <p>Citation 2.3 <i>On identifie un enfant vulnérable lorsque son score dans l'un des domaines de maturité scolaire se situe sous le 10e rang centile de l'échantillon normatif canadien, qui prend en considération le sexe et l'âge de l'enfant (...)</i> <i>(...) Ces enfants, identifiés (...) vulnérables, sont ceux qui auront le plus de mal à profiter des apprentissages scolaires et qui seront les plus susceptibles de développer des difficultés.</i></p> <p>Citation 2.4 <i>(...) le programme [ÉTP] a été déployé dans tous les territoires de CSSS en mars 2011 (...)</i></p> <p>Citation 2.5 <i>(...) des SGÉ et des OCF offrant un programme éducatif, qui accueillent des enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète. (...) ce programme repose sur la fréquentation de services éducatifs de qualité, et sur le soutien aux éducateurs (...). Les possibilités qu'offre le réseau des SGÉ [y] jouent d'ailleurs un rôle de premier plan (...).</i></p> <p>Citation 2.6 <i>Un service de garde de qualité se caractérise par : La qualité des interventions : (...) La qualité des lieux : (...) La qualité des activités : (...) Un service de garde de qualité (...) est capable de reconnaître les besoins des enfants et d'y répondre. (...) intervient auprès des enfants en tenant compte de leur niveau de développement. (...) un ou des adultes font équipe avec les parents (...).</i></p> |
| Implantation | <p>Citation 1.3 <i>Ce budget est réparti entre cinq territoires de CSSS. Celui-ci est établi en accordant à chaque territoire un montant de base de 40 000\$ plus un montant additionnel calculé au prorata du nombre de naissances issues de familles vivant en contexte de vulnérabilité. (...)</i></p> | <p>Citation 2.7 <i>[Axe 2] Réduire d'ici 10 ans la proportion d'enfants de maternelle qui présentent une vulnérabilité dans (...) leur développement, lorsque mesuré par l'[IMDPE].</i></p> <p>Citation 2.8 <i>Le budget accordé permet l'embauche de ressources spécialisées (psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes, ou autres professionnels du développement de l'enfant) en fonction des besoins [du] territoire (...) et de l'expertise dans l'organisation. Un montant de base (...) est alloué à tous les CSSS et le restant de l'enveloppe est octroyé sur une base populationnelle qui tient compte du nombre d'enfants vulnérables. Chaque CSSS [peut donc] bénéficier au minimum d'une ressource (...) dédiée [4 jours/semaine à ÉTP].</i></p> |
| Intervention | <p>Citation 1.4 <u>But</u> <i>Dans une perspective de promotion/prévention, favoriser le développement optimal des enfants de 2 à 5 ans (...) vivant en contexte de vulnérabilité et faciliter leur entrée à l'école, ainsi que la continuité scolaire. (...)</i> <u>Population cible</u> <i>Les [projets] (...) devront rejoindre principalement les enfants (...) et leurs parents résidant dans les territoires visés et correspondant à la population-cible des [SIPPE]. Cependant (...) les activités</i></p> | <p>Citation 2.9 <i>[ÉTP] est une offre de services des CSSS. (...) bien définie [qui] s'adresse aux intervenants des [MÉ], qui accueillent des enfants vivant en contexte de vulnérabilité ou dont le développement inquiète.</i></p> <p>Citation 2.10 <u>But du programme</u> <i>Dans une perspective de promotion/prévention, le but du programme est de favoriser le développement optimal des tout-petits [...] et de faciliter leur entrée à l'école. (...)</i></p> <p>Citation 2.11 <i>Le programme cible :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les enfants vivant dans des contextes de vulnérabilité, principalement (...) de familles SIPPE. |

seront orientées pour répondre aux besoins de soutien (...) des [MÉ].

Citation 1.5

Offrir aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité et résidant dans les territoires visés l'accès à un service [d'ÉTP] de qualité (...) [Le projet] vise le développement de l'enfant par l'intégration dans un milieu socialisant.

Citation 1.6

(...) Chaque CSSS doit convenir en partenariat (...) des projets et activités à mettre en œuvre pour répondre aux objectifs fixés. (...) Les CSSS agissent à titre de mandataires et ont la responsabilité d'animer et de coordonner la démarche intersectorielle locale. (...) Dans le cadre de cette mesure, la [DSRP] s'attend à ce que les CSSS, en collaboration avec les structures [de] planification intersectorielle des [SIPPE] et les organismes responsables des projets (...):

- Facilite[nt] une planification répondant aux objectifs visés par la mesure de santé publique ;
- Encourage[nt] la participation des organismes concernés, en particulier les [OC], les services de garde et les écoles, dans l'élaboration des projets et activités ;
- Incite[nt] les partenaires à encourager la participation des parents aux différentes phases (...) des projets et créer les conditions favorables

Citation 1.7

Objectifs spécifiques

- (...) améliorer l'accessibilité aux milieux de garde pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité et résidant dans les territoires visés ;
- Encourager, auprès des parents, la fréquentation des milieux de garde ;
- Soutenir et bonifier les interventions effectuées dans les [MÉ] offrant déjà des activités d'[ÉTP] avec une certaine intensité (...)
- Consolider et renforcer les collaborations et la continuité des interventions entre les CSSS, les centres jeunesse, les [OC], les milieux de garde et organismes offrant des activités [éducatives] (...), les écoles ou tout autre organisme soutenant le développement de l'enfant (...)

Citation 1.8

(...) perspective (...) tenant compte des expériences et expertises développées dans chaque territoire et des principaux critères d'efficacité connus des programmes d'intervention précoce.

- Les enfants pour lesquels on a des inquiétudes par rapport à leur développement (...) Ultimement, TOUS les enfants fréquentant les organismes bénéficient de cette collaboration avec le CSSS.

Citation 2.12

Objectifs généraux

- Favoriser l'intégration des enfants vivant en contexte de vulnérabilité dans un programme éducatif ou un SGÉ de qualité.
- Soutenir les intervenants des [milieux éducatifs] (...) dans leurs interventions auprès des enfants dont le développement inquiète.
- Soutenir les intervenants du CSSS [dans l'accompagnement] des parents ayant des enfants en difficulté et qui ne fréquentent pas de [milieux éducatifs].

Citation 2.13

De par ses liens déjà établis avec les [MÉ], les intervenants des [ÉTP] représentent les premiers acteurs vers lesquels les parents (...) et les autres intervenants (...) peuvent se tourner lorsqu'il y a une inquiétude par rapport au développement d'un enfant. (...) programme [ÉTP] une porte d'entrée au CSSS pour [ceux] qui s'inquiètent (...) jalon préventif du continuum d'interventions (...) retards de développement et les problèmes de comportement (...)

Citation 2.14

3.3 Objectifs spécifiques

- Favoriser et améliorer l'accessibilité aux [MÉ] pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité.
- Soutenir l'intégration en SGÉ des enfants dont le développement inquiète et qui ont été référés par le CSSS.
- Répondre aux besoins de soutien clinique des [MÉ] pour un enfant (...) ou un groupe d'enfants.
- Soutenir et faciliter l'acquisition des savoirs des intervenants des [MÉ] et du CSSS.
- Promouvoir et contribuer à (...) des mesures visant l'entrée réussie à l'école.

Citation 2.15

3.5 Activités attendues

Établir des ententes particulières pour favoriser l'accessibilité aux [MÉ].

Pour (...) les enfants vivant en contexte de vulnérabilité, l'intervenant [ÉTP] :

- Établit des liens avec les [MÉ] de son quartier.
- Formalise des collaborations avec la signature de protocoles d'entente avec les SGÉ.
- Soutient les familles des enfants dont le développement inquiète et les encourage à se prévaloir de ces programmes éducatifs.
- Explore, lorsque souhaité (...) l'accès à des SGÉ à temps partiel, sans pénaliser financièrement les parents.

Soutenir l'intégration en SGÉ

Pour soutenir l'enfant et sa famille et faciliter l'intégration en SGÉ, l'intervenant [ÉTP] :

- Facilite la liaison avec les SGÉ.
- Accompagne l'enfant et sa famille vers les SGÉ.
- Soutient les éducateurs afin de bonifier leurs interventions. (...)

Citation 2.16

(...) L'application du programme [ÉTP] doit s'arrimer aux autres interventions et actions (...) tout particulièrement (...) le cadre de collaboration CPE-CLSC-CJ (...)

Indicateurs de mise en œuvre [du plan régional de santé publique]

- Plans d'action en [ÉTP] (orientations concrètes et cibles de résultats visant à améliorer le développement (...))
- Proportion de protocoles CSSS-CPE-(CJ) mis en application

Chapitre 5 – Annexe D

Résumé comparatif des solutions Pilote et Programme

Résumé comparatif des ‘solutions’ Pilote et Programme selon leurs 3 dimensions et domaines

| Contexte | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Légal et politique : Intérêt pour les contextes de vulnérabilité et ressources et services à développer en amont du DJE, et pour différents ‘niveaux’ de déterminants du développement en petite enfance. ▪ Socio-culturel et éthique : Les <i>jugements</i> portés sur les déterminants du DJE soulignent la pertinence de l’intervention précoce en milieu vulnérable ; d’approches intégrées par territoire ; de milieux stimulants comme les CPE ; de la lutte à la pauvreté et du support au rôle parental. Les <i>connaissances</i> mobilisées concernent les programmes d’intervention précoce en milieu vulnérable. ▪ Socio-économique et géographique : On prend en compte les spécificités locales. Les <i>frames</i> du DJE <i>Mécanismes contextualisés</i> et <i>Qualité des situations de vie</i> envisagent celui-ci via l’accommodation mutuelle entre individus et différents niveaux de l’environnement (réseau social, ressources du quartier, communauté, culture, économie, politiques) ; on s’intéresse aux conditions de vie, ressources, exclusion sociale des familles pauvres, et aux SG en milieux vulnérables. ▪ Épidémiologique : Les <i>frames</i> du DJE <i>Statuts développementaux des tout-petits</i> et <i>Qualité des soins et de l’éducation</i> soulignent l’importance des circonstances sociales de pauvreté et jeune âge parental (manque de ressources, stress) au regard des risques de difficultés de DJE et du rôle éducatif des parents. ▪ Milieux visés : Quartiers caractérisés par la vulnérabilité, et leurs ressources éducatives. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Légal et politique : Intérêt plus spécifique pour la ‘vulnérabilité’ des profils développementaux des enfants, la ‘maturité scolaire’ et rôle des SG à l’égard du DJE ▪ Socio-culturel et éthique : Les <i>jugements</i> portés sur les déterminants du DJE insistent sur : les SG de qualité comme facteur de protection (pour tous, dont enfants de milieux défavorisés) ; les programmes universels avec mesures pour familles ‘à plus haut risque’ ; un meilleur accès général aux ressources. Les <i>connaissances</i> mobilisées concernent les effets et spécificités de qualité et fréquentation de SG selon les caractéristiques familiales. ▪ Socio-économique et géographique : Perte apparente de prise en compte des spécificités locales. Les <i>frames</i> du DJE <i>Mécanismes contextualisés</i> et <i>Qualité des situations de vie</i> envisagent le DJE via les apports de l’environnement immédiat (dont SG éducatifs) spécifiquement pour les enfants, leur développement et leurs expériences et relations, et se préoccupent d’accès des familles aux ressources supportant le DJE - mais peu selon leur contexte socio-économique, sauf en ce qui a trait aux SG éducatifs. ▪ Épidémiologique : Malgré une préoccupation pour le gradient socio-économique de développement, les <i>frames Statuts développementaux des tout-petits</i> et <i>Qualité des soins et de l’éducation</i> soulignent moins l’importance des circonstances sociales en lien aux risques de difficultés et attitudes parentales, et le rôle éducatif des parents s’estompe au profit de celui des éducateurs de SG. Émergence de deux <i>frames</i> populationnels du DJE : la préoccupation est le nombre d’individus affectés par les déterminants dans la population globale et différentes couches sociales (dont le nombre plus élevé dans la classe moyenne), et l’égalité des opportunités. ▪ Milieux visés : Territoires locaux de manière plus plus générique (la ‘vulnérabilité’ concerne le contexte social des familles ou les profils développementaux des enfants); milieux éducatifs ‘de qualité’ (définie plus précisément en termes d’interventions, activités, lieux, réponse aux enfants, partenariats avec parents) |
|--|--|---|
| Implantation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique : Inscription d’ÉTP dans le PRSP (objectif d’amélioration des conditions de vie et soutien aux familles de tout-petits; cible de développement d’interventions en stimulation précoce). Mission des CSSS en lien objectifs du PRSP et plan d’action local (selon caractéristiques du territoire, réalisé avec les OC). Rôle de soutien de la DRSP face aux projets ÉTP (outils, etc.) ▪ Financement : Montant de base avec supplément selon nombre de naissances en <i>contexte de vulnérabilité</i> ; pour projets intersectoriels (CSSS, OC) dans quartiers vulnérables en revitalisation. ▪ Structure organisationnelle et réseaux : Pilote situé dans et en continuité avec les deux composantes des SIPPE ; ÉTP en est le volet éducatif ; arrimage promu avec structure de concertation intersectorielle SIPPE, MÉ pour enfants et autres ressources en petite enfance. Mission des SGÉ articulée autour de l’équité des chances pour familles et enfants. ▪ Fournisseurs locaux : Aucune prescription particulière. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique : Inscription dans un nouveau PRSP préventif détaillé (cible de réduction de la <i>vulnérabilité</i> du développement selon mesure de maturité scolaire). Mission des CSSS implique responsabilité explicite de santé populationnelle (sur base d’un tronc commun DRSP-CSSS) avec plans locaux de SP et offre de support de la DRSP. Modalités de suivi ÉTP par la DRSP à préciser. ▪ Financement : Accordé à tous les CSSS du territoire régional selon leur proportion d’enfants <i>vulnérables</i> ; pour embauche de ressources professionnelles spécialisées en DJE. ▪ Structure organisationnelle et réseaux : Programme situé en dehors des SIPPE mais en continuité avec ceux-ci ; arrimage promu avec le continuum de services et programmes préventifs en santé, dont nouveau guichet d’accès pour enfants en difficulté de développement. Mission des SGÉ pour tout-petits (dont des CPE) articulée autour de leurs bénéfices pour développement de l’enfant et la maturité scolaire. ▪ Fournisseurs locaux : Professionnels des CSSS spécialisés en développement de l’enfant. |
| Intervention | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identité : ÉTP comme ‘milieux de vie’ stimulants dans des quartiers démunis ; valeur intrinsèque des MÉ répondant aux critères, importance des collaborations intersectorielles, connaissances scientifiques et savoirs expérientiels ; rôle actif des parents dans toutes les étapes des projets. ▪ But, objectifs, outcomes attendus : But de développement optimal pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité, d’entrée scolaire facilitée et de continuité scolaire. Objectifs spécifiques d’accessibilité aux MÉ, de mobilisation des parents, de renforcement du potentiel des MÉ et de continuité entre ressources. Aucun <i>outcome</i> spécifique attendu. ▪ Conception de l’intervention : Composante politique : élaboration et mise en œuvre de projets intersectoriels collaboratifs ; importance de concertation locale et arrimage entre ressources des quartiers. Composante éducative : projets de bonification des interventions avec MÉ. Prescriptions d’exécution : intersectorialité de la démarche, décision concertées, étapes de réalisation de projets impliquant les parents. ▪ Livraison : Projets mis en œuvre par les CSSS ou OCF dans les MÉ. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identité : ÉTP comme ‘offre de services’ de soutien au DJE dans tous les territoires locaux ; importance de qualité des MÉ et des savoirs experts des CSSS ; rôle des parents restreint à la participation au programme. ▪ But, objectifs, outcomes attendus : But de développement optimal et d’entrée scolaire facilitée, visée davantage préventive et individualisée élargie à tous les enfants 0-5 ans. Objectifs spécifiques : accessibilité aux MÉ pour enfants en contexte de vulnérabilité ; intégration en SGÉ des enfants dont le développement inquiète ; soutien clinique et acquisition des savoirs pour intervenants des MÉ et CSSS ; mesures facilitant l’entrée scolaire. <i>Outcome</i> attendu : activités spécifiques associées aux objectifs (dont ententes à l’accès aux SGÉ), plans locaux adaptés et – indirectement – proportion de protocoles d’entente signés avec SGÉ pour l’intégration d’enfants en contexte de vulnérabilité. ▪ Conception de l’intervention : Composante politique : formalisation d’ententes pour l’accessibilité et de collaborations avec certains MÉ spécifiques et écoles ; précision de l’offre de services. Composante éducative : soutien clinique, acquisition des savoirs, sensibilisation à des mesures facilitantes. Prescriptions d’exécution : activités spécifiques attendues à caractère éducatif et relatives à l’accès et intégration aux MÉ. ▪ Livraison : Approche de consultation des CSSS dans les MÉ et d’autres services préventifs des CSSS. |
| <p>Légende : CPE: Centre de la petite enfance CSSS: Centre de santé et de services sociaux DJE: développement du jeune enfant DRSP: Direction régionale de santé publique ÉTP: initiative Éducation des tout-petits MÉ: milieux éducatifs OCF: organisme communautaire ‘famille’ PRSP: Plan régional de santé publique SG: services de garde SIPPE: Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles en contexte de vulnérabilité SP: santé publique</p> | | |