

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat
en santé publique,
le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre**

par
Angèle Bilodeau

Programme de sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Octobre 2000

©Angèle Bilodeau, 2000



AC

20

US4

2001

v. 003

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

Cette thèse intitulée

**Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat
en santé publique,
le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre**

présentée par Angèle Bilodeau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Pierre Hamel	président du jury
Claire Chamberland	directrice de recherche
Deena White	codirectrice de recherche
Jean-Louis Denis	membre du jury
Michel O'Neill	examineur externe
André-Pierre Contandriopoulos	représentant du doyen

Thèse acceptée le 1^{er} décembre 2000

*En hommage
à ma mère
et à mon père
qui, dans le Québec rural des années cinquante,
ont su croire à l'éducation des filles.*

À Guy, pour sa complicité.

REMERCIEMENTS

Le doctorat est une œuvre enrichissante, difficile et exigeante. Cette entreprise s'en trouve cependant facilitée lorsque certaines conditions sont réunies. À ce propos, je tiens à remercier mon employeur, la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, pour avoir accueilli favorablement et soutenu mon projet d'étude.

Cette thèse retourne à mes supérieurs et collègues qui font œuvre de planification une interprétation de leurs expériences de la dynamique participative. Je tiens à souligner ici leur audace, leurs initiatives sur des terrains encore peu explorés pour inventer de nouvelles façons de faire. Tout comme le milieu communautaire qui a engagé dans ces projets son expertise en même temps que son ingéniosité. J'espère par cette thèse avoir su, avec justesse, prolonger leurs expériences, de telle sorte à éclairer les pratiques à venir.

Je suis tout autant reconnaissante envers Madame Claire Chamberland, directrice, et Madame Deena White, codirectrice, qui ont mis avec brio, générosité et diligence leurs savoirs et expériences au profit de cette thèse. Leurs réflexions et les alignements proposés m'ont permis de tirer le meilleur parti des expériences étudiées et de mieux mettre en valeur les leçons qu'on pouvait en tirer.

SOMMAIRE

L'évolution des pratiques de planification dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être a été peu étudiée sous l'aspect de l'accroissement de leur efficacité. Si, au sujet des approches technocratiques, la littérature accumule les évidences de leur peu de résultats, au sujet des approches participatives, moins d'évidences nous informent quant aux arrangements les plus prometteurs. Aborder la question des conditions de la planification participative et de l'action en partenariat associées à l'atteinte de résultats exige une analyse des rapports sociaux entre les acteurs de telle sorte à comprendre comment ils réussissent à produire ce qu'ils produisent et le cas échéant, améliorer ce produit. Comprendre comment se construit la coopération, partant des rapports sociaux et des rapports de pouvoir entre les acteurs, vu leur position sociale et leur logique d'action, et établir les liens entre les propriétés de ce processus et les attributs de qualité du produit, permet d'éclairer les conditions de succès de la planification participative et de l'action en partenariat.

L'étude de quatre expériences de planification participative et d'action en partenariat, déployées dans le cadre des priorités 1995-1998 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, a adopté cette perspective théorique. L'analyse, qui a opéré selon le cadre méthodologique de l'étude de cas multiples, fait ressortir deux dimensions du processus de structuration de l'action qui s'avèrent les plus actives, eu égard à son niveau de qualité. D'abord, la dimension de l'accès à l'information, rendue disponible par la participation des acteurs internes et externes des systèmes et des citoyens, information qui sera d'autant plus étendue et intégrée au processus de décision que la participation sera plus dynamique, de plus grande ampleur. Ce qui a une incidence sur les zones de convergences entre les acteurs, précurseurs de la construction de l'accord et de la coopération. Puis la dimension du processus d'innovation, au double plan des rapports sociaux de partenariat et du sens de l'action, qui sera favorable à la qualité de l'action dans la mesure où la dynamique de la participation entraîne un renouvellement du partenariat, dans le sens de la réduction des effets du déséquilibre du pouvoir entre les acteurs, et en termes de conjugaison de leurs logiques d'action.

Une telle compréhension des conditions du processus de structuration de l'action devant conduire à une qualité accrue de l'action pose les bases d'un renouvellement de la méthodologie de la planification participative et de l'action en partenariat dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iv
SOMMAIRE	v
LISTE DES TABLEAUX	xvi
LISTE DES FIGURES	xvii
LISTE DES SIGLES	xviii
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	8
LA PROBLÉMATIQUE	
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I	11
L'ÉVOLUTION DES APPROCHES DE PLANIFICATION DANS LE DOMAINE PUBLIC DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES	
1 De la planification technocratique à la planification participative	11
2 Vers un changement de paradigme en planification ?	16
CHAPITRE II	18
L'ÉVOLUTION DU CHAMP DE LA PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES	
1 La structuration du champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être et l'émergence des pratiques de partenariat et d'intersectorialité	18
1.1 La domination de l'approche d'expérimentation sociale	18
1.2 L'appel au partenariat et à l'intersectorialité	20
1.3 Le lieu d'un débat épistémologique et éthique	25
2 Les processus et les résultats de l'action en partenariat dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être	27
2.1 Les aspects du fonctionnement des partenariats	27
2.2 La dimension des relations inter-organisationnelles au sein des partenariats	29
2.3 Les résultats de l'action en partenariat	35

DEUXIÈME PARTIE	38
LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	
INTRODUCTION	39
CHAPITRE III	40
POUR UNE COMPRÉHENSION DE LA COMPLEXITÉ ET DE LA DIFFICULTÉ DE L'ACTION EN PARTENARIAT	
1 Les forces de la sectorisation	42
2 Les rapports sociaux au sein des partenariats public -communautaire	42
CHAPITRE IV	46
POUR UNE COMPRÉHENSION DE LA CONSTRUCTION DE L'ACCORD ENTRE ACTEURS ... LA THÉORIE DE LA TRADUCTION COMME PERSPECTIVE FONDAMENTALE DE LA RECHERCHE	
1 Les termes de l'analyse du conflit	46
2 La construction et la stabilité de l'accord entre acteurs	47
3 La justification du choix de la théorie de la traduction comme perspective fondamentale de recherche	51
CHAPITRE V	55
L'ADAPTATION DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION AU CONTEXTE DE L'ÉTUDE	
CHAPITRE VI	59
LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	
1 Le processus de structuration des programmes	59
1.1 Le sociogramme	60
1.2 Le technogramme	62
2 La qualité des programmes	63
CHAPITRE VII	68
LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE	
1 La nature de la recherche	68
2 Le contexte de la recherche	69
3 La sélection des cas	71
4 Le corpus de données	72
4.1 Les documents de la planification	74
4.2 Les documents de l'évaluation	77
4.3 La qualité des données	80

		viii
5	La méthodologie d'analyse du corpus de données	83
	5.1 Le système de classement et de repérage des documents	83
	5.2 Le codage	84
	5.3 L'élaboration de diagrammes et de matrices comme outil d'analyse	85
6	La stratégie de recherche	87
7	Les forces et limites de la méthodologie de recherche	88
	7.1 La validité interne de la recherche ou sa crédibilité	89
	7.2 La validité externe de la recherche ou le domaine d'application de ses conclusions	92
	7.3 La fiabilité de la procédure de recherche	93
	7.4 L'objectivité ou l'intégrité de la démarche de recherche	93
	7.5 Les considérations éthiques de la recherche	94
	TROISIÈME PARTIE	95
	L'ANALYSE INTERNE DES CAS	
	INTRODUCTION	96
	CAS 1	99
	LES PROJETS DE <i>SENSIBILISATION – DÉPISTAGE</i> DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	
	CHAPITRE VIII	100
	LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PRIORITÉ ET SES ACTEURS	
1	Le contexte	100
2	La constitution du réseau	101
	2.1 Les maisons d'hébergement	102
	2.2 Les établissements du secteur de la santé et des services sociaux	102
	2.3 Les organismes d'intervention auprès des conjoints violents	105
	2.4 La Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM	106
	CHAPITRE IX	108
	LA SECTORISATION DU CHAMP EN ZONES D'EXCLUSIVITÉ ET DE CONTRÔLE : LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE	
1	L'évolution du sociogramme	108
	1.1 L'étape de la planification stratégique : De la première problématisation au positionnement des acteurs	108
	1.2 L'étape de la planification structurelle : la non-résolution des controverses et les solutions qui se sont imposées	115
2	L'évolution du technogramme : une formation morcelée et déconnectée de l'organisation des services	122

CHAPITRE X	124
LE MORCELLEMENT DE L'ACTION :	
L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	
1 L'évolution du sociogramme :	124
des arrangements ponctuels et restreints, contrôlés par les mandataires	
1.1 L'arrangement mis en place par le CLSC mandataire	125
1.2 L'arrangement mis en place par le Centre Batshaw	126
1.3 L'arrangement mis en place par le comité de maisons d'hébergement	127
2 L'évolution du technogramme	128
CHAPITRE XI	132
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION :	
LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE	
1 La solidité du modèle d'action	132
1.1 Le défaut des conditions organisationnelles d'un dépistage systématique et d'une intervention efficace	132
1.2 Le peu de pression de la Régie et de la DSP	134
1.3 Les zones de concurrence entre acteurs à l'origine du défaut de considérer les conditions inter-organisationnelles du dépistage et de l'intervention	134
2 L'ancrage du modèle d'action	136
3 La force d'entraînement du projet	137
CHAPITRE XII	140
LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION	
1 Des politiques publiques qui placent les acteurs en concurrence	140
2 Le manque de vision intersectorielle de la planification	142
3 Des mandataires en position d'influence dans le réseau visé par le changement	143
CAS 2	146
LE PROJET <i>INFORMATION DES FEMMES</i> DE LA PRIORITÉ CANCER DU SEIN	
CHAPITRE XIII	147
LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PRIORITÉ ET SES ACTEURS	
1 Le contexte	147
2 La constitution du réseau	149
2.1 Les acteurs institutionnels	150
2.2 Les acteurs communautaires :	150
le Centre de santé des femmes de Montréal	

		x
2.3	Les réseaux	151
2.4	L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)	152
CHAPITRE XIV		154
UNE AMORCE DE STRUCTURATION DU PROJET <i>INFORMATION DES FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN</i> : LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE		
1	L'évolution du sociogramme	154
1.1	La problématisation et l'intéressement des acteurs	154
1.2	Les principales controverses et les convergences conduisant à l'action	156
2	L'évolution du technogramme : la naissance d'un programme d'information des femmes à couleur régionale	162
CHAPITRE XV		164
LA FORME CONCRÈTE DU PROJET D' <i>INFORMATION DES FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN</i> : L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE		
1	L'évolution du sociogramme : l'arrangement inter-organisationnel mis en place	164
1.1	Un partenariat qui fait place à la cohabitation des paradigmes d'action	165
1.2	Un partenariat qui respecte l'autonomie des partenaires	167
1.3	Un partenariat qui se consolide autour d'un tronc commun d'action	171
2	L'évolution du technogramme : des produits à l'image du partenariat	173
CHAPITRE XVI		177
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION : LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE		
1	La solidité du modèle d'action	177
1.1	Le jugement sur les moyens de construire le partenariat	178
1.2	Le jugement sur les moyens de rejoindre la population cible	179
2	L'ancrage du modèle d'action	181
3	La viabilité de la solution	181
4	La force d'entraînement du projet auprès des acteurs	182
CHAPITRE XVII		184
LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION		
1	Un équilibre des pouvoirs à la base d'un partenariat co-construit en vertu des intérêts de la population	184
2	La cohabitation des paradigmes d'action au cœur de la co-construction du partenariat	188

CAS 3	190
LE PROJET DE <i>SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</i> DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS	
CHAPITRE XVIII	191
LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET ET LA CONFIGURATION DES ACTEURS	
1 Le contexte	191
2 La constitution du réseau	194
2.1 Le système de récupération – redistribution, Moisson Montréal en tête	195
2.2 Les acteurs de l'alternative et leur porte-parole, la Table de concertation sur la faim	197
2.3 Les enjeux qui confrontent les acteurs communautaires de l'aide alimentaire	201
2.4 Les acteurs institutionnels, la Direction de la santé publique en tête	203
CHAPITRE XIX	206
UNE AMORCE DE STRUCTURATION DU PROJET DE <i>SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</i> : LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE	
1 L'évolution du sociogramme : La création d'une nouvelle scène dans le champ de l'aide alimentaire qui modifie le rapport entre organismes de dépannage et de prise en charge	206
1.1 La problématisation et l'intéressement des acteurs	206
1.2 Le développement de la sécurité alimentaire : un lieu de confrontation des organismes de dépannage et de prise en charge	210
2 L'évolution du technogramme : Les premiers jalons d'une politique régionale de sécurité alimentaire	211
CHAPITRE XX	213
L'ENVOL DU COMITÉ RÉGIONAL ET LES GRANDS ET PETITS PAS DES PROJETS LOCAUX : L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	
1 L'évolution du sociogramme : la construction d'arrangements entre les acteurs	213
1.1 L'arrangement inter-organisationnel mis en place	213
1.2 Vers une définition commune d'une politique de sécurité alimentaire	218
1.3 Le rapport entre le Comité régional de la DSP et la Table de concertation sur la faim : la recherche d'un espace de collaboration	221
2 L'évolution du technogramme : quelques « sorties » dans les médias et les premières retombées dans les quartiers	223

	xii	
2.1	Au palier régional	223
2.2	Au palier local	226
CHAPITRE XXI		229
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION :		
LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE		
1	La solidité du modèle d'action	230
1.1	La dimension de la concertation au cœur de la notion de sécurité alimentaire	230
1.2	L'innovation sociale aux niveaux proximaux du modèle écologique	231
2	L'ancrage du modèle d'action	232
3	La viabilité de la solution	233
4	La force d'entraînement du projet	234
CHAPITRE XXII		237
LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION		
1	Une co-construction fondée sur un équilibre du pouvoir entre les acteurs et sur une co-fertilisation de la recherche, de la planification et de la pratique	237
2	L'établissement d'un rapport de force permettant la confrontation des paradigmes d'action	239
CAS 4		242
LE PROJET <i>NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ</i> DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS		
CHAPITRE XXIII		243
LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET ET SES ACTEURS		
1	Le contexte de développement de <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	243
2	La constitution du réseau	247
2.1	Les politiques et bailleurs de fonds	247
2.2	La DSP et les CLSC	249
2.3	Les organismes communautaires	250
2.4	Les familles en situation d'extrême pauvreté	253
CHAPITRE XXIV		256
UN PROGRAMME-CADRE STRUCTURANT :		
LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE		
1	L'évolution du sociogramme : une approche technocratique d'intéressement des acteurs et de structuration du programme	257
1.1	La problématisation et l'intéressement des acteurs	257

1.2	Les structures régionales de gestion	261
1.3	Les moyens d'assurer la conformité au programme –cadre	262
2	L'évolution du technogramme	263
	CHAPITRE XXV	264
	LE RAPPORT INSTITUTIONNEL - COMMUNAUTAIRE AU CŒUR DES ENJEUX : LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	
1	L'évolution du sociogramme : l'arrangement inter-organisationnel mis en place	264
1.1	La conformité des structures locales au programme-cadre	264
1.2	La conformité à la structure-cadre vue comme un passage obligé vers l'atteinte des résultats : la primauté d'une conception institutionnelle de la continuité des services	267
1.3	Le rapport entre planification centrale et autonomie locale : le principal lieu de controverse	269
1.4	Le rapport entre organismes institutionnels et communautaires : la reproduction d'un déséquilibre du pouvoir	272
2	Le technogramme	277
2.1	Le suivi pré et post natal en CLSC	277
2.2	Le volet postnatal communautaire	279
	CHAPITRE XXVI	282
	L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ : LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE	
1	La solidité du modèle d'action	282
1.1	Accroître les bienfaits d'un programme-cadre tout en réduisant ses méfaits	282
1.2	Préserver la spécificité et la capacité d'innovation de l'intervention communautaire	285
1.3	L'enrichissement du modèle par l'arrimage de la promotion-prévention et de la protection	286
1.4	L'enrichissement du modèle par la concrétisation de la stratégie d'influence	287
2	L'ancrage du modèle d'action	288
3	La viabilité de la solution	289
4	L'effet d'entraînement	291
4.1	Un effet d'entraînement inusité auprès du milieu institutionnel	291
4.2	L'effet d'entraînement auprès des acteurs intersectoriels locaux	292

CHAPITRE XXVII	296
LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION	
1 Le positionnement des familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion au centre des enjeux par un programme-cadre structurant	296
2 Un rapport institutionnel–communautaire défavorable à l'innovation communautaire	297
3 L'évolution d'une approche technocratique vers une approche participative	299
QUATRIÈME PARTIE	303
L'ANALYSE COMPARATIVE DES CAS	
INTRODUCTION	304
CHAPITRE XXVIII	306
UN RAPPEL DES DIMENSIONS EXPLICATIVES DE LA QUALITÉ DE L'ACTION DANS CHAQUE CAS	
CHAPITRE XXIX	312
LES DIMENSIONS EXPLICATIVES PLUS GÉNÉRALES DE LA QUALITÉ DE L'ACTION ISSUES DE LA COMPARAISON DES CAS	
1 La problématisation comme opération de mobilisation et de convergence	312
2 La participation comme moyen d'accès à l'information	315
3 La participation comme moyen d'innovation sociale	321
3.1 Des moyens de réduire l'effet de subordination découlant du déséquilibre du pouvoir	323
3.2 La confrontation - conjugaison des paradigmes d'action	327
4 L'accès à l'information et l'innovation comme principes actifs du processus conduisant à la qualité des programmes participatifs	332
CONCLUSION	335
1 Une contribution à la compréhension des processus menant à une plus-value de qualité de l'action en partenariat	337
2 Une contribution au renouvellement des pratiques planificatrices et partenariales	339
3 La portée et les limites de la recherche	342
BIBLIOGRAPHIE	344

ANNEXE 1	xv
LISTE DES 13 PROGRAMMES DÉCOULANT DES 4 PRIORITÉS RÉGIONALES DE PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 1995-1998	xx
ANNEXE 2	xxiii
CATÉGORISATION DES ORGANISMES DE PROVENANCE DES DOCUMENTS POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE	
ANNEXE 3	xxvi
CATÉGORISATION DES DOCUMENTS SELON LEUR TYPE POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE	
ANNEXE 4	xxxi
LISTE DES SOURCES DE DONNÉES	
ANNEXE 5	liv
EXTRAIT DE LA BASE DE DONNÉES DU CAS <i>SENSIBILISATION / DÉPISTAGE</i> DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	
ANNEXE 6	lxv
DIAGRAMME CHRONOLOGIQUE DE LA STRUCTURATION DES PROJETS DE SENSIBILISATION / DÉPISTAGE	
ANNEXE 7	lxviii
MÉTA-MATRICE INTER-SITES DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES QUATRE CAS	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, sources de données	65
Tableau 2	Classification des sources de données par type de document	74
Tableau 3	Intérêts fondamentaux des acteurs du champ de la violence faite aux femmes en fonction de leur position sociale et leur identité	107
Tableau 4	Thèmes abordés dans les projets de formation, participation et satisfaction	130
Tableau 5	Matrice de la dynamique processus – résultat des projets de <i>Sensibilisation / Dépistage</i>	139
Tableau 6	Intérêts fondamentaux des acteurs du projet <i>Information des femmes sur le cancer du sein</i> en fonction de leur position sociale et leur identité	153
Tableau 7	Matrice de la dynamique processus – résultat du projet d' <i>Information des femmes sur le cancer du sein</i>	183
Tableau 8	Intérêts fondamentaux des acteurs du projet <i>Sécurité alimentaire</i> en fonction de leur position sociale et leur identité	205
Tableau 9	Matrice de la dynamique processus – résultat du projet de <i>Sécurité alimentaire</i>	236
Tableau 10	La structure de financement de <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	248
Tableau 11	Intérêts fondamentaux des acteurs du projet <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> en fonction de leur position sociale et leur identité	255
Tableau 12	Représentativité des regroupements intersectoriels en juin 1996 et 1997	266
Tableau 13	Matrice de la dynamique processus – résultat du projet <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	294
Tableau 14	Symétrie entre les propriétés du processus de structuration de l'action et ses attributs de qualité	311
Tableau 15	Dynamique de la participation, étendue de l'information et incidence sur la zone de convergence	316
Tableau 16	Rapport entre l'état des controverses et la dynamique de l'innovation	323

LISTE DES FIGURES

Figure 1	64
Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité	
Figure 2	85
Système de codage de l'information	
Figure 3	124
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel des projets <i>Sensibilisation / Dépistage</i>	
Figure 4	145
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité Projets <i>Sensibilisation / Dépistage</i>	
Figure 5	164
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel du projet <i>Information des femmes sur le cancer du sein</i>	
Figure 6	189
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité Projet <i>Information des femmes sur le cancer du sein</i>	
Figure 7	214
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel du projet <i>Sécurité alimentaire</i>	
Figure 8	241
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité Projet <i>Sécurité alimentaire</i>	
Figure 9	264
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel du projet <i>Naître égaux - Grandir en santé</i>	
Figure 10	302
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité Projet <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	
Figure 11	332
Les caractéristiques du processus qui conditionnent la qualité des programmes participatifs	

LISTE DES SIGLES

AASM	Aliment' Action St-Michel
ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
ACFAS	Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
AES	Auto-examen des seins
AMOM	Association des médecins omnipraticiens de Montréal
CA	Conseil d'administration
CALACS	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CBCN	Canadian Breast Cancer Network
CDEC	Corporation de développement économique communautaire
CECM	Commission des écoles catholiques de Montréal
CEPGM	Commission des écoles protestantes du Grand Montréal
CH	Centre hospitalier
CHCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CJ	Centres Jeunesse
CJM	Centres Jeunesse de Montréal
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CLSC	Centre local de services communautaire
CSF	Centre de santé des femmes
CSFM	Centre de santé des femmes de Montréal
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSST	Commission de la santé et sécurité du Québec
CTQ	Centre travail Québec
CUM	Communauté urbaine de Montréal
DDM	Dispensaire diététique de Montréal
DSP	Direction de la santé publique
ECS	Examen clinique des seins
FAO	Food and Agriculture Organization
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Université de Montréal)
HC	Healthy Cities
HLM	Habitation à loyer modique
IVAQ	Indemnisation des victimes d'actes criminels (programme)

MEQ	Ministère de l'éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (du Québec)
MSSS-SOC	Programme de Soutien aux organismes communautaires du MSSS
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OLO	Suppléments alimentaires Oeufs – Lait - Orange
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants (Canada)
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PNB	Produit national brut
PSEPA	Programme de soutien à l'éducation populaire autonome (MEQ)
PROS	Plans régionaux d'organisation de services
PRISME	Centre de promotion, références, information et services multi-ethniques
RAMQ	Régie de l'Assurance maladie du Québec
RCCGP	Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau
R-CLSCMM	Regroupement des CLSC de la région de Montréal
RÉIQCS	Réseau d'échange d'information québécois sur le cancer du sein
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de la région de Montréal
ROCFM	Regroupement des organismes communautaires familiaux de la région de Montréal
RRSSS M-C	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
SARIMM	Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants du Montréal métropolitain
SPCUM	Service de police de la Communauté urbaine de Montréal
TCFMM	Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain
YAPP	Programme Y'A Personne de Parfait

INTRODUCTION

L'objet d'étude de cette thèse est celui des pratiques de planification participative et d'action en partenariat dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être. Cette question de la participation des acteurs internes et externes des systèmes et des citoyens à l'élaboration des politiques et programmes publics figure depuis les années 1970 au centre de la critique formulée à l'égard des approches traditionnelles de planification, fondées sur des schèmes rationalistes, qui ont façonné les États modernes. L'ouverture des pratiques planificatrices à la participation témoigne de l'effort de renouvellement des États et des administrations publiques devant l'échec des approches traditionnelles de planification à satisfaire aux exigences d'efficacité des politiques et programmes publics, et devant la critique qui leur est adressée au plan du contrôle technocratique de la décision. Dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être, cette ouverture témoigne de la préoccupation des planificateurs et bailleurs de fonds pour la nécessaire mobilisation des communautés en vue de l'atteinte de résultats au plan de la santé et du bien-être, et d'un intérêt grandissant pour les facteurs de l'environnement physique et social associés aux problèmes sociaux et de santé. Cette évolution se reflète au Québec, et de façon comparable ailleurs dans les sociétés occidentales, dans l'adoption de politiques publiques visant la réduction des problèmes de santé et de bien-être où l'appel au partenariat et aux collaborations intersectorielles figure au centre des stratégies. L'extension du partenariat (public – privé; public – communautaire) est en fait, plus largement, l'expression du renouvellement du rôle des États dans le sens de la privatisation ou de la communautarisation des services publics dans le contexte de remise en question de l'interventionnisme d'État, autant dans les milieux du pouvoir que, pour des raisons différentes, dans les milieux de la contestation.

La participation à la planification et à l'action des pouvoirs publics a été introduite, disions-nous, en vertu d'objectifs de démocratisation des systèmes et d'accroissement de leur efficacité. À ce jour cette question, du moins dans le champ socio-sanitaire, a été surtout appréhendée sous l'aspect de la démocratisation de la prise de décision. Et la littérature qui en rend compte tend plutôt à conclure à un échec des processus participatifs mobilisés dans les nouvelles pratiques planificatrices, quant à leur portée démocratique. Une méta-analyse de White (2000) montre que la prise de décision demeure plutôt dominée par les acteurs internes influents des systèmes alors que la participation des citoyens et des communautés joue plutôt un rôle instrumental, venant surtout légitimer les décisions des administrateurs. Les finalités de démocratisation ne sont pas atteintes dans la mesure où la participation ne permet pas d'accroître le contrôle démocratique sur la décision. La participation ne répond pas à l'idéal démocratique, essentiellement pour trois raisons : 1^o) parce que la gestion de la participation est contrôlée par les administrateurs à leurs propres fins, notamment par la sélection stratégique des participants et par le contrôle de l'information qui leur est rendue disponible et par là,

de leur opinion; 2^o) parce que le point de vue des citoyens, de la communauté, des consommateurs n'est pas une expertise reconnue pour orienter la décision; 3^o) parce que la participation est contrainte par l'agenda administratif. Ainsi, atteindre un consensus dans l'agenda établi prime sur l'étendue de la participation; le recrutement et la formation de participants d'abord peu avisés prime sur le recrutement de représentants d'associations de défense des droits et intérêts collectifs; les modes de participation unidirectionnels priment sur les modes interactifs. L'éventualité de conflits et de débats prolongés est vue par les administrateurs comme une menace dans le processus de prise de décision, eu égard à l'efficacité administrative et à un idéal de neutralité. La participation apparaît alors davantage comme un moyen de recueillir de l'information en vue d'une décision mieux informée qui peut bénéficier à la communauté qu'un moyen de partager le pouvoir, une question d'efficacité administrative¹ plus qu'une question de démocratisation de l'administration publique.

L'évolution des pratiques planificatrices et partenariales a été cependant peu étudiée sous l'aspect de l'accroissement de l'efficacité des politiques et programmes publics associé à la participation. Si la littérature accumule les évidences du peu de résultats des approches technocratiques, au sujet des approches participatives, moins d'évidences nous informent quant aux arrangements les plus prometteurs. Or, c'est sur ce terrain que notre thèse propose une avancée. Hors de la préoccupation de démocratisation des systèmes publics, la question de la participation conserve toute sa pertinence, particulièrement dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être où l'implication active des populations visées tout comme la participation des intervenants à l'élaboration des interventions sont au cœur du débat actuel sur le renouvellement des pratiques en vertu de finalité d'efficacité. Notre intérêt porte sur une compréhension du rôle et de la place de la participation dans la planification, eu égard à des objectifs d'efficacité. La planification, qui consiste à établir des plans pour le futur à partir des paramètres du présent, est une fonction complexe autant qu'essentielle de l'administration publique, et d'autant plus lorsque les systèmes sont sollicités tel qu'actuellement par une demande pressante de changement. En conséquence, nous nous demandons dans cette thèse qu'est-ce que la participation peut apporter à la planification pour en accroître l'efficacité; et plus avant, dans une démarche de planification participative qui débouche sur une action en partenariat, quelles sont les conditions de ce partenariat qui favorisent l'atteinte de meilleurs résultats.

Notre questionnement soulève un certain nombre d'enjeux contemporains de la planification participative et de l'action en partenariat qui seront au centre des discussions dans cette thèse. Premièrement, à quel pôle, celui des schèmes traditionnels de la planification ou celui des

¹ L'efficacité administrative réfère à la gestion du processus de la participation de sorte à tirer un parti optimal des ressources alors que l'efficacité administrative réfère à l'atteinte de résultats, en termes de décisions plus adéquates.

exigences de la participation, sont réalisées les accommodations pour correspondre au contexte post-technocratique de l'élaboration des politiques et programmes publics? Et quel est le rapport entre ces transformations à un pôle ou l'autre et le niveau de qualité de l'action générée? L'administration publique et sa fonction de planification, d'abord motivées par l'application des directives gouvernementales et la bonne marche des services publics, donc par des impératifs de direction et de contrôle, et qui disposent souvent de peu de marge de manœuvre, peuvent-elles être génératrices d'innovations? Deuxièmement, face à la critique adressée à la planification technocratique quant à son incapacité à formuler des décisions convenables sur la seule base des évidences scientifiques et à reconnaître le pluralisme des solutions devant la diversité des contextes et la complexité accrue des problèmes à résoudre, si les approches de planification et de partenariat se sont diversifiées de telle sorte à reconsidérer la suprématie de la connaissance objective, qu'en est-il des potentialités de l'expertise plurielle, eu égard à l'atteinte de résultats? Au-delà de la rhétorique sur cette question, nous discuterons dans cette thèse des arrangements entre les acteurs par lesquels ces potentialités seront en mesure d'être traduites en gain de qualité de l'action. Ainsi, si l'expertise technoscientifique n'est pas suffisante et que les pratiques planificatrices et partenariales doivent se renouveler devant la demande d'innovation, nous discuterons de la manière dont la participation peut faire œuvre utile à ce double plan.

Plus particulièrement, dans le contexte québécois actuel de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, en considérant les acteurs traditionnels qui y sont associés (Gouvernement, régies régionales -directions de la santé publique-, CLSC, organismes communautaires), mais aussi les nouveaux acteurs qui se voient sollicités par les politiques publiques faisant appel à l'intersectorialité, les enjeux contemporains de la planification et du partenariat évoqués précédemment peuvent être formulés autour des sous-questions suivantes: Comment penser la représentativité des partenariats, eu égard à la qualité de l'action et l'atteinte de résultats? En quoi les programmes – cadre inspirés de la tradition d'expérimentation sociale contribuent-ils à la qualité de l'action? Quels sont les arrangements public - communautaire, ou entre planification centrale et autonomie locale, qui optimisent la qualité de l'action? Quel est le rapport optimal entre les savoirs scientifiques et pratiques, entre les savoirs institutionnels et communautaires, dans l'édification de l'action et sa qualité?

Dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, eu égard à notre question d'intérêt, les recherches à ce jour, tel qu'on le verra, ont davantage porté sur les processus que sur les résultats et de telle manière à fournir encore peu de pistes pour une ré-ingénierie des processus de telle sorte à accroître ces résultats. Plutôt centrée sur les dimensions instrumentales que fondamentales des

partenariats, par exemple sur des questions de formation des participants ou de formalisation des processus davantage que sur des questions relatives aux acteurs et leur capacité à produire mieux ensemble que isolément, la recherche offre encore peu de référents pour accroître la plus-value de l'action en partenariat. Il nous apparaît que la recherche doit plutôt s'inscrire dans une compréhension de la dynamique processus-résultat et qu'elle ne peut faire l'économie d'une analyse des rapports sociaux entre les acteurs pour comprendre comment ils réussissent à produire ce qu'ils produisent et le cas échéant, améliorer ce produit. Le choix d'une telle perspective tient au peu de résultats convaincants à ce jour de l'action en partenariat, vis-à-vis les attentes formulées à son égard, en même temps que persiste la croyance au bien fondé de l'approche, voire à son caractère incontournable pour mener des actions qui soient crédibles, et donc à la nécessité de travailler à son amélioration. D'où l'intérêt de cette thèse pour la qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en cherchant du côté de la ré-ingénierie des processus les conditions de cette qualité.

Une telle question de recherche correspond bien aux objectifs d'interdisciplinarité et d'application du programme d'étude de Doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal, en ce qu'elle part d'un problème donné, soit la nécessaire amélioration des résultats de l'action en partenariat, qui est éclairé en mettant à contribution différents champs de la connaissance, et qui se donne un objectif d'application, soit la ré-ingénierie des processus.

L'optique théorique qui nous apparaît la plus pertinente pour aborder cette question est celle qui consiste à mettre à profit les théories sur le processus de sectorisation, sur les rapports conflictuels et sur la coopération dans les démarches inter-organisationnelles pour éclairer les conditions de succès de l'action en partenariat. Peu d'études relient ces deux dimensions de la problématique, les travaux qui s'intéressent au rapport social entre les acteurs n'associent pas ces conditions à l'atteinte de résultats alors que les études qui s'intéressent aux résultats n'abordent généralement pas la dynamique entre les acteurs en termes de rapports sociaux. Qui dit planification et action en partenariat dit aussi groupes d'intérêt, enjeux, antagonisme et synergie des acteurs dans la définition, la réalisation et l'évaluation de l'action. Il nous apparaît pertinent, au-delà du bien-fondé de l'idée de partenariat, de comprendre comment se construit l'action, quelles sont les zones de divergences (source du conflit) et de convergences (source de la coopération) au centre des partenariats et devant déterminer les interventions. Il nous importe de comprendre comment on arrive à réaliser telle action et pas autre chose, de questionner la valeur de cette action, et de comprendre comment le processus qui donne lieu à l'action influence la valeur de celle-ci. Cette recherche se donne donc pour but de comprendre comment se construisent la coopération et l'action en partenariat, partant des rapports sociaux et des rapports de pouvoir entre les acteurs, vu

leur position sociale et leur logique d'action, et de relier les propriétés de ce processus aux attributs de qualité du produit. Pour répondre à ce questionnement, notre recherche analysera le **processus de structuration de l'action** en vue d'en identifier les caractéristiques qui sont associées à sa **qualité** ou, dit autrement, qui conditionnent la qualité de l'action. En analysant les expériences dans l'optique de la négociation et de la coopération, en lien avec la qualité de l'action, nous comptons éclairer différemment les conditions de succès de l'action en partenariat.

Les pratiques de partenariat analysées dans cette recherche découlent de l'exercice de planification socio-sanitaire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans le cadre des priorités régionales de prévention - promotion de la santé et du bien-être, 1995-1998. Ces priorités ont été mises de l'avant en 1994 en vertu de la reconfiguration du réseau québécois des services de santé et des services sociaux résultant de la loi 120 (1991) et elles découlent de *La politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (1992a) qui vient concrétiser le passage d'objectifs de soins à des objectifs de santé. Cette reconfiguration préconisait trois virages majeurs, vers les services ambulatoires, vers la qualité et la satisfaction de la clientèle et vers la prévention - promotion, et était assortie d'une ré-allocation de ressources du secteur curatif vers la prévention. À cet effet, la Régie déterminait, d'avril à décembre 1994, suite à une consultation auprès de la population (sondage) et des établissements (appel de mémoires) (RRSSS M-C, 1994a, 1994b), 11 priorités régionales de santé et de services sociaux pour le plan triennal d'action 1995-1998. Quatre de ces priorités devaient concrétiser le virage promotion-prévention, soit la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu d'extrême pauvreté; le développement optimal des jeunes; la prévention et la réduction de la violence envers les femmes; l'information des femmes et le dépistage précoce du cancer du sein.

En mars 1995, le Conseil d'administration de la Régie confiait à sa Direction de la santé publique (DSP) le mandat de la mise en œuvre des quatre priorités de prévention-promotion, avec des ressources additionnelles de 8,1 M\$ pour trois ans. Ce mandat consistait à déterminer les voies d'action prioritaires, constituer ou consolider et soutenir les partenariats dans la planification et la mise en œuvre d'interventions, et en assurer l'évaluation. Répondant à l'évidence que l'action en prévention et promotion de la santé et du bien-être ne relève pas du seul secteur de la santé et des services sociaux, et des seules ressources institutionnelles, les initiatives découlant des priorités (13 programmes) se distinguent par des configurations diversifiées d'acteurs, différentes approches de planification et de partenariat, et différentes stratégies d'intervention. Y logent donc une diversité d'expériences aptes à documenter notre question de recherche. L'évaluation de ces priorités

(Bilodeau et al., 1998), qui mettait de l'avant une approche participative et formative associant l'ensemble des partenaires, constitue une source importante de données de notre recherche.

Cette thèse comporte quatre parties. En première partie, elle amène à observer l'évolution de la planification dans le domaine public, de l'approche rationaliste, hiérarchisée et centralisée à l'émergence de courants alternatifs cherchant à en corriger les principaux écueils. Puis, ajustée à l'évolution de la planification, nous passerons en revue l'évolution du champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être en rappelant la domination de la perspective rationaliste, figurée par l'approche d'expérimentation sociale, et le contexte d'émergence des approches participatives. Nous y discuterons des études réalisées à ce jour sur les processus et les résultats mitigés de l'action en partenariat. Cette première partie pose donc la problématique de la planification participative et de l'action en partenariat dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, eu égard à l'atteinte de finalités d'efficacité, et appuie la pertinence de notre thèse.

En deuxième partie, nous abordons le cadre théorique et méthodologique de la recherche. Nous y discutons des principales conceptions du partenariat, particulièrement dans le domaine public, en nous attardant aux rapports sociaux entre les acteurs, principalement publics et communautaires, de telle sorte à en saisir la complexité. Puis, en vertu de la finalité de cette recherche qui consiste à identifier des conditions du processus de structuration de l'action qui en déterminent la qualité, nous posons dans cette partie les théories fondatrices de cette étude, en vertu desquelles nous escomptons enrichir notre compréhension du partenariat de telle sorte à proposer des pistes de renouvellement des pratiques. Notre thèse adopte un cadre de recherche de nature explicative, visant à développer d'abord des propositions explicatives spécifiques à chaque cas étudié, eu égard au rapport entre le processus de structuration de l'action et sa qualité, puis à comparer ces propositions en vue d'un ordre d'explication plus général.

Nous retenons quatre expériences issues des priorités régionales que nous analyserons en vertu du cadre méthodologique de l'étude de cas multiples. La troisième partie de cette thèse présente successivement l'analyse interne de ces cas, chacun se concluant par un ensemble de propositions explicatives de sa qualité. L'analyse comparative des cas présentée en quatrième partie répond à notre question de recherche en mettant en relief et en comparant les conditions les plus actives du rapport processus – résultat. En conclusion, partant des dimensions les plus significatives de l'explication du niveau de la qualité, nous proposons des pistes pour la planification et l'action en partenariat de telle sorte à en accroître la pertinence, eu égard à l'atteinte de résultats.

PREMIÈRE PARTIE

LA PROBLÉMATIQUE

INTRODUCTION

La problématique de cette thèse est celle de l'amélioration des pratiques de planification participative et d'action en partenariat dans le champ de la promotion – prévention de la santé et du bien-être, en vertu de l'atteinte de finalités d'efficacité des politiques et des programmes publics et de l'administration publique.

Le chapitre I rappelle les courants marquants de l'évolution des pratiques de planification dans le domaine public de telle sorte à comprendre le contexte et les motifs de l'ouverture à la participation. Il rappelle les fondements de l'approche rationaliste, qui est à la base de l'essor des services publics dans les sociétés occidentales, et ses limites à proposer des solutions valables dans des contextes et devant des problèmes devenus de plus en plus complexes. D'où une diversification des approches de planification où la participation de la société civile devient une dimension incontournable. Avec elle, la nécessaire prise en compte, dans l'exercice de planification, des intérêts diversifiés, voire divergents, des différents groupes sociaux concernés ou intéressés. Nous porterons notre attention sur deux courants de planification participative, l'approche politique et le courant communicationnel, qui nous semblent davantage inspirer pour le premier, et questionner pour le second, l'évolution des pratiques en prévention - promotion.

Le chapitre II se centre sur le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être pour montrer comment l'évolution des pratiques fut marquée par l'approche rationaliste, en même temps qu'il en montre les limites à assurer une large participation de la population, condition pourtant essentielle à l'atteinte de résultats significatifs. La participation des communautés dans ce champ donne lieu à un véritable débat épistémologique et éthique autour de la place et du rôle des communautés, citoyens, associations volontaires, leaders locaux, en contrepartie du rôle des planificateurs et bailleurs de fonds, dans la détermination des priorités et l'élaboration des programmes. De façon concomitante, le champ est animé d'un intérêt grandissant pour les facteurs environnementaux associés aux problèmes sociaux et de santé et en certains milieux, pour les causes structurelles de l'état de santé et de bien-être des populations, situés largement à l'extérieur du système socio-sanitaire, entraînant un appel à l'intersectorialité pour endiguer le cloisonnement caractéristique de l'organisation sociale, hérité du développement technocratique de l'État et des services publics. L'action en partenariat au niveau des communautés locales et l'intersectorialité représentent donc, dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être, la voie qu'ont empruntée à ce jour l'appel à la participation et les efforts d'ajustement des instances publiques afin de franchir les limites de la planification rationaliste, centralisée, sectorisée et hiérarchisée. C'est

à cet historique qu'est consacrée la première section du deuxième chapitre, sa deuxième section cherchant à faire le portrait des processus engagés et à tracer le bilan des résultats à ce jour, de ce virage vers l'intersectorialité et vers la participation des citoyens et des associations volontaires à la prévention – promotion.

Cette mise en contexte a pour but d'introduire les principaux courants de pensée qui animent le domaine de la planification et de la prévention – promotion de telle sorte à reconnaître leur filiation dans les expériences étudiées dans cette thèse et à mieux les comprendre. Le deuxième chapitre met en relief, par l'historicité des pratiques et l'état de la question sur les processus et résultats produits à ce jour, autant le bien fondé de l'action en partenariat et de l'action intersectorielle, que les résultats plutôt mitigés connus à ce jour, militant en faveur d'efforts additionnels pour une meilleure compréhension des processus devant mener à une amélioration des résultats. Il vient par là appuyer l'à-propos de cette thèse.

CHAPITRE I

L'ÉVOLUTION DES APPROCHES DE PLANIFICATION DANS LE DOMAINE PUBLIC DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES

1 DE LA PLANIFICATION TECHNOCRATIQUE À LA PLANIFICATION PARTICIPATIVE

L'appel à la participation de la société civile² qui caractérise la gestion du domaine public dans les sociétés occidentales depuis les quinze ou vingt dernières années doit d'abord être situé au regard de l'évolution des approches de planification qui ont eu cours, elles-mêmes révélatrices du rôle joué par les États (Elmore, 1978; Hamel, 1986; Monnier, 1987, 1992; Guba & Lincoln, 1989; Rogers & Hough, 1995). Mentionnons à cet égard que l'émergence de la planification publique dans les sociétés occidentales est généralement associée à la mise en place des États modernes qui a suivi la deuxième guerre mondiale³, l'État interventionniste ne pouvant opérer sans planification. L'effort de formalisation et de contrôle (du futur) dans la gestion publique, qui s'est manifesté en premier lieu et à une plus large échelle aux États-Unis, aura été favorisé dans les années d'après-guerre par le contexte de moins grande incertitude engendré par la stabilité de la croissance économique.

L'approche rationaliste, hiérarchisée et centralisée, a été au fondement du fonctionnement des États et de la planification publique au cours de cette période. Cette approche de la planification qui inspire encore largement les pratiques actuelles a donné lieu aux conceptions bureaucratique et technocratique du changement dans les organisations. Le modèle bureaucratique, qui s'appuie sur la légitimité de l'État de droit (l'administration publique exécute fidèlement les décisions prises par un gouvernement démocratiquement élu), est une représentation normative où l'exécution des lois et règlements répond à un principe d'ordre, de haut en bas, et où l'implantation du changement dépend de la capacité des gestionnaires des niveaux hiérarchiques supérieurs à contrôler la latitude discrétionnaire aux autres niveaux et de leur capacité à modifier les routines d'opération. Or, l'expérience et les analyses faites de la réalité politico-administrative ont montré l'influence déterminante des corporatismes et de la sectorisation sur l'évolution (et la dénaturation) des politiques et programmes publics (Monnier, 1987, 1992). Dans cet univers où la latitude décisionnelle s'accroît à mesure que l'on descend dans la hiérarchie, cette perspective échoue à affecter les pratiques du niveau de l'exécution qui, pourtant, déterminent le succès des politiques et programmes (Elmore, 1978).

² La notion de société civile est fréquemment utilisée dans la littérature sur la planification. Pour plus de clarté du propos, la définition de Fontan (1998) est utile. Selon la conception hégélienne, la société civile réfère à toutes les structures intermédiaires et associatives entre l'unité de base du social, la famille, et l'unité maximale, l'État. Pour une conception mieux adaptée aux sociétés modernes, partant de la définition parsonienne qui distingue les sphères publique, privée et associative, Fontan soutient que la société civile représente un espace complémentaire à la sphère publique qui comprend le secteur privé, voué à la défense des intérêts privés et dont la forme organisationnelle la plus représentative est l'entreprise privée, et le secteur associatif, voué à la défense des intérêts collectifs et dont la forme la plus représentative est l'association communautaire ou sociale.

³ Au cours de la même période, l'activité planificatrice s'est aussi répandue dans le secteur de la grande entreprise (Mintzberg, 1994).

Quant au modèle technocratique, fondé sur une représentation rationaliste des situations et sur la valeur prédictive de la connaissance scientifique, il tire sa légitimité de la prétendue neutralité de la science et impartialité de la sphère publique. Sa légitimité repose donc sur ses propriétés intrinsèques susceptibles d'assurer l'optimisation des choix politiques et l'efficacité. Ce modèle consiste à traduire les politiques en un ensemble d'objectifs et de critères de résultat dont la responsabilité de la mise en œuvre est assignée à différentes unités organisationnelles, accompagnés d'un système de monitoring et d'ajustements qui accroît la capacité à atteindre les buts fixés. Les échecs d'implantation sont alors attribuables à un échec de planification ou de contrôle. Si ce modèle peut être crédité d'une certaine efficacité dans des environnements relativement stables (consensus élevé au niveau des objectifs et des moyens), il ne permet pas de tenir compte de la réalité interactive des processus en cours dans les programmes innovants et particulièrement dans des contextes de partenariat où aucun des acteurs n'est totalement maître des processus à l'œuvre (Elmore, 1978; Monnier, 1987, 1992).

Une limite majeure des modèles bureaucratique et technocratique pour la planification des programmes publics est de séparer leurs phases de conception et d'implantation. Ces modèles tiennent d'une logique linéaire du programme, qui va de sa conception et son expérimentation à sa diffusion, où le regard évaluatif sur la pertinence de l'action intervient a priori seulement et est le plus souvent porté par les seuls planificateurs de l'action (Demers et al., 1993). De plus, ces modèles ont tendance à occulter les négociations dans la prise de décision et les modalités d'action des pouvoirs publics et sont critiqués pour leur incapacité à répondre à la multiplicité des situations, aux spécificités régionales et locales et leur difficulté à reconnaître le pluralisme des solutions (Monnier, 1987, 1992; Guba & Lincoln, 1989). La capacité des planificateurs de formuler des décisions convenables sur la seule base des évidences scientifiques est de plus en plus limitée par la complexité accrue des problèmes à résoudre dans des environnements de plus en plus incertains. Dès lors, la fiabilité des jugements techniques et scientifiques est remise en question (Hamel, 1986). En fait Monnier conclura, en considérant les innovations sociales introduites au cours des années 1970 et 1980, que leur succès plus ou moins grand dépend de leur capacité à intégrer la dynamique interactive entre la société civile et l'État.

Cette critique de la planification technocratique a accompagné la remise en question de l'État interventionniste centralisateur dès les années 1970. La participation s'est imposée comme une dimension de plus en plus essentielle et incontournable de l'élaboration de l'action des pouvoirs publics, à laquelle on a associé des finalités de démocratisation des systèmes et d'accroissement de leur efficacité. S'ensuit une diversification des approches de planification sur la base d'ajustements visant à reconnaître la diversité des intérêts et à instaurer des interactions avec

différentes catégories d'acteurs concernés ou intéressés; également à reconsidérer la suprématie de la connaissance objective et la conception élitiste de la planification au profit d'une conception pluraliste où les connaissances expertes sont relativisées par la diversification des sources d'information (contre-expertise, savoirs d'expérience). L'approche politique et le courant communicationnel en planification orientent ces ajustements. La préoccupation pour la démocratisation de la décision alimente un courant de planification centré sur les exigences éthiques de la démocratie dans l'élaboration des compromis socio-politiques et la formulation des choix publics (Hamel, 1986, 1995). La critique porte aussi sur les fondements mêmes de la logique rationaliste, s'appuyant surtout sur les épistémologies émancipatrice⁴ et postmoderne⁵, et donne lieu à différents courants en planification (féministe, radical⁶, d'*advocacy*⁷) (Beauregard, 1998).

La perspective de l'analyse stratégique des organisations est à la base d'une conception politique de la planification. L'organisation ou le système inter-organisationnel y sont vus comme une arène politique où des individus et des groupes ayant des intérêts spécifiques et détenant différentes sources de pouvoir sont en compétition pour les avantages et les ressources (Elmore, 1978). La conception et l'implantation de politiques ou de programmes publics sont alors comprises comme un processus de négociation, d'ajustements mutuels parmi des groupes d'acteurs ou des organisations disposant d'un pouvoir relatif, porteurs de systèmes de valeurs différents et poursuivant leurs objectifs propres, et où les décisions sont le résultat de compromis entre les différents protagonistes. Cette perspective présente la structuration de l'action comme une activité itérative et contingente. Les programmes n'évoluent alors pas selon une logique scientifique et des principes d'exhaustivité et de cohérence, mais selon une logique d'intérêts, d'effet d'entraînement et de compromis, et selon des principes de légitimité et de crédibilité. Leur capacité à se préoccuper des différentes facettes d'un problème complexe dépendra, si on retient les conclusions de O'Neill et al. (1997), de leur

⁴ Particulièrement, les théories féministes et les théories critiques.

⁵ La critique postmoderne remet en question l'idéal d'impartialité hérité des Lumières qui caractérise l'organisation de la sphère publique et la croyance selon laquelle on puisse satisfaire l'intérêt public sur la base de cette impartialité. Cette critique cherche à rendre explicite le lien entre connaissance objective et pouvoir, dans la vision moderne du progrès où la science est considérée comme le moteur du changement. La critique postmoderne soutient que la justification des choix sur des données considérées impartiales et la primauté accordée à la connaissance experte dans la planification moderne a pour conséquence le *disempowerment* et l'exclusion. La critique postmoderne remet en question la domination blanche, mâle, *middle, upper-class* et européenne (d'origine), niant aux autres communautés leur identité dans l'espace public (si la situation s'est quelque peu corrigée en ce qui a trait au genre dans les années 1970, dans la foulée du mouvement féministe, la discrimination sur la race prévaut toujours) (Hamel, 1997; Beauregard, 1998).

⁶ Prenant appui sur la théorie critique (critique des conditions de la régulation sociale et des rapports de pouvoir qui permet de rendre explicite l'oppression du monde), la planification est comprise comme une pratique de bas en haut, ancrée dans les milieux marginalisés, où le planificateur est un agent visant l'*empowerment* des communautés (Beauregard, 1998). Ce courant rappelle les principes de l'éducation populaire de Freire et est apparenté au courant radical en travail social (Dallaire, 1998).

⁷ La planification est vue comme un moyen d'aborder les problèmes sociaux et d'améliorer les conditions de vie dans la mesure où elle cherche un accroissement des ressources et des opportunités pour les groupes défavorisés et elle favorise la participation des groupes traditionnellement exclus. Cette perspective en appelle à la reconnaissance du rôle politique du planificateur comme défenseur des droits des communautés pour lesquelles il travaille (numéro thématique du *Journal of American Planning Association*, 60(2), 1994).

capacité à s'allier des acteurs influents dans des sphères d'activités pertinentes. Cette approche ne défend pas une conception objective mais relative de la réussite ou non des programmes, qui dépend du point de vue des différents groupes d'acteurs. La planification qui adopte une logique politique est centrée sur la mobilisation des acteurs et la négociation. L'information requise au processus concerne certes la position du problème et des solutions, exprimant la diversité des points de vue, mais aussi la position sociale, les enjeux en cause et les stratégies des différents acteurs, de telle sorte à identifier les zones possibles de conflits et les compromis devant conduire à l'élaboration et la réalisation de l'action. La mobilisation des acteurs ne répond pas tant à des finalités démocratiques (assurer la représentation d'une diversité maximale d'intérêts) que pragmatiques, cherchant à s'allier les acteurs requis par la réalisation de l'action (Denis et al., 1996a). La montée du néo-corporatisme⁸ comme mode de gestion politique des États, qui accompagne le courant néo-libéral actuel, contribue assurément à l'enracinement d'une logique politique dans le champ de la planification publique.

Sans écarter la dimension politique, l'approche communicationnelle élargit la perspective (Hamel, 1997; Beauregard, 1998; Ozawa & Seltzer, 1999). Cette approche cherche à articuler ses principes fondateurs puisés dans la pensée critique aux problèmes pratiques de la planification, de telle sorte à orienter celle-ci dans le sens d'un engagement envers la recherche d'équité sociale et de démocratie. L'approche communicationnelle situe la planification d'entrée de jeu dans la sphère politique. Elle endosse l'intention première de la planification rationaliste (essentiellement, déterminer l'action sur la base des connaissances acquises) tout en prenant en compte les dimensions intangibles de la planification (le rapport entre professionnels et clients; les aspects contextuels), non considérées dans le modèle rationaliste, de telle sorte à en surmonter les limites d'ordre pratique.

L'approche communicationnelle prend appui sur la théorie de l'agir communicationnel de Habermas (1987). Chez Habermas, le dialogue entre les humains en tant qu'intelligences « connaissantes » et volontés libres est à la base du consensus qui légitime le savoir. La rationalité de l'agir communicationnel est au fondement de l'approche et ses exigences éthiques se développent sur le plan des normes procédurales. Pour Habermas, il importe de se doter d'espaces de dialogue pour rendre explicite la diversité des points de vue et de moyens d'arbitrage entre les différentes positions. Ces procédures tendent à répondre à des exigences de démocratie en assurant à chacun

⁸ Le néo-corporatisme est un mode de gestion politique qui en appelle à la concertation comme technique de négociation et d'ajustement visant une accommodation mutuelle entre les groupes d'intérêts dominants dans la société. L'État néo-corporatiste reconnaît le monopole de représentation de certains acteurs dans des champs d'activités et transigent avec eux. Il se démarque de l'État pluraliste (la démocratie de représentation traditionnelle) dans la mesure où il tend à systématiser le recours à ces intermédiaires, faisant en sorte d'établir un système parallèle où les groupes d'intérêts prennent les décisions en lieu et place des élus (Godbout & Paradiise, 1988; Gélinas, 1999). Au Québec, ce mode de gestion se reconnaît dans le recours à la concertation entre les groupes d'intérêts centraux de la société (conseil du patronat, syndicats nationaux, regroupements communautaires), tels le sommet socio-économique de 1996 ou celui de la Jeunesse 2000, comme mode de consultation devant soutenir la décision gouvernementale et mode d'arbitrage des grands enjeux sociaux.

la possibilité d'exprimer librement son point de vue et de prendre part à l'élaboration des compromis, de telle sorte que les décisions servent l'intérêt collectif (Denis et al., 1996a, b). Selon cette optique, la planification supportera des finalités démocratiques dans la mesure où elle favorisera la formation de coalitions pour la défense de causes collectives (Beauregard, 1998).

Cette approche met l'accent sur la communication (« *communication as action* ») et donc sur les habiletés du planificateur à écouter, argumenter, éduquer, faire émerger les différentes compréhensions des situations, établir des ponts au travers des catégories sociales (fondées sur le pouvoir, le genre, l'ethnie, etc.), favoriser leur engagement dans l'action. La planification est comprise d'abord comme un processus interactif qui compose avec les dimensions socio-politiques du contexte et des acteurs (règles professionnelles et institutionnelles, valeurs dominantes, rapports de pouvoir); « *la communication devient l'élément stratégique à partir duquel on peut penser des démarches collectives de coopération, de concertation ou de partenariat* » (Hamel, 1997, p. 316). Les exigences éthiques se situent du côté de la transparence et de la vigilance vis-à-vis les risques de désinformation ou de manipulation de l'information. L'exigence de transparence implique de situer l'action communicationnelle dans son contexte, de telle sorte à ne pas évacuer les rapports de pouvoir et à prendre en compte le fait que toute information n'est pas neutre mais socialement située. La façon dont le planificateur compose avec le conflit, ses intérêts et allégeances deviennent des enjeux importants (Bourgeault, 1998). On reconnaît dans cette approche de la planification une certaine parenté avec les approches participatives en évaluation dont Guba & Lincoln (1989) (Guba, 1990) se sont faits les maîtres à penser, notamment aux plans de la méthodologie et des exigences éthiques.

Au Québec, le modèle technocratique de planification a façonné la mise en place des services publics issus de la Révolution tranquille et a dominé la sphère publique jusqu'au milieu des années 1970. À la fin de la Révolution tranquille, les pratiques planificatrices étatiques se sont ajustées aux contraintes de leur environnement pour devenir plus souples et diffuses au travers de diverses composantes de l'appareil d'État; elles se sont diversifiées selon les secteurs, tout en ayant comme trait commun un appel à la participation à l'endroit des groupes d'intérêts avec lesquels elle entre en interaction (Hamel, 1986). L'auteur note qu'à la fin des années 1970 et au cours des années 1980, de plus en plus de politiques ou de cadres de gestion sont l'objet de consultations publiques. Dans le secteur socio-sanitaire, cette ère de la planification participative, déjà présente dans la Commission Castonguay-Nepveu (1970), a été réaffirmée par la Commission Rochon (1988), puis la

Réforme Côté (1990) et la loi 120 (1991)⁹. Cet effort inscrit la planification dans un cadre régional et une dynamique interactive, le plus souvent entre les secteurs public et communautaire.

De façon générale, dans le champ socio-sanitaire à ce jour, l'approche politique a dominé l'ajustement des pratiques planificatrices, dans la mesure où la décision est davantage déterminée par les acteurs influents des systèmes que par les acteurs des communautés. En conséquence, le degré avec lequel on parvient par ces pratiques renouvelées à une plus grande efficacité administrative dépend de la vigilance des administrateurs à traduire en action l'information obtenue par la participation, mais aussi du niveau d'organisation autonome des acteurs des communautés pour faire valoir leur position. Des études états-unienne et britannique sur la question (Checkoway et al., 1984 et Milewa, 1997, recensées dans White, 2000) tendent plutôt à montrer une faible utilisation de l'information et une influence marginale de la participation des communautés sur la décision.

2 *VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME EN PLANIFICATION ?*

Peut-on parler d'un changement de paradigmes en planification? Différemment du champ de l'évaluation où les pratiques alternatives à l'approche rationaliste se sont construites en prenant appui notamment sur la pensée constructiviste (Guba & Lincoln, 1989), les pratiques participatives en planification ne disposent pas d'un tel référent et s'appuient sur un univers de pensée plus éclectique. Il n'en demeure pas moins qu'elles sont caractérisées par la reconnaissance d'une pluralité de perspectives et par la réduction du contrôle technocratique sur la décision avec l'entrée en scène d'acteurs aux intérêts diversifiés. On retiendra que la portée démocratique de la participation qu'entraînent les nouvelles pratiques planificatrices dépend de son étendue et de son intensité et qu'à ce chapitre, le rôle des experts et des groupes d'intérêts y demeure encore prépondérant. La participation apparaît surtout comme une façon d'accroître l'information rendue disponible à la planification sans modifier le rapport du citoyen à la décision. À cet égard, il n'y a pas changement de paradigme s'il n'y a pas accroissement du contrôle démocratique sur la décision. Mais il demeure que ces changements de pratiques ont remis en question la valeur prévisionnelle de la connaissance scientifique et cherchent à établir un rapport différent à l'incertitude et entre régulation et innovation. Autour de ces paramètres peut se dessiner le changement.

⁹ La remise en cause du fonctionnement (technocratique centralisé) et de l'efficacité (incapacité de répondre aux besoins) du système socio-sanitaire a donné lieu : 1°) à la création des régies régionales (transformation des CRSSS) devant concrétiser les idéaux de décentralisation et de démocratisation (en introduisant la participation de citoyens aux structures décisionnelles des régies); 2°) à un virage vers l'atteinte de résultats en termes de réduction des problèmes de santé, plutôt qu'une formulation d'objectifs en termes de services accessibles et de qualité. Les plans régionaux d'organisation de services (PROS) ont été instaurés comme outils de planification régionale pour répondre à cette double finalité et constituent la première application de cette réforme. Les PROS proposent une planification par territoire, en fonction des besoins d'une population, à l'intérieur des balises des politiques publiques et cherchent à associer différentes catégories d'acteurs par la constitution de comités tripartites (secteur public, secteur communautaire, autres secteurs concernés). Le premier terrain d'essai a été celui des services aux personnes âgées (1979), suivi de la déficience intellectuelle (1988) et de la santé mentale (1989-1991).

On peut dire de la planification rationaliste, à l'instar de ce qui a été dit de l'organisation taylorienne du travail (Alter, 1998), qu'elle est la forme la plus achevée de programmation en vue du contrôle de l'incertitude. Sa finalité est de prévoir l'action et d'optimiser les ressources sur la base de programmes rationnels établis à partir des connaissances acquises. Cette approche de la planification a pris forme dans un contexte où il semblait que les données scientifiques suffisaient à elles seules à éclairer les choix. La remise en question du paradigme rationaliste conduit à admettre que les buts et les moyens sont des sujets à controverse, reflétant les conflits d'intérêts entre les groupes sociaux, plutôt que de situer la connaissance dans une fonction instrumentale en prenant pour acquis qu'il y a consensus sur les objectifs et que les interventions efficaces sont connues. Le statut de la connaissance dans la planification s'en trouve modifié à la faveur d'un rapport dynamique plutôt que de subordination entre connaissance et action, de sorte que l'on tend moins à contrôler l'incertitude qu'à y faire face (Hamel, 1986). Dès lors, le statut des professionnels diffère : même s'ils continuent à fournir une contribution essentielle d'expertise, les connaissances et les informations requises par la planification sont de divers ordres et les sources se diversifient. Et les connaissances scientifiques entrent avec d'autres sources d'information dans un espace de négociation.

Selon le même esprit, on peut dire de l'approche rationaliste qu'elle est la forme de planification la plus antinomique avec l'idée d'innovation. L'effort de réduction de l'incertitude existe mais est moins présent dans d'autres approches de planification. Le changement progressif en planification tend vers une intégration des logiques de régulation et d'innovation¹⁰ qui s'installent plutôt dans une sorte de complémentarité antagonique où l'innovation pourra se construire dans la mesure où la planification admet de préserver des espaces non programmés et d'intégrer l'incertitude plutôt que de chercher à la contrôler (Alter, 1998). Dans ce contexte, la participation devient une dimension stratégique de la planification, à la fois comme façon d'intégrer l'incertitude et comme source d'innovation, dans la mesure où elle investit dans la mobilisation des points de vue marginaux par rapport aux acteurs qui contrôlent un champ d'action.

Dans cette thèse, la réflexion au regard des paradigmes de la planification portera sur l'évolution des schèmes de référence des planificateurs, sur leur capacité à opérer des ajustements autrement que cosmétiques pour répondre au nouveau contexte de la participation, et sur le rapport entre ces transformations de la planification et le niveau de qualité de l'action. Notre recherche propose des éléments pour une réflexion sur le renouvellement du rôle du planificateur afin de s'ajuster au contexte post-technocratique de la planification.

¹⁰ Dans les systèmes d'action organisée, la logique de la régulation est celle de la programmation, de la coordination et du contrôle, alors que la logique de l'innovation est celle de l'émergence de nouvelles combinaisons des ressources des systèmes, en impliquant la transformation des régulations antérieures. Ces logiques s'opposent en même temps qu'elles sont complémentaires (Alter, 1998).

CHAPITRE II

L'ÉVOLUTION DU CHAMP DE LA PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DANS LES SOCIÉTÉS OCCIDENTALES

Ce chapitre reconstitue à grands traits l'évolution des connaissances et des pratiques, de la prévention vers la promotion en santé et bien-être, et situe l'appel au partenariat et à l'intersectorialité dans son contexte d'émergence. Une première section porte sur la structuration du champ, dominée par les principaux courants de pensée aux États-Unis mais aussi en Europe où le développement en promotion de la santé se démarque à certains égards. Au Québec, la recherche et les pratiques s'inscrivent sous cette double influence. Une deuxième section est consacrée à une revue des études sur les processus en cause et les résultats des partenariats (incluant les partenariats intersectoriels) en prévention - promotion de la santé et du bien-être.

1 LA STRUCTURATION DU CHAMP DE LA PRÉVENTION – PROMOTION¹¹ DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE ET L'ÉMERGENCE DES PRATIQUES DE PARTENARIAT ET D'INTERSECTORIALITÉ

1.1 La domination de l'approche d'expérimentation sociale

Le champ de la prévention a connu son essor dans les pays occidentaux dans les années de croissance d'après-guerre avec l'extension de l'interventionnisme d'État¹². Au XIX^e siècle, le développement de la santé publique a été essentiellement préoccupé par le contrôle des maladies infectieuses par des mesures d'hygiène personnelle et de salubrité publique. Avec la mise au point des vaccins et des antibiotiques au XX^e siècle et la transition des maladies infectieuses vers les maladies chroniques comme causes de maladie et de mortalité, la santé publique s'oriente vers l'éducation sanitaire autour de facteurs de risques individuels, en complémentarité du système de soins axé sur le diagnostic et le traitement des maladies. Le champ de la prévention est alors façonné par l'approche d'expérimentation sociale qui a dominé le développement des programmes publics aux États-Unis au cours des décennies 1960 et 1970 et qui continue d'orienter les programmes encore aujourd'hui¹³. Ce qui donne surtout lieu à l'élaboration et la validation

¹¹ Nous utilisons l'expression prévention – promotion pour inclure les interventions de prévention primaire qui cherchent à agir sur les facteurs de risque de telle sorte à prévenir l'apparition de problèmes, et les interventions qui cherchent à agir sur les conditions susceptibles d'accroître la santé et le bien-être, plutôt regroupées sous le vocable de promotion.

¹² Au Québec, ce développement est associé à la création des Départements de santé communautaire (en 32 centres hospitaliers), suivant les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu (1970). Ceux-ci prenaient la relève des unités sanitaires (1933-1972) (unités administratives, au niveau des comtés et des grandes municipalités, relevant du Service provincial d'hygiène qui devint en 1936 le ministère de la Santé et du bien-être social) chargées d'appliquer des mesures d'hygiène et de médecine préventive (lutte aux maladies infectieuses, puis dans les années 1940-1950, santé scolaire, santé de la mère et de l'enfant, éducation sanitaire). Il s'agit du premier système public de santé publique au Québec, conçu d'après le modèle britannique (Desrosiers, 1984).

¹³ Introduite dans une optique de rationalisation des choix politiques éclairée par des données scientifiques, l'expérimentation sociale contrôlée, qui a atteint son plein essor au cours de la décennie 1970, a connu aux États-Unis un développement sans égal dans les autres pays industrialisés. Si l'expérimentation contrôlée a connu par la suite un déclin, ses dérivés désignés de modèles quasi-expérimentaux continuent aujourd'hui de marquer l'évolution des programmes sociaux (Monnier, 1987).

scientifique de programmes spécifiques pour s'attaquer à des problèmes spécifiques. Deux modèles de prévention prévalent surtout : le modèle biomédical, centré sur les caractéristiques personnelles et familiales à l'origine des problèmes, dont les stratégies sont principalement correctrices (dépistage précoce et intervention); et le modèle de santé communautaire, centré sur la personne ou l'interaction entre celle-ci et son environnement immédiat, qui mise sur l'information, le développement des compétences individuelles et du soutien social.

Le cumul des connaissances sur les limites de l'approche préventive individuelle et la persistance d'écarts de santé entre riches et pauvres ont entraîné au début des années 1980 une évolution de la prévention vers la promotion de la santé. Cette approche met en relief un ensemble de facteurs liés à la biologie, aux comportements, à l'environnement physique et social et au système de soins qui déterminent l'état de santé et sur lesquels il faut agir. Les développements selon cette approche, en santé publique, ont donné lieu à une génération de programmes globaux (*community based program, comprehensive program*)¹⁴ où dominant des interventions visant les changements de comportements individuels¹⁵. On explique cet accent par l'avancement des connaissances en épidémiologie reliant les comportements individuels aux risques de mortalité et de morbidité; également par la domination de la psychologie sociale (qui explique l'emphase sur les mesures éducatives) sur le développement de la prévention - promotion (McLeroy, et al., 1988; Goodman et al., 1996). Cette concentration s'est faite au dépend d'actions visant des changements au niveau des conditions organisationnelles, institutionnelles, environnementales et des conditions socio-économiques qui façonnent les comportements (Green, 1984, cité dans McLeroy, 1988).

L'évaluation de certains des *community based programs* (reliés aux maladies cardio-vasculaires et aux maladies chroniques) (Goodman et al., 1993; 1995) conclue qu'ils ont permis la réalisation de certaines conditions favorables (ex : des infrastructures de marche, l'étiquetage des menus de restaurants, des services de dépistage) et entraîné quelques effets chez les participants (réduction de facteurs de risques), mais ils ont échoué à entraîner une large participation de la population. Les auteurs attribuent ces échecs au manque de temps (5 ans) pour développer d'abord les conditions devant favoriser des changements au niveau des facteurs de risque, tels la mobilisation de la communauté, le développement de réseaux, la sensibilisation et la formation des leaders de la communauté pour agir dans les projets. Les auteurs soutiennent qu'un portrait de la capacité et de

¹⁴ Notons nombre de programmes en prévention des maladies cardio-vasculaires, du tabagisme, de l'alcoolisme et des toxicomanies, des maladies chroniques, soutenus par des fonds publics ou des fondations privées. Ex : le projet *Heart to Heart* en Caroline du Sud (1986-1990); le *Planned Approach to Community Health* (PATCH) (1985-1991) et le *Community Chronic Disease Prevention Programs* (CCDPP), tous financés par le Center for Disease Control and Prevention (Goodman et al., 1993; 1995a).

¹⁵ Le *Precede-Proceed* de Green est un modèle type de ces programmes largement utilisé au Québec.

la volonté d'agir des acteurs clés de la communauté face à un problème est un moyen plus adéquat de mobilisation qu'une étude classique de besoins autour des facteurs de risques individuels. Ils concluent à l'importance d'une flexibilité accrue dans l'identification des problèmes prioritaires puisque si les priorités de la communauté ne sont pas considérées, les participants actifs perdent intérêt et cessent de participer. Puisque pour être éligibles au financement, les projets doivent être reliés aux priorités des bailleurs de fonds, les auteurs concluent à l'importance de campagnes préalables de sensibilisation en vue de favoriser l'adhésion des communautés à ces priorités. Ce qui leur vaudra des critiques acerbes de la part des tenants de la perspective de l'*empowerment*¹⁶ des communautés, sur lesquelles nous reviendront plus loin (Labonte & Robertson, 1996).

1.2 *L'appel au partenariat et à l'intersectorialité*

Les initiatives communautaires conduites par des acteurs externes qui en définissent les objectifs auront donc réussi, certes, à atteindre quelques résultats dans le sens visé, mais non à mobiliser les communautés et à se maintenir au-delà de la période subventionnée, conditions pourtant essentielles d'efficacité. Les piètres résultats des *community based programs* ont entraîné un élargissement des facteurs pris en compte dans les approches de prévention, renforcé par le mouvement mondial pour la promotion de la santé, sous l'instigation de l'OMS.

Cette période en fut une de grande visibilité de la promotion de la santé au plan international, portée par le leadership de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁷, et notamment par le mouvement *Healthy Cities* (OMS, 1986b) qu'elle a initié. Il faut voir que ce mouvement en faveur de la promotion de la santé n'est pas indépendant de l'importante croissance des systèmes publics de soins et de leurs coûts dans les sociétés occidentales depuis le début du XXe siècle et de la remise en question de l'efficacité globale des soins médicaux pour améliorer l'état de santé de la population. Le *Rapport Lalonde* canadien (1974) qui promeut l'approche des déterminants de la santé incarne cette volonté d'actualiser une vision sociale de la santé en contrepartie d'une vision médicale de la maladie. Dans la foulée de l'appel de l'OMS, plusieurs États occidentaux ont

¹⁶ Nous conservons le terme anglais parce qu'il n'existe pas, à notre point de vue, d'équivalent français acceptable à ce terme.

¹⁷ L'OMS, née en 1948 au sein de l'Organisation des Nations Unies, a jusqu'aux années 1980 exercé peu d'influence en Europe et en Amérique du Nord, alors concentrée à la lutte aux maladies infectieuses dans les pays en développement. Vers la fin des années 1970, l'OMS enclenche un virage, d'une conception de la santé en termes de système de soins vers la promotion de la santé. Le slogan *La santé pour tous en l'an 2000* (issu d'un appel des pays qui font partie de l'OMS, en 1977) incarne ce virage. L'OMS-Europe développe alors une vision écologique de la promotion de la santé, en rupture avec l'approche traditionnelle de l'éducation sanitaire, qui intègre les dimensions individuelles mais surtout sociales du comportement humain ayant une influence sur la santé. Un événement marquant de ce virage a été la 1^{ère} Conférence internationale en promotion de la santé tenue à Ottawa en 1986 (O'Neill, 1991).

adopté au tournant des années 1990 des politiques ou des stratégies nationales de santé¹⁸. Dans plusieurs pays européens, mais également au Québec par le mouvement des *Villes et villages en santé* qui y prit racine¹⁹, les autorités municipales ont aussi commencé de reconnaître leur rôle dans la création de politiques favorables à la santé. Il est dès lors généralement admis que l'action sur les déterminants, situés largement à l'extérieur du système socio-sanitaire, interpelle les autres secteurs de la société. D'où l'appel au partenariat et à l'intersectorialité placé au cœur des stratégies de la prévention – promotion. La notion d'intersectorialité était déjà implicite à l'approche des déterminants de la santé dont faisait état le *Rapport Lalonde*. Au plan international, cette notion a été largement diffusée au milieu des années 1980 par l'OMS comme une stratégie essentielle de *La Santé pour tous en l'an 2000* et du mouvement *Healthy Cities*. Au Québec, la Commission Rochon (1988) reconnaît que la résolution de plusieurs problèmes sociaux et de santé serait favorisée par une collaboration intersectorielle. Les politiques publiques issues de la réforme qui s'en suivit (notamment *La Politique de la santé et du bien-être*, 1992a; les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 1997) reconnaissent le rôle des déterminants structurels dans la genèse des problèmes sociaux et de santé et reconnaissent que la santé est indissociable du fonctionnement de l'ensemble de la société; en conséquence, l'action intersectorielle y figure au cœur des stratégies.

Avec le mouvement pour la promotion de la santé, il devient également de plus en plus admis que le plus grand potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être réside d'une part dans des politiques globales visant l'élimination de la pauvreté²⁰ et d'autre part dans le renforcement des communautés locales, des réseaux d'entraide et des interventions proximales, ce que souvent des auteurs désignent sous le vocable de capital social²¹ (Wilkinson, 1994; Renaud & Bouchard, 1994; Renaud, 1997; Gillies, 1998). D'où également le développement de la problématique des politiques publiques favorables à la santé qui cherche à mettre en relief l'impact sur la santé des politiques gouvernementales (économiques, du logement, du transport, etc...) autres que celles du secteur socio-sanitaire et qui cherche à encourager la responsabilité sociale des autres secteurs

¹⁸ Les Etats-Unis et le Canada en 1986 (McLeroy, 1988; Epp, 1986); l'Australie en 1988 (Baum et al., 1997); le Québec en 1992 (MSSS, 1992a); la Grande-Bretagne en 1992 (Costongs & Springett, 1997a). Selon O'Neill (1991), la plupart des pays européens sont en 1991 en voie de se doter d'une politique en matière de santé.

¹⁹ Le mouvement *Healthy Cities* est répandu notamment en Europe -Angleterre, Espagne, Pays-bas- (Costongs & Springett, 1997b; Nunez et al., 1994; Dam, 1996); en Australie (Baum & Cooke, 1992); dans les Îles du Pacifique (Nutbeam, 1996); au Canada (Polland, 1996) et au Québec. Au Québec, le réseau des *Villes et Villages en santé* regroupe 110 municipalités (trois millions d'habitants) et ses domaines d'action sont diversifiés (environnement, sécurité, intégration sociale, lutte à la pauvreté) (MSSS, 1997).

²⁰ L'étude de Wilkinson montre que, si au cours des vingt dernières années, dans les pays les plus pauvres, l'espérance de vie a augmenté substantiellement avec l'accroissement du revenu, les gains additionnels de santé s'estompent malgré un accroissement du revenu national (produit intérieur brut per capita) dans les pays développés (OCDE). Plutôt, dans ces pays, les écarts de l'espérance de vie suivent les écarts dans la distribution du revenu et la proportion de la population vivant dans la pauvreté relative.

²¹ Le support social et l'engagement civique produisent une ressource désignée de capital social (Putnam, 1993, cité dans Gillies, 1998). Un haut niveau de confiance, des normes sociales positives, des réseaux pour la communication, l'échange d'information et pour la pratique existent là où le capital social est élevé. Le capital social, reconnu comme un facteur de santé et de bien-être, est une ressource mais aussi un processus pour habiliter les personnes et les organisations à œuvrer pour le bénéfice social mutuel (Gillies, 1998).

ayant un impact sur la santé et le bien-être, ce qui requiert aussi une approche intersectorielle (Fortin et al., 1994).

Pour concevoir l'action sur les déterminants, la promotion de la santé prend appui sur le modèle écologique, développé en psychologie communautaire (Bronfenbrenner) comme un modèle global du développement humain²², qu'elle applique aux comportements de santé²³. La variable terminale d'intérêt demeure les changements de comportements de santé qui sont déterminés par des facteurs à cinq niveaux : intra-personnels, interpersonnels, relatifs aux organisations et institutions, à la communauté et aux politiques publiques. Dans le développement états-unien, on entend ici les politiques susceptibles de supporter les changements de comportements, telles des politiques de contrôle du tabagisme dans les lieux publics, des politiques dissuasives (ex : les taxes sur le tabac) ou coercitives (ex : la suspension du permis de conduire), ou donnant accès à des services de santé. Eu égard aux conditions socio-économiques et aux politiques publiques qui leur sont reliées, les promoteurs affirment que l'écologie des comportements ne permet pas de considérer plusieurs autres facteurs, dont les conditions socio-économiques, qui affectent la santé. Ils soutiennent que de telles finalités de changement social relèvent plutôt de larges arbitrages sociaux. Aussi, l'efficacité attendue des programmes est-elle proportionnelle à la mesure selon laquelle les comportements affectent la maladie et la mortalité (McLeroy, 1988).

Cette application du modèle écologique à la promotion de la santé donne lieu aux Etats-Unis à une autre génération de programmes où la communauté est mobilisée pour la réduction de problèmes spécifiques de santé (les *community coalitions*)²⁴. Les réseaux sociaux et les organisations au niveau de la communauté (organismes volontaires, églises) sont vues comme des ressources et des relais vers les individus pour atteindre ces finalités. Les coalitions communautaires apparaissent être aux yeux de plusieurs la règle de l'art en promotion de la santé pour travailler avec des problèmes complexes. Elles sont vues comme un moyen de réduire la compétition entre les organisations volontaires pour l'accès aux ressources (dons, bénévolat, subventions) et une façon d'accroître leur

²² Ce modèle articule le rapport entre l'individu et son environnement, faisant entrer l'environnement éloigné dans la compréhension des problèmes et reconnaissant la capacité des personnes à agir sur cet environnement. Le développement du potentiel humain, placé au centre du modèle, est tributaire du contexte social et institutionnel dans lequel il advient et particulièrement des politiques publiques. L'importance des facteurs structureaux (économiques, politiques, culturels) est reconnue et les stratégies peuvent viser autant l'environnement immédiat (individu, famille) qu'élargi en étant dirigées vers des changements au niveau de la communauté, des organisations, des institutions et des politiques publiques, des valeurs et des normes (Chamberland et al., 1996; Dallaire, 1998).

²³ La référence au modèle écologique en promotion de la santé est présente autant dans les expériences de coalitions états-uniennes que dans les initiatives européennes de partenariat *Healthy Cities*.

²⁴ Notons aux Etats-Unis nombre d'initiatives financées par des fonds publics ou des fondations privées. Ex : le Center for Substance Abuse Prevention subventionne 250 coalitions communautaires en prévention des toxicomanies; Johnson & Johnson soutient des coalitions nationales, régionales ou locales pour la prévention des blessures chez les enfants; la Kellogg Foundation soutient des initiatives communautaires de santé publique; le CDC soutient des coalitions en santé cardio-vasculaire et le National Cancer Institute, des coalitions pour le contrôle du tabagisme. On dénombre en fait plus de 2 000 coalitions communautaires aux Etats-Unis vouées à la prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et des toxicomanies (McLeroy et al., 1994; Wandersman et al., 1996; Fawcett, 1997).

efficacité (par la coordination de leurs activités). Elles sont une stratégie susceptible d'accroître la capacité des organisations à s'impliquer dans des questions complexes sans en avoir seule la responsabilité; elles sont vues comme un outil de sensibilisation et de mobilisation communautaire; également comme un levier d'influence (sur les politiques publiques ou pour l'accès au financement), dans la mesure où elles réussissent à s'associer les leaders clés des communautés. De plus, elles sont susceptibles de créer des synergies entre des stratégies autrement déployées isolément et elles peuvent avoir un effet d'entraînement pour l'association de différents secteurs de la société à la solution d'un problème. La mobilisation des décideurs locaux au sein des coalitions est également vue comme une façon de faire face aux lobby d'intérêts politiques et économiques qui peuvent s'opposer aux programmes de promotion de la santé. On voit aussi aux coalitions un rôle dans la mobilisation des groupes marginalisés (les pauvres, les minorités, les handicapés, les malades mentaux, etc ...), de telle sorte à accroître leur participation aux lieux de décision (McLeroy, 1988; Butterfoss et al., 1993; Wandersman et al., 1996).

Plutôt que de chercher à agir par des mesures éducatives sur l'individu placé au centre du modèle de santé communautaire, l'approche écologique place la communauté au centre du modèle d'action et s'intéresse à sa capacité de développer, implanter et maintenir des programmes de prévention - promotion. Ainsi, construire cette capacité communautaire et développer les habiletés des coalitions à réaliser ces programmes deviennent les préoccupations centrales des agences de financement et des organisations qui les implantent (Butterfoss et al., 1996a; Goodman et al., 1996; 1998). Le virage vers la participation n'a donc pas modifié le paradigme à la base de la prévention – promotion qui consiste pour les experts et les bailleurs de fonds à agir sur les individus ou les communautés pour atteindre les finalités de santé qu'ils ont préalablement déterminées.

Si le développement en prévention–promotion que l'on vient d'évoquer tient surtout de l'évolution en santé publique, on constate un parcours comparable en santé mentale communautaire dont l'évolution aux Etats-Unis a été marquée par le développement de la psychologie communautaire²⁵. Caractérisée par des débats d'orientation qui s'y sont déroulés aussi dans un contexte de domination de l'approche d'expérimentation sociale, elle a aussi donné lieu à des programmes spécifiques validés pour s'attaquer à des problèmes spécifiques. Devant les conditions de pauvreté que l'on sait être à l'origine, dans une large mesure, des troubles émotionnels et comportementaux et des problèmes sociaux que l'on cherche à prévenir, ces programmes tablent sur des dimensions

²⁵ La naissance et l'essor de cette discipline au cours des années 1960 sont associés à la tenue par le Congrès états-unien d'une Commission sur la santé mentale (1955), suivie de la création de centres de santé mentale communautaire à travers le territoire, où la prévention figurait parmi les mandats. Devant la domination psychiatrique du champ, un groupe de psychologues a tenu en 1965 une conférence à l'issue de laquelle est née la psychologie communautaire. On la concevait alors comme devant « s'intéresser aux processus qui lient les systèmes sociaux et les comportements individuels au sein d'interactions complexes » (Dallaire, 1998, p.72).

considérées plus contrôlables (développement des compétences individuelles) que n'apparaissent l'être les dimensions qui relèvent de l'action sociale (conditions de vie, défense des droits).

Certaines conceptions de la prévention – promotion en psychologie communautaire intègrent l'amélioration des conditions de vie et la défense des droits (Albee, Cowen, Pransky, Rappaport, discutés dans Chamberland et al., 1996, et Dallaire, 1998). À cet égard, l'approche écologique en psychologie communautaire articule clairement la prise en compte des réalités socio-économiques et culturelles dans leurs liens avec la santé et le bien-être. Non seulement, l'impact des politiques publiques sur le développement humain y est-il reconnu, mais on cherche à spécifier comment ces politiques (où d'autres conditions macro-sociales) affectent le développement à des niveaux plus proximaux (communauté, famille, individu). De plus, l'action admet explicitement le changement social²⁶. Ainsi, observe-t-on en santé mentale communautaire comme en santé publique un virage de la psychologie sociale vers l'approche écologique. Les programmes qui se réclament du modèle écologique (ex : ceux destinés aux familles exposées à la pauvreté²⁷), cherchent un enrichissement des milieux de vie (famille, école, communauté) de telle sorte à favoriser, par exemple, le développement des enfants ou la persistance scolaire. Ces programmes se situent surtout au niveau des environnements proximaux et touchent rarement les conditions de vie et les politiques publiques reliées aux conditions socio-économiques. Ici aussi, l'action sur les politiques sociales est considérée hors de portée (Dallaire, 1998).

Ainsi, en santé mentale communautaire comme en santé publique, l'influence de l'épidémiologie demeure marquante et les pratiques sont orientées par les concepts de facteurs de risque, de populations et d'individus à risque, conception davantage « *sanctionnée par les décideurs politiques* » et qui domine encore aujourd'hui au détriment d'une conception qui mette l'accent sur le changement social (Dallaire, 1998, p.74). Dans le même sens, Baum & Sanders (1995), en faisant le bilan du mouvement de promotion de la santé promu par l'OMS dans les sociétés industrialisées, soulignent la tendance gestionnaire des expériences, caractérisées par une approche en termes de cibles et de buts spécifiques, au détriment d'une approche large, centrée sur les impératifs sociaux et environnementaux et sur l'action communautaire. L'analyse de

²⁶ Cette dimension du modèle de Bronfenbrenner (1979) s'apparente à l'approche d'*empowerment* développée par Rappaport dans les années 1980. Le concept d'*empowerment* fut introduit en psychologie communautaire en réaction à la logique technoscientifique dominante en prévention. Il rend l'idée générale d'une nécessaire participation des populations concernées pour un accroissement de leur accès au pouvoir et aux ressources et un contrôle accru sur leur vie. Il comporte une dimension psychologique dans le développement de la croyance en ses propres compétences et en sa capacité d'accroître son contrôle sur son environnement social et politique; une dimension de ré-allocation du pouvoir qui permet d'accéder à plus de ressources; une dimension de transformation des rapports intervenants – usagers. Le concept d'*empowerment* occupe une place centrale dans l'émergence d'un nouveau cadre d'action en psychologie communautaire fondé sur l'intégration des paradigmes constructiviste et critique (Dallaire, 1998).

²⁷ Le programme *Naître égaux – Grandir en santé* qui sera étudié plus loin est de ce type.

Goumans & Springett (1997) relativement au développement de politiques saines promu par l'OMS va dans le même sens en concluant au peu d'avancées des initiatives *Healthy Cities* en termes de changement au plan des politiques alors que ces initiatives demeurent encore largement orientées vers la réalisation de projets. Ici, les sociétés industrialisées d'Amérique du Nord et d'Europe se rejoignent. En fait, il faut voir qu'une approche de la santé et des problèmes sociaux orientée vers le changement social semble vouée à demeurer marginale dans le contexte de néolibéralisme et de conservatisme politique qui caractérise les sociétés occidentales depuis les années 1980.

S'il est une avancée que favorise le virage vers la promotion, et particulièrement le recours à l'approche écologique dans sa conception première de modèle global du développement humain, elle est celle d'offrir un cadre de référence propice à la reconnaissance de l'intégralité des pratiques communautaires, incluant la défense des droits et les changements structurels reliés aux conditions de vie, et à leur financement dans le cadre d'enveloppes dédiées à la promotion de la santé, partant du constat que l'action sur les déterminants macro-sociaux est quasi exclusivement portée par le milieu communautaire, et particulièrement par les organismes à vocation socio-économique communautaire et de défense des droits (Chamberland et al., 1996).

1.3 Le lieu d'un débat épistémologique et éthique

Avec les années 1990, en santé publique comme en santé mentale communautaire, un important débat épistémologique et éthique a cours, où le positivisme est critiqué pour sa tendance à donner lieu à des interventions préventives favorables au statu quo en écartant, au nom de la neutralité, les particularités des contextes et en ne favorisant pas les valeurs d'équité sociale et d'engagement ni l'*empowerment* des communautés (Wallerstein et al., 1994; Fawcett et al., 1995; Labonte & Robertson, 1996; Dallaire, 1998).

Les principales critiques reliées à l'éthique d'une approche centrée sur les individus sont à l'effet qu'elle supporte une idéologie de blâme et de responsabilité individuelle (*victim blaming*) qui tend à encourager la réprobation sociale envers les individus et les groupes qui maintiennent des comportements à risque, voire à encourager des politiques publiques discriminatoires sur la base des comportements individuels. On lui reproche de minimiser l'importance des connaissances acquises au sujet de l'influence des facteurs sociaux sur la santé et la maladie et de faire voir ces facteurs comme des déterminismes indissociables d'une société industrielle avancée, vis-à-vis desquels peu d'actions peuvent être entreprises; également de servir de justification à la réduction des grands programmes sociaux (mentionnées dans McLeroy, 1988).

L'ouverture à la perspective écologique accentue, en promotion de la santé, le débat fondamental entre des interventions de prévention de la maladie, basées sur l'épidémiologie, et des interventions de type socio-environnemental, basées sur des explications sociales de la santé et de la maladie et impliquant des enjeux tels les rapports sociaux de pouvoir, la justice, les relations économiques et l'*empowerment* des communautés. La discussion épistémologique oppose à la perspective d'amélioration de la communauté (*community betterment*) une perspective d'*empowerment* de la communauté donnant lieu, l'une et l'autre, à deux modèles type de partenariat (Steuart, 1993, cité dans McLeroy, 1994; Fawcett et al., 1995)²⁸. Le premier, de loin le plus répandu, est le plus souvent initié de l'extérieur de la communauté et opère sous le contrôle de chercheurs, d'agences de santé ou de bailleurs de fonds, sans une réelle influence de la part des populations directement concernées par le problème. Ces coalitions tendent à voir la communauté comme une « tablette vide », où simplement à regrouper des individus ou des organisations pour résoudre un problème, on aura un impact sur la communauté, sans égard au contexte culturel, politique et organisationnel dans lequel ces nouvelles coalitions doivent fonctionner. Le succès de cette approche dépend, tel qu'on le discutera avec plus amples détails plus loin, de la capacité de la coalition à réaliser les étapes de la planification et de l'efficacité des mesures implantées à atteindre les résultats escomptés. Quand à l'approche d'*empowerment* ou de développement communautaire, elle part des questions prioritaires de la communauté et vise à accroître son pouvoir et ses ressources. Le succès de cette approche dépend du degré de participation et de contrôle de la communauté, notamment sur la définition de buts et de moyens qui soient compatibles avec sa culture, son histoire et ses ressources.

L'importance de travailler avec les organisations et les réseaux existants est réaffirmée par la critique. Les coalitions nouvelles, créées de l'extérieur, peuvent modifier le rôle des organisations existantes ou leur substituer d'autres finalités définies de l'extérieur, et ainsi détourner le potentiel de résolution de problème de la communauté et affaiblir plutôt qu'accroître sa capacité d'action. La voie du *community betterment* est de plus critiquée pour faire porter le poids du développement sur les compétences des coalitions alors que les conditions de l'économie nationale et locale, la rareté des ressources dont dispose une communauté, ou la discrimination envers elle, amenuisent sa capacité à répondre à une variété de problèmes, malgré une compétence élevée des individus et des groupes et une organisation communautaire bien structurée. Elle est également critiquée pour entretenir l'illusion qu'il est possible de résoudre des problèmes très complexes, reliés le plus souvent aux disparités socio-économiques et à la pauvreté, en déployant des actions locales simples et peu coûteuses qui comptent sur les seules ressources locales et le volontariat. Les coalitions

²⁸ Différents concepts sont utilisés selon les auteurs pour mettre en relief ces différences d'approche. Chavis & Florin (1990) distinguent les « *community based* » des « *community development* » initiatives, alors que Himmelman (1992) parle de « *collaborative betterment* » versus « *collaborative empowerment* » (cités dans Wolff, 1997).

communautaires ne peuvent à elles seules pallier le manque de volonté politique des gouvernements centraux à résoudre les problèmes sociaux et de santé (critiques mentionnées dans McLeroy et al., 1994). Les auteurs (Labonte & Robertson, 1996; Fawcett, et al., 1995) affirment que si, suite à la *Charte d'Ottawa*, la reconstruction du champ de la promotion de la santé a emprunté au plan conceptuel la voie de l'*empowerment* des communautés, elle est demeurée, au plan de la pratique, largement dominée par les contraintes de la prévention de la maladie.

2 *LES PROCESSUS ET LES RÉSULTATS DE L'ACTION EN PARTENARIAT DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE*

La recension des écrits sur le partenariat montre une domination des préoccupations de processus sur les préoccupations de résultats, une majorité d'études portant sur les conditions pour former et maintenir les partenariats et pour qu'ils produisent quelque chose. Cette section aborde les aspects de leur fonctionnement, partant principalement de la littérature états-unienne où les partenariats sont d'abord appréhendés selon une logique fonctionnaliste; puis on y discute du partenariat sous l'aspect des relations inter-organisationnelles, partant principalement de la littérature européenne et de l'analyse des expériences *Healthy Cities* où les partenariats sont plutôt compris selon une logique politique, référant aux termes mêmes des principes mis de l'avant par l'OMS. Enfin, on passe en revue les études consacrées aux résultats à ce jour de l'action en partenariat (incluant les partenariats intersectoriels) dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être.

2.1 *Les aspects du fonctionnement des partenariats*

La majeure partie des travaux états-uniens sur les coalitions communautaires portent sur des préoccupations de fonctionnement, les questions reliées aux rapports sociaux entre les acteurs y étant rarement considérées. Et les préoccupations sont davantage encore centrées sur les processus qui y sont abordés selon la logique fonctionnaliste de la planification de la santé (logique linéaire) qui prévalait dans les modèles antérieurs. On s'intéresse au fonctionnement des coalitions dans la réalisation des différentes étapes de la planification et particulièrement aux capacités de leurs membres à réaliser ces étapes, capacités que l'on peut accroître par la formation et l'évaluation participative. Ces capacités sont autant d'ordre informationnel et technique (ex : réaliser une étude de besoin et le traduire en un plan multi-stratégique) que politique (ex : la mobilisation de la communauté, la résolution des conflits de pouvoir ou entourant la légitimité des leaders de la coalition). Ainsi, les conflits entre les organisations partenaires se résolvent par la formation à la planification, plutôt que par la négociation et le compromis ou la dissidence.

Les auteurs distinguent trois phases dans le cycle de vie des coalitions : leur formation, la réalisation d'une étude de besoin et d'un premier plan d'action; l'implantation qui comprend la « routinisation » des opérations; l'institutionnalisation qui est la prise en charge du projet par la communauté avec le retrait du financement (Wandersman et al., 1996). La formation des coalitions est habituellement initiée par le financement d'un organisme (fondations privées, agences d'État) qui en fixe la finalité et en assure le leadership. L'organisation hôte cherche à former des comités de représentants des bailleurs de fonds, de leaders clés des communautés, d'organisations, d'agences communautaires (*voluntary agencies*), de citoyens. Ces comités conduisent les opérations avec le soutien du personnel embauché (ou bénévole) par la coalition. Si un avantage escompté des coalitions est de regrouper des acteurs issus de différents secteurs de la société concernés par un problème, les coalitions n'actualisent pas forcément cette représentativité. Elles tendent plutôt à se constituer d'acteurs apparentés par le statut et l'idéologie et à partir des réseaux existants, ce qui les conduit à une mobilisation rapide, bien qu'elles tendent à élargir leur représentativité à mesure de leur développement (McLeroy et al., 1994).

Certaines caractéristiques du fonctionnement des coalitions sont associées à la participation de leurs membres, à une appréciation positive du rapport coûts / avantages et à la satisfaction envers le plan élaboré. Notons une structure de fonctionnement assortie de règles et de procédures formelles; un leadership efficace et éclairé (capable d'articuler une mission claire); les habiletés des membres de la coalition; une plus grande influence des membres de la coalition sur les décisions et l'intensité des liens entre la coalition et la communauté; un environnement orienté vers la tâche; les habiletés, la quantité et la stabilité du personnel et une relation positive de celui-ci avec la coalition. Par ailleurs, participation et satisfaction envers le plan s'expliquent l'une et l'autre, une plus grande satisfaction étant reliée à de plus grands rôles joués par les membres. Ces caractéristiques du fonctionnement associées à la participation et la satisfaction influencent aussi le degré d'implantation du plan (Butterfoss et al., 1993; 1996b; McLeroy et al., 1994; Crozier-Kegler et al., 1998). Au sujet du fonctionnement, une indication de la maturité des coalitions est l'émergence d'une culture propre qui confère aux acteurs une lecture des situations, une appréciation des gains et des coûts, du point de vue de la communauté plutôt que du point de vue de leurs organisations respectives. Ainsi les acteurs commencent-ils à penser en termes de besoins de la communauté plutôt que de besoins de leurs organisations, ce qui constitue pour les auteurs une plus-value du travail en partenariat (Butterfoss et al., 1993; McLeroy et al., 1994).

Cependant, eu égard à la qualité du plan, la satisfaction et la participation seules, même à des niveaux très élevés, ne suffisent pas à l'assurer. Ainsi, une coalition engagée et satisfaite est une

condition nécessaire mais non suffisante pour affecter les problèmes d'une population. Une implantation modeste d'une variété d'activités non reliées peut réussir à affecter les participants mais ne va pas nécessairement avoir d'impact sur la communauté (Butterfoss et al., 1996a,b).

D'où la nécessité d'une habilitation des coalitions en vue d'accroître la qualité de la planification. Il est établi que les coalitions sont plus à même de réaliser les phases initiales de développement, tels établir une structure organisationnelle et produire un modeste plan d'action, alors qu'il leur est plus difficile de traduire ce plan en actions communautaires ayant une portée significative. Ainsi, des actions sont réalisées, mais le support requis pour maintenir ces activités fait défaut, de même que les changements attendus au niveau de la communauté. Dès lors, appliquer des stratégies multiples, en synergie, apparaît certes nécessaire mais non suffisant pour le développement d'interventions communautaires. La sélection des interventions doit tenir compte du niveau de préparation (*readiness*) de la communauté, de ses compétences pour s'adresser à tel problème, de telle sorte à déterminer la formation et l'assistance requises. Et le choix des interventions doit favoriser le passage d'un niveau de préparation à un autre. Les auteurs conclurent alors qu'implanter des initiatives communautaires efficaces requiert davantage de ressources, d'organisation et d'efforts. Ils en appellent à un changement de paradigmes, de l'évaluation externe, qui s'appuie sur des expérimentations contrôlées, à l'*empowerment evaluation* qui recourt aux perceptions des acteurs et à la triangulation des méthodes pour favoriser le développement des compétences des coalitions et l'atteinte de résultats (Butterfoss et al., 1996a; Goodman et al., 1996).

D'autres facteurs susceptibles d'accroître le succès des coalitions, outre le leadership, la formalisation et la formation, sont aussi mis en relief dans d'autres études (Mayer et al., 1998; Butterfoss et al., 1998). On note une tradition de collaboration au sein des communautés; un encadrement efficace des bénévoles; l'utilisation des réseaux sociaux des membres des coalitions comme bassin de recrutement et de ressources; le choix d'interventions pour leur potentiel de résultats plutôt que leur seul potentiel récréatif; l'adaptation des modèles importés de l'extérieur, de sorte à favoriser l'appartenance et l'adéquation au contexte; le choix d'objectifs au-delà du niveau individuel, incluant les politiques publiques et l'environnement, de sorte à élargir les activités des coalitions, créer une vision partagée des objectifs à atteindre et procurer des évidences de succès à plus long terme.

2.2 *La dimension des relations inter-organisationnelles au sein des partenariats*

La littérature européenne (et québécoise qui s'inscrit dans les mêmes courants de pensée) offre un changement de perspective sur le partenariat en l'abordant sous l'aspect des rapports entre les

acteurs, et entre les secteurs, de telle sorte à jeter un éclairage sur ce qui divise les acteurs et sur les conditions de leurs collaborations.

Les collaborations inter-organisationnelles et intersectorielles au niveau stratégique dans le champ de la prévention – promotion ont commencé de se développer avec le mouvement de promotion de la santé de l’OMS, alors que des collaborations entre organisations étaient déjà répandues et reconnues au niveau des praticiens (« *practitioner level* »). La décennie qui suivit la Charte d’Ottawa (OMS, 1986a) a été en fait celle du passage de la rhétorique intersectorielle aux réelles difficultés d’application. C’est sur la base de ces échanges au niveau des praticiens que peut se développer une coordination au niveau stratégique (Delaney, 1994b, référant à Van de Ven, 1976). La conception des collaborations inter-organisationnelles selon un modèle d’alliances stratégiques au sein de réseaux pour atteindre des buts qu’elles ne peuvent atteindre individuellement, i.e. un modèle qui tient compte des négociations entre décideurs autonomes et des rapports de pouvoir et qui met l’accent sur l’interdépendance entre les organisations pour l’accès aux ressources (financières, informationnelles, de produits et de services), convient bien pour représenter les collaborations inter-organisationnelles à un niveau stratégique dans le champ de la promotion de la santé (Costongs & Springett, 1997b; Delaney, 1994b). Pour tenir compte du processus de sectorisation, Costongs & Springett ajoutent à cette conception que ces collaborations sont un espace de dialogue (à condition qu’il y ait réciprocité) entre des univers cloisonnés de connaissances et de croyances. Ces réseaux et alliances peuvent être impliqués dans des décisions conjointes et conduire à l’établissement de procédures formelles. Un espace de coordination est alors établi. Des projets conjoints peuvent prendre forme et une planification à plus long terme peut advenir. Évidemment, ces alliances sont un lieu d’exercice des rapports de pouvoir et peuvent donner lieu à un contrôle des règles du jeu, de l’agenda et de la décision par les acteurs dominants et à un rapport de dépendance qui implique que le marchandage et le conflit prédomine sur la coopération et la résolution de problèmes. Ce modèle est particulièrement pertinent pour représenter les collaborations inter-organisationnelles au palier local où il n’y a pas d’autorité formelle parmi les protagonistes publics, privés ou communautaires, soutiennent les auteurs.

Le partenariat et les réseaux apparaissent donc comme étant les deux pierres angulaires des collaborations inter-organisationnelles et intersectorielles, le réseau étant vu comme l’établissement, entre acteurs, de relations plus informelles, de contacts qui pourront être éventuellement requis (Costongs & Springett, 1997b; Maroy, 1997; Kaddouri, 1997). Si dans la littérature états-unienne, tel qu’on l’a exposé précédemment, on a généralement recours à la notion de coalition pour parler de partenariat et d’intersectorialité, des auteurs tendent à associer plutôt cette notion au maillage

d'acteurs stratégiques qui se partagent des intérêts communs qu'à l'engagement d'entités organisationnelles (Degeling, 1995; O'Neill et al., 1997).

Les auteurs considèrent les éléments du contexte socio-économique et politique qui vont encourager ou dissuader les initiatives de collaborations inter-organisationnelles. Les restrictions budgétaires, de nouvelles législations, l'incapacité des organisations à répondre à la demande sont généralement comprises comme des opportunités pour la création de partenariat. Les politiques des gouvernements nationaux en faveur de l'action intersectorielle en promotion de la santé figurent comme opportunités dans la mesure où leurs incitatifs ne visent pas que le secteur de la santé sans encourager les autres secteurs à collaborer et dans la mesure où ces politiques aident à résoudre les contradictions entre les politiques sectorielles. En ce qui a trait aux restrictions budgétaires, elles font plutôt figure d'obstacle que d'incitatif à l'action intersectorielle, les autres secteurs ayant alors tendance à se rabattre sur leurs mandats officiels. Dans les initiatives *Healthy Cities* (HC), les incitatifs peuvent alors venir de la couverture médiatique ou de la légitimation externe (ex : de l'OMS) qui, à ce jour, a eu un poids plutôt mitigé.

Deux aspects des collaborations inter-organisationnelles considérées selon une perspective politique sont particulièrement discutés, celui d'une vision partagée entre les partenaires et celui de la formalisation des échanges. Sur la question d'une vision partagée, les auteurs prennent distance vis-à-vis la notion d'objectifs communs tel que l'entend l'approche fonctionnaliste. Des organisations peuvent se partager une vision mais leurs buts et leurs moyens peuvent entrer en compétition pour l'appui politique et l'accès aux ressources. Les auteurs soutiennent que la perception qu'une organisation ou que des individus seront coopératifs (mesure subjective) est au moins aussi importante que la convergence des objectifs des organisations (mesures objectives). Ils admettent toutefois que les différents modèles conceptuels en promotion de la santé rendent peu solide le partage d'une vision. Même au sein d'organisations complexes, il n'y a pas unicité à ce titre et les valeurs et buts officiels ne sont toujours que des énoncés temporaires (Delaney, 1994a, b). On s'entend pour dire qu'un consensus minimum est requis, en commençant par la reconnaissance des différents rôles et attributions des collaborateurs. Cette reconnaissance est possible en même temps que les acteurs se partagent un engagement large envers des principes (buts parapluie), tout en sachant que leur accomplissement sera entravé par les buts spécifiques des organisations. L'engagement envers de tels principes larges est favorisé par l'existence d'une rationalité de l'ordre de l'intérêt public (ne serait-ce que par l'obligation de répondre à des directives des gouvernements nationaux) qui côtoie une rationalité de l'ordre des intérêts organisationnels dans les raisons qui motivent les collaborations inter-organisationnelles.

Sur la question de la formalisation des échanges, les auteurs (Costongs & Springett, 1997b; Delaney, 1994a, b) soutiennent qu'au sein de réseaux, il est plus probable de voir se développer des échanges de ressources que de voir se constituer une structure formelle. Les arrangements informels, le réseautage parmi des acteurs qui se partagent des buts sont des facteurs clé des collaborations inter-organisationnelles. Les affinités liées à la réputation des organisations (par ex : progressiste ou traditionnelle) apparaissent plus déterminantes que les structures pour expliquer les collaborations. L'accord entre les organisations est donc avant tout informel, ce qui entre en conflit avec l'approche fonctionnaliste qui fait de l'établissement d'une structure formelle une condition centrale à être réalisée aux premières étapes du processus de formation des partenariats. Les auteurs reconnaissent toutefois qu'un certain degré de formalisation est requis, pour sortir de la clandestinité, mais aussi pour ne pas demeurer qu'un groupe d'échange (« *talking group* »). Il est aussi requis pour la planification et la réalisation de l'action. Dans les expériences HC, des stratégies formellement ratifiées, des comités structurés ont aussi une importance en ce qu'ils sont un pré-requis à l'obtention d'appui politique externe et à l'institutionnalisation. Toutefois, Goumans & Springett (1997) ont montré que dans les initiatives HC les collaborations réelles se produisent surtout au plan de l'intervention, où il est plus facile de se concentrer sur une action spécifique, plutôt qu'au sein des comités (et donc au niveau stratégique) où l'agenda est dominé par des questions de structures, de propriété et de ligne d'autorité, plutôt que par des questions de buts communs, de philosophies, de valeurs, d'idéologies et de visions. Delaney (1994b) conclut à une combinaison de réseaux informels et de structures formelles comme étant la perspective la plus appropriée, tout en soulignant que les enjeux de la collaboration inter-organisationnelle et intersectorielle ne peuvent être ramenés à des questions techniques qui se résolvent par des arrangements administratifs, alors qu'ils sont de nature politique en ce qu'ils sont concernés par la négociation et le marchandage qui ont cours dans un contexte social et institutionnel plus large et qu'ils dépendent de la distribution du pouvoir au sein du réseau.

Fortin & O'Neill et al. (Fortin et al, 1994; O'Neill et al., 1997) articulent ces considérations dans un modèle d'analyse qui prend appui sur la théorie politique des coalitions de Gamson (1961) (Bolduc & Lemieux, 1992) et qui retient cinq dimensions : 1^e) les atouts relatifs dont disposent les acteurs, c'est-à-dire la distribution initiale des ressources (la position sociale, l'expertise, l'information, les contacts, l'autorité reliée à leur dimension ou leur richesse, etc.); 2^e) les gains que les acteurs escomptent de leur participation à la coalition; 3^e) les préférences stratégiques non-utilitaires entre les participants, soit les inclinaisons mutuelles telles les idéologies ou les affinités interpersonnelles; 4^e) le processus de prise de décision (règle de la majorité, règle du consensus); 5^e) le mode d'organisation de la coalition (sélection des acteurs, structure, ressources de

fonctionnement, règles de négociation etc...). Selon cette théorie, chaque participant recherche une part des bénéfices qui soit proportionnelle aux ressources qu'il apporte à la coalition (règle de la proportionnalité) et sa motivation est d'en retirer le plus de gains possible. Les préférences stratégiques non-utilitaires sont considérées seulement lorsque cela n'entraîne pas de pertes de bénéfices ou de coûts additionnels (règles de la maximisation des gains).

Les auteurs concluent qu'un groupe intersectoriel est fait de membres qui ont en même temps des intérêts conflictuels et de coopération. Pour avoir du succès (émerger, se maintenir et réaliser les activités reliées au but), les intérêts à coopérer doivent primer. Et pour que la convergence domine sur la divergence, les règles de **sélection** des membres de la coalition et les règles de **tutorat** qui régissent les rapports entre les membres et les autorités externes doivent nourrir les convergences. Ainsi, des gens qui ont acquis une expérience de travail ensemble et dont les vues convergent sur les actions à entreprendre, de même que la capacité des personnes à être mandatées formellement par leur organisation sont des facteurs de réussite. À la phase d'émergence, la croyance en la cause est la clé du succès alors qu'à un stade plus avancé, les atouts d'un acteur (expertise, position stratégique) deviennent des raisons plus importantes pour joindre la coalition. Aussi, la complémentarité des atouts des acteurs apparaît être un facteur de maintien des coalitions. Leur degré de succès dépend de la capacité de leurs membres à développer des liens avec des personnes en position d'influence et à associer les secteurs concernés par la question d'intérêt. Le maintien d'un lien politique fort avec les autorités politiques est névralgique, tout comme le maintien de canaux de communication avec la prise de décision, surtout lorsque les décideurs ne sont pas eux mêmes membres de la coalition, afin d'assurer à cette dernière un support constant (notamment les ressources minimales pour assurer son fonctionnement). Autre condition devant favoriser la coopération, une **approche persuasive** plutôt qu'autoritaire pour la résolution des conflits, dans les cas où un consensus ne réussit pas à s'imposer.

Les études réalisées sur les initiatives HC et d'autres expériences de partenariat²⁹ où ont été pris en compte les rapports sociaux et les rapports de pouvoir entre les partenaires ajoutent peu aux constats de Fortin & O'Neill, Delaney ou Costongs & Springett. Elles conduisent à dégager des facteurs de réussite tels : un usage constructif des différences de rôles, de connaissances et d'approches d'intervention; l'engagement des autorités politiques; l'implication des cadres supérieurs des organisations et d'un personnel expérimenté; des objectifs partagés; la satisfaction des besoins des participants; la tenue de débats publics sur la santé et l'implication des mass-média. Et des obstacles au succès des collaborations tels : la difficulté à assurer une large représentativité intersectorielle,

²⁹ Baum & Cooke, 1992; Ouellet et al., 1994; Nunez, et al., 1994; Delaney, 1994a; Poland, 1996; Costongs & Springett, 1997b; Bloxham, 1998; Lebeau et al., 1998.

notamment à associer le secteur privé autrement que dans les projets de promotion de la santé en milieu de travail; la faible participation communautaire, particulièrement dans les initiatives HC; la perception persistante de l'appartenance des projets HC aux institutions de santé plutôt qu'à la communauté; la compétition entre les organisations ou entre les groupes de professionnels; les divergences idéologiques; le retrait progressif du financement public et la dépendance au volontariat.

Les expériences de partenariats qui sont fondées sur la reconnaissance a priori des différences de culture et de statut entre les organisations tendent à mettre l'accent, au plan du processus, sur la mobilisation des partenaires, l'élaboration d'un consensus large de base (principes d'action, modes de fonctionnement dans le respect des différences), la souplesse des structures et le caractère itératif de la démarche de planification et d'action, plutôt que sur les étapes linéaires de la planification classique (Ouellet et al., 1995; Smith, 1988, cité dans Delaney, 1994b). En se référant à Costongs & Springett (1997b), on ajoutera la compréhension des conflits, la négociation et l'élaboration de compromis. Eu égard au processus d'édification du partenariat, l'accent mis sur la coordination dans l'approche fonctionnaliste ne permet pas de prendre en compte les processus de division que l'intersectorialité doit surmonter et constitue une réponse administrative à un problème politique demandant une solution politique qui fasse appel à la médiation entre des intérêts diversifiés (Degeling, 1995).

Les arrangements inter-organisationnels qui ont cours dans les partenariats témoignent d'ailleurs du fait qu'ils découlent d'un effort de médiation entre des intérêts différents et divergents. Dans un contexte intersectoriel, la santé, qui n'est pas forcément une finalité partagée, doit être négociée avec d'autres finalités tout aussi légitimes dans nos sociétés, tels la liberté individuelle ou le profit et la rentabilité. Par exemple, dans le cas des programmes de promotion de la santé en entreprises, les arrangements maintiennent les préoccupations de promotion de la santé en périphérie de l'organisation plutôt d'être intégrées à la mission de l'entreprise, ce qui ne favorise pas que soient pris en compte les facteurs organisationnels (organisation du travail, système de communication et de contrôle) qui affectent négativement la santé des travailleurs³⁰. Ce type d'ajustement caractérise aussi généralement le rapport entre les secteurs scolaire et de la santé. Un autre ajustement consiste à inscrire la santé dans une finalité commune, plus large, de sorte à favoriser la coopération. C'est le cas des initiatives québécoises de *Villes et villages en santé*, dont les secteurs municipal et socio-sanitaire en sont les piliers, et où on a en certains endroits inscrit la santé dans un concept large de qualité de vie, afin de légitimer l'action des municipalités qui n'ont pas de responsabilité formelle en matière de santé (Fortin et al., 1996; Ouellet et al., 1994).

³⁰ Voir à ce sujet les premiers résultats d'une analyse politique de l'implantation et du maintien (5 ans) de programmes de promotion de la santé dans des entreprises privées de travailleurs cols bleus (Bilodeau et al., Direction de la santé publique de Montréal-Centre).

2.3 *Les résultats de l'action en partenariat*

Les études de bilan des initiatives partenariales portent sur les changements observés au double plan des comportements individuels et des facteurs de l'environnement physique et social des communautés locales, puis au plan du développement des politiques publiques saines.

Une méta-analyse (Gillies, 1998) de 43 articles publiés depuis 1986 sur les processus et résultats de l'action en partenariat en promotion de la santé et du bien-être dans les sociétés industrialisées conclut que ces partenariats produisent des résultats. Ceux documentés sont surtout de l'ordre des comportements individuels, à l'image des théories en psychologie du changement de comportement, fondatrices des interventions. Puisque les changements observés, de l'ordre de 3% à 20% selon les études et selon les comportements, portent sur la population participante (souvent la plus scolarisée et la plus motivée), l'impact des projets semble fortement lié à la participation. Quelques études documentent des effets au plan de l'organisation des services et de l'environnement physique et social local. La mesure actuelle des résultats sur les seuls indicateurs de comportements individuels ne rend pas compte de l'ensemble des résultats de la promotion de la santé qui s'observent au niveau des familles, des communautés, des institutions et différents aspects de l'organisation sociale. Cela s'expliquerait selon Gillies par une sous-théorisation des processus en cours dans l'action sur ces facteurs et conséquemment, par un sous-développement méthodologique. Cependant, si on rapporte des changements au plan des comportements, il y a lieu de croire que les interventions ont eu un impact sur l'environnement proximal des communautés dans lequel ces comportements ont pris place. Plusieurs des initiatives revues ayant enregistré des résultats comptaient parmi leurs activités principales des éléments de développement de politiques, essentiellement des politiques locales centrées sur la modification de comportements spécifiques (ex : politiques coercitives reliées à la conduite en état d'ébriété ou au tabagisme dans les lieux publics; politiques en milieu de travail). De telles politiques, tout comme l'implication des autorités locales pour supporter l'effort des citoyens, apparaissent cruciales pour la viabilité à long terme des initiatives. À cet égard, une étude (Fawcett et al., 1997) indique qu'une amélioration dans les comportements arrive seulement après un nombre substantiel de changements dans la communauté et que des changements constants dans la communauté sont requis pour produire une amélioration continue des indicateurs de comportements.

La méta-analyse de Gillies conclut que plus les communautés locales sont largement représentées au sein des instances du partenariat et plus leur niveau d'engagement est élevé dans la détermination et la conduite de l'action, plus l'impact est important. Mais elle montre aussi la difficulté à modifier le partage du pouvoir en faveur de plus d'équité et d'une représentation effective des citoyens. Pour être effective, la participation doit signifier un partage du pouvoir et du contrôle entre les représentants de

la population et les acteurs internes des systèmes, de telle sorte à assurer le maintien de la pertinence des mandats et des programmes et à fournir aux populations locales un moyen de réflexion et d'expression de leur dissidence. Des structures durables (ex : comités locaux) qui facilitent le partage de la prise de décision s'avèrent donc être un facteur clé de succès. Plus fondamentalement, pour avoir du succès dans l'accroissement de la participation de la communauté, il doit y avoir un capital social dans la communauté et un minimum d'infrastructures et de conditions économiques, sans trop de pauvreté, de telle sorte à permettre la coopération et pour qu'un bénéfice mutuel puisse être atteint.

Mais peu d'initiatives partenariales qui se réclament de la promotion de la santé, pas davantage dans le créneau de l'OMS-Europe qu'aux États-Unis, se situent au niveau macro-social de telle sorte à influencer les déterminants structurels de la santé (Gillies, 1998). Le développement de politiques demeure local et spécifique à tel comportement de santé pour soutenir des activités locales ciblant ces comportements. Les conclusions de Goumans & Springett (1997) (méta-analyse de 10 expériences *Healthy Cities* (HC) au Royaume-Uni et aux Pays-Bas) et de Delaney (1994b) (expériences HC au Royaume-Uni) sur la réalisation de politiques publiques saines vont dans le même sens. Ces auteures concluent au peu d'avancées sur ce terrain alors que les initiatives HC demeurent encore centrées sur la réalisation de projets³¹. Les autorités municipales ont apporté à ce jour un appui plutôt symbolique (ex : lettre d'appui) que tangible à la philosophie HC. Et les gouvernements nationaux dans les sociétés industrialisées ne supportent actuellement pas les principes de la *Santé pour tous* (HFA). Si les gouvernements nationaux ont répondu au mouvement HFA en adoptant des politiques nationales de santé, celles-ci et les actions qu'elles ont engendré ont été critiquées pour leur caractère limité et sélectif, leur tendance à se centrer sur la maladie et à négliger le modèle social des inégalités en santé. Les déclarations formelles au plan national n'ont pas forcément entraîné d'obligations contractuelles chez les partenaires des initiatives HC, ce que Delaney (1994b) explique par les restrictions budgétaires concomitantes à ces énoncés de politiques nationales qui ont conduit plutôt les administrations sectorielles interpellées à une recentration sur leurs fonctions statutaires.

Ces auteures concluent que le mouvement de l'OMS a échoué à date à inscrire la promotion de la santé, comme finalité distincte des soins de santé, à l'agenda des décideurs politiques. Les dépenses de santé sont encore largement investies dans les systèmes de soins plutôt que dans la prévention – promotion et ce, malgré les évidences à l'effet que les gains de santé au cours des 20 dernières années sont plutôt attribuables à une amélioration des conditions de vie qu'au système de

³¹ Ces projets touchent par ailleurs une diversité de questions : santé (sida, scv, santé en milieu de travail); environnement (pollution); infrastructures (transport, sécurité routière); économie (développement industriel); habitation (logement pour sans abris); loisirs.

soins. Degeling (1995) soutiendra avec Delaney (1994b), eu égard à l'implication des gouvernements locaux promus par l'OMS, que leur efficacité se trouve limitée par le fait que bon nombre des déterminants de la santé et du bien-être échappent au palier local de décision. Quant à la probabilité que des politiques supra-nationales puissent influencer l'action locale par les pressions qu'elles exercent sur les gouvernements nationaux, aucune recherche ne vient à ce jour en supporter le bien-fondé (Delaney, 1994b).

Au Québec, à l'instar de ce qui se passe en Europe, si au plan des principes les politiques de santé soutiennent la collaboration des différents secteurs à la santé, au plan de l'action, ces politiques valorisent l'effet protecteur des solidarités primaires contre le cumul des stress en provenance d'environnements hostiles. De façon corollaire, l'action des institutions ayant un mandat de prévention - promotion (DSP, CLSC) est encore largement concentrée sur les comportements individuels, les réseaux d'entraide, les ressources communautaires et située au niveau des communautés locales (MSSS, 1997, 1999a, b; INSP, 1999). En conséquence, les pratiques partenariales se développent surtout au niveau des communautés locales entre les milieux communautaire et institutionnel, où le secteur de la santé et des services sociaux demeure à ce jour de loin le plus engagé. Une analyse fine des politiques publiques (socio-sanitaire mais aussi des autres secteurs) et de leurs répercussions sur la santé et le bien-être des groupes touchés, de sorte à disposer d'une argumentation spécifique et rigoureuse, ne fait pas encore partie des pratiques institutionnelles en prévention-promotion³². Devant l'orientation des politiques publiques vers la communautarisation des solutions aux problèmes sociaux, il faut admettre que l'appel à l'intersectorialité, comprise dans le double sens d'un dépassement des obstacles liés à la sectorisation des services publics et d'une harmonisation des politiques publiques sectorielles en faveur de la santé et du bien-être, demeure encore largement en plan.

Ce survol de la littérature permet d'inscrire les expériences étudiées dans cette thèse dans le contexte de l'évolution socio-historique du champ de la prévention - promotion et de les rattacher aux différents courants de pensée qui y ont cours. Il montre de plus les acquis à ce jour sur la compréhension des processus et les résultats des partenariats. Devant ce portrait, des auteurs en appellent à une ré-ingénierie des processus, de telle sorte à en accroître la pertinence et les résultats (Delaney, 1994a,b; Degeling, 1995; Sindall, 1997; Costong & Springett, 1997b). C'est ce que propose cette thèse en se centrant sur le processus de structuration de l'action de sorte à identifier les conditions de ce processus qui sont associées à une plus-value au plan des résultats.

³² Les premières orientations de l'Institut national de santé publique, créé pour devenir l'institution phare de la mission de santé publique au Québec, proposent une avancée timide en situant dans son créneau d'action l'analyse des politiques publiques locales et des mesures les soutenant aux paliers supérieurs de gouvernement (Institut national de santé publique du Québec, 1999).

DEUXIÈME PARTIE

LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Après avoir introduit, en première partie, l'évolution des approches de planification, puis celle des théories et l'ajustement des pratiques dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être devant cet impératif de la participation de la société civile et de l'accroissement de l'efficacité des politiques et programmes publics, cette deuxième partie est dédiée à la compréhension du partenariat et elle articule les fondements théoriques et méthodologiques de notre recherche.

Le chapitre III est consacré aux analyses des partenariats public – communautaire et intersectoriels (et donc du processus de sectorisation) en termes de rapports sociaux de culture et de pouvoir. On y soutient essentiellement que la dimension du conflit dans les partenariats tient à la distance sociale et culturelle entre les protagonistes et à leurs divergences d'intérêts. Un accent est mis sur les partenariats public – communautaire, qui sont d'un intérêt premier vu l'objet de cette thèse, et sur l'analyse qui a été faite des arrangements qui ont découlé du modèle partenarial préconisé par l'État québécois. Puis, au chapitre IV, dans le prolongement de cette représentation du partenariat, nous prenons appui sur les nouvelles approches en sociologie des organisations, qui portent de fait davantage sur les systèmes d'action organisée que sur l'entité organisationnelle en elle-même, pour élaborer une compréhension de la construction de l'accord entre les organisations. Nous y exposons la théorie de la traduction qui, dans ce corpus théorique, est retenue au fondement de notre recherche. Le chapitre V présente une adaptation de la théorie de la traduction, d'abord développée dans le contexte de l'entreprise et de l'innovation technologique, au contexte des programmes publics innovants et particulièrement à celui de l'action en partenariat dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être. Puis le chapitre VI clôt la présentation du cadre théorique en exposant le cadre conceptuel de la recherche.

Le chapitre VII est consacré au cadre méthodologique de la recherche. Il présente la nature de la recherche et son contexte de réalisation, une description critique du corpus de données utilisées, la méthodologie d'analyse des données et la stratégie de la recherche, de même que les forces et limites de la méthodologie.

CHAPITRE III

POUR UNE COMPRÉHENSION DE LA COMPLEXITÉ ET DE LA DIFFICULTÉ DE L'ACTION EN PARTENARIAT

L'analyse du partenariat tend à appréhender les pratiques selon différents angles. Des auteurs ont repéré les champs de l'activité humaine investis par l'idée de partenariat et en ont montré la prédominance dans les champs de l'économique, du politique et de la gestion, mais également la présence dans les champs de l'éducation, du social et de la santé. On retiendra ici que le partenariat est une pratique venue d'abord du domaine économique où elle est exploitée dans une optique fonctionnelle et désigne des relations d'affaire entre entreprises. Devant les mouvements de rapports de force et de compétition qui dominent le monde des affaires, le partenariat est alors vu comme un moyen de faire face à la concurrence entre les entreprises confrontées à un contexte de mondialisation des marchés (Landry et al., 1996 et Landry, 1994, cités dans Zay, 1997). Des auteurs ont aussi analysé l'intensité et le degré de formalisation des collaborations entre les organisations, qui peuvent aller de l'échange d'information ou de ressources à la coordination, à la concertation³³, jusqu'aux ententes contractuelles (Landry, 1994; Konrad, 1996; Maroy, 1997). D'autres auteurs ont distingué différents types de partenariat selon les champs d'action, les acteurs en cause et les objectifs poursuivis. On parle alors des partenariats entre l'État et les gouvernements régionaux pour un nouveau partage du pouvoir; des partenariats entre les universités, les entreprises et les gouvernements locaux pour le développement technologique et pour l'investissement, partenariats qui peuvent s'étendre à la constitution de corporations pour la promotion de l'entrepreneuriat; enfin, les partenariats du type qui nous concerne ici, entre les associations communautaires et les gouvernements central ou régionaux et les établissements publics, dans une optique de résolution des problèmes sociaux (Gagnon & Klein, 1991).

Quelqu'en soit le domaine de développement, on retiendra de ces travaux que le partenariat est une pratique qui tient avant tout de la nécessité. L'histoire des pratiques partenariales dans différents champs montre qu'elles sont une stratégie d'ajustement à de nouvelles contraintes de l'environnement. Dans le domaine public, l'extension du partenariat est étroitement associée à la révision du rôle de l'État. Les changements socio-économiques depuis les années 1980 (néolibéralisme, mondialisation de l'économie) et les exigences de rentabilité et d'efficacité qui leur sont associées, combinés aux doutes formulés par différents acteurs sociaux quant à l'efficacité (endettement des gouvernements) et la légitimité de l'État (remise en cause de l'État-providence) ont conduit à un réexamen de ses priorités et de ses modes d'intervention. L'État est ainsi moins vu sous l'angle de sa responsabilité de redistribution de la richesse collective et

³³ La plupart des auteurs s'entendent sur l'idée que la coordination est de l'ordre de la gestion alors que la concertation est plutôt de l'ordre de la décision et exige donc un degré plus élevé de collaboration.

d'avantage en agent de concertation entre les principaux acteurs sociaux. Cette réévaluation donne lieu à la formulation de solutions fondées sur un partage des responsabilités, soit entre le public et le privé (partenariat institutions d'enseignement –entreprises dans le champ de l'éducation; privatisation dans le champ des services municipaux), soit entre le public et le communautaire par un appel au renouvellement des solidarités (dans le champ de la santé et des services sociaux). Le partenariat apparaît alors comme une avenue correctrice pour la modernisation de l'État, tant chez les néo-libéraux pour qui cette modernisation passe par un rétrécissement de son rôle à la faveur de la régulation par le jeu du marché, que chez les critiques de gauche qui réclament par cette voie un plus grand contrôle des citoyens sur les services publics (Cloutier & Hamel, 1991). Dans le domaine social, la révision du rôle de l'État se traduit par le rétrécissement des politiques publiques, voire leur remise en question comme moyen de résoudre les problèmes sociaux, et par la dévolution des responsabilités vers les communautés de telle sorte à réduire les dépenses publiques. Dans un tel contexte où la lutte à la pauvreté n'apparaît plus comme étant de la seule responsabilité de l'État, les solidarités primaires (famille, réseau naturel) et le milieu communautaire sont appelés à prendre le relais pour la planification et la prestation de services. L'action en partenariat au palier local apparaît alors comme un vecteur de la communautarisation des services en même temps qu'une avenue permettant de surmonter la crise financière et identitaire de l'État (Lamoureux J., 1994a; Bailey & McNally Koney, 1996).

De façon générale, et tel qu'en témoignent les analyses des expériences partenariales dans le champ de la promotion – prévention évoquées au chapitre précédent, on conçoit le partenariat comme des modes diversifiés de collaboration entre des organisations motivées par la mise en commun de ressources pour la résolution de problèmes qu'elles ne peuvent résoudre isolément. Les collaborations découlent de l'interdépendance des organisations pour l'accès aux ressources (financières, informationnelles, de produits et services); elles cherchent par ce moyen à maximiser leur autonomie tout en minimisant leur dépendance. Une définition minimale serait celle d'une construction négociée entre acteurs, ce qui signifie que le partenariat implique une propriété partagée et une contribution appropriée de chaque participant, et qu'il doit par ailleurs composer avec l'identité et les intérêts distincts des organisations. Ceci induit que la négociation opère autant au plan de la construction des rapports sociaux que de l'action (Gray, 1985; Fortin et al., 1994; Delaney, 1994b; Wandersman et al., 1996; Costongs & Springett, 1997b; Zay, 1997; Kaddouri, 1997). Cette compréhension mérite cependant d'être approfondie au moins sous deux aspects, celui des forces de la sectorisation qui structurent les rapports de partenariat dès que le secteur public est concerné, et celui des rapports sociaux et des rapports de pouvoir au sein des partenariats public – communautaire.

1 *LES FORCES DE LA SECTORISATION*

Dans une perspective globale qui tient compte de la complexité de l'organisation sociale, et particulièrement du développement des services publics des trente dernières années, on ne peut aborder la notion de partenariat, dès que le secteur public est concerné, sans évoquer les forces de la sectorisation qui rendent les collaborations inter-organisationnelles et intersectorielles si complexes. Une des principales barrières à l'intersectorialité (comme à l'interdisciplinarité), et aussi au partenariat public - communautaire, est alors celle du contrôle que les secteurs exercent sur des domaines de pratique. Non seulement chaque secteur ou discipline propose-t-il des problématisations et des solutions différentes, mais celles-ci sont de nature à servir leurs intérêts respectifs. Dans cette optique, ce qui est habituellement compris comme un secteur devient un programme spécialisé comportant des techniques, thérapies ou procédures administratives planifiées, autorisées et financées, additionné des frontières érigées pour en préserver la spécificité et les institutions (ex : le CLSC, l'école). Ainsi, la sectorisation apparaît-elle comme un processus de différenciation qui vise non seulement à délimiter une sphère d'activités mais aussi à désigner et restreindre les acteurs dont l'expertise sera reconnue pour la définition des problèmes et l'actualisation des solutions. Ramener les difficultés de collaborations inter-organisationnelles et intersectorielles à des problèmes de communication reliés à la spécialisation des techniques et des langages devient, selon cette optique, une issue simplificatrice. Ces langages sont plutôt l'expression de la culture, de l'idéologie, de la technique et du pouvoir que partage un groupe social et il appert que le problème de communication n'en est pas d'abord un de compréhension mutuelle, mais il résulte plutôt d'une lecture des rapports de pouvoir et d'intérêts entre les secteurs ou les disciplines (Degeling, 1995).

2 *LES RAPPORTS SOCIAUX AU SEIN DES PARTENARIATS PUBLIC-COMMUNAUTAIRE*

Plusieurs auteurs s'intéressant aux partenariats public - communautaire québécois les ont regardés sous l'angle des rapports sociaux et des rapports de pouvoir. Cet angle d'analyse interroge les conditions d'émergence du partenariat : qui en est le demandeur, qui en est le commanditaire et le maître d'œuvre et pour quels motifs ? Des auteurs définissent alors le partenariat en termes de rapport social asymétrique et hiérarchisé entre des acteurs non seulement inégaux mais différents par leur nature, leur culture, leur histoire, leur ampleur, leur statut, leur expérience et leurs projets (Lesemann, 1988, cité dans Lamoureux J., 1994a). Les arrangements inter-organisationnels sont alors compris comme des jeux stratégiques en vue du contrôle du pouvoir et des ressources et comme des solutions contingentes que les acteurs sociaux créent en vue de coopérer dans une entreprise collective. La dimension culturelle, i.e. celle du sens que les acteurs confèrent à leurs actions, y

interagit avec celle du pouvoir pour produire une diversité de solutions ou de modèles de structuration de l'action. La prise en compte de la dimension culturelle des rapports sociaux qui prévalent dans la structuration de l'action permet de considérer les particularités historiques, sociologiques, idéologiques qui conditionnent les expériences, i.e. de considérer les croyances, les valeurs et les normes propres aux différents groupes d'acteurs et qui structurent leurs façons divergentes de voir, de penser et d'agir. Implicitement, le partenariat cristallise alors une relation de pouvoir qui le dirige davantage vers le compromis entre les acteurs que vers le consensus. La notion de compromis infère que les acteurs s'entendent sur des objectifs communs mais qu'ils acceptent, en contrepartie, de céder une parcelle de leurs prérogatives et de leur identité (White, 1990). Le partenariat se présente donc comme un espace social d'intérêts divergents, de conflits, de négociation et de compromis, plutôt que d'égalité³⁴, d'esprit commun et de partage de ressources souvent évoqués dans une acception quasi bucolique. On soutiendra ici qu'à moins de satisfaire à des conditions d'équité au plan des droits et des devoirs, des pouvoirs et des responsabilités, le partenariat risque de demeurer un cadre de gestion des rapports de pouvoir à la faveur des intérêts des classes dirigeantes (Gagnon & Klein, 1991; O'Neill, 1991).

Selon cet esprit, l'analyse qui a été faite des expériences québécoises de planification partenariale initiées par l'État dans le secteur de la santé et des services sociaux, dans la foulée de la Réforme Côté (MSSS, 1990), reconnaît différentes formes de compromis public - communautaire. Vaillancourt (1994) les représente autour de trois thèses : celle de la complémentarité³⁵, celle de la récupération³⁶ et celle de la coopération conflictuelle^{37 38}. Les analystes s'entendent pour dire que seule la dernière permet le respect des différences de cultures et de modes d'intervention dans les partenariats à l'œuvre (Panet-Raymond, 1994) et confère au milieu communautaire une assise pour la négociation des conditions d'institutionnalisation du partenariat (critères de reconnaissance, politiques de financement et d'évaluation), au-delà des seules conditions d'opération

³⁴ Cette égalité peut être comprise comme une convention fabriquée par l'idéologie du partenariat pour représenter les rapports entre les acteurs, sans qu'elle ait de correspondance avec la réalité objective (Nélisse, 1994).

³⁵ Cette perspective est l'axe intégrateur du communautaire au sein de la loi 120. Les organismes communautaires y sont vus comme un maillon du système chargé de réaliser les objectifs de planification socio-sanitaire de l'État, et qui tend à uniformiser leurs pratiques sous la domination de la culture organisationnelle et des pratiques des institutions d'État. Les analystes s'entendent pour dire que le communautaire "institué" est un communautaire fragmenté, où l'État intègre la portion des services en la dissociant de la portion idéologique des pratiques (ou de critique sociale) (Guay, 1991; Panet-Raymond et Lavoie, 1996).

³⁶ L'arrimage y est vu comme une menace à l'identité et à l'autonomie et un péril à éviter. Les institutions y sont vues comme le prolongement de l'État, lui-même inféodé aux intérêts économiques dominants. Cette perspective, dans son état pur, conduit logiquement à refuser tout arrimage et a été écartée au début des années 1990, sous les pressions de la Loi 120 et du manque de ressources caractéristique du milieu communautaire (Parazelli, 1994; Vaillancourt, 1994).

³⁷ Cette stratégie «prône des alliances avec l'État lorsque cela est possible et le conflit lorsque cela est nécessaire /.../ pour affirmer des positions différentes et acquérir un pouvoir et une reconnaissance dans une relation de partenariat» (Panet-Raymond, 1994, p. 90).

³⁸ Selon la littérature consultée, cette expression plusieurs fois évoquée pour désigner le fait que les logiques du conflit et de la coopération ne se succèdent pas mais cohabitent dans chaque situation serait redevable à Dommergues, P. (Éd.) (1988). *La société du partenariat*. Paris : Afnor-anthropos, 439 p., cité aussi dans Gagnon & Klein, 1991, et dans Lamoureux, 1994.

(Vaillancourt, 1994). Ce que rejoignent les pôles types du partenariat et du « pater-nariat » de Panet-Raymond & Bourque (1991).

Vaillancourt soutient, dans la discussion entourant le bien-fondé de la troisième thèse, que cette négociation conflictuelle a habité les audiences publiques de la Commission Rochon et a un impact important sur la mise en œuvre de la Réforme Côté (MSSS, 1990). C'est ainsi que cette réforme a emprunté la voie d'un compromis entre les tendances néo-libérales de l'État et les tendances sociales-démocrates portées par des acteurs communautaires, mais aussi institutionnels. Le bilan de la première expérience d'arrimage du secteur communautaire au sein des PROS en santé mentale (Guay, 1991; Lamoureux J., 1994a, b) rejoint l'analyse de Vaillancourt dans le sens de gains enregistrés en termes de reconnaissance des pratiques alternatives, opérant ainsi une brèche dans l'omniprésence du modèle médico-hospitalo-psychiatrique au sein du réseau. Aussi des gains au chapitre de la démocratisation de l'organisation régionale des services où le modèle tripartite a définitivement pris le pas sur les anciennes commissions administratives, composées essentiellement d'établissements du réseau institutionnel. Les auteurs observent également des gains au niveau d'un financement supplémentaire et au niveau de la concertation entre les organismes communautaires, leur conférant une crédibilité accrue face à l'État.

Ils observent cependant des pertes au chapitre de l'autonomie et d'une bureaucratisation conséquente au mode de financement de l'État, au niveau d'une professionnalisation de leurs pratiques à travers un glissement vers une logique de services et de clientèles-cibles conséquent à la communautarisation des services associée au désengagement de l'État. Puis, ils observent une menace à l'identité des pratiques désignées comme communautaires devant la nécessaire adhésion des organismes communautaires au discours de l'État sur le social (intervention de services sur la communauté³⁹), pour les fins du financement, et face à un recours grandissant de l'État au concept de communautaire pour désigner tout autre chose⁴⁰, ayant pour effet de marginaliser les organismes communautaires autonomes dans l'univers du communautaire. Ils observent aussi des pertes aux niveaux de la compétition entre organismes pour l'accès au financement public, de la lourdeur des structures de participation et de la démocratie participative au sein de la société civile. La politique de reconnaissance et de financement des organismes communautaires (Loi 120)

³⁹ « Cette intervention sur le communautaire par des services est destinée à une population décomposée en catégories sociales de plus en plus fines pour répondre aux exigences du modèle de fabrication sur lequel sont conçus les services. Une telle conception étatique de l'action sur le social s'accommode difficilement de la conception holistique d'une pratique communautaire en tant que véhicule d'une éthique de la solidarité » (Redjeb, 1994, p. 108).

⁴⁰ Parazelli identifie trois formes de communautarisation des appareils d'État : des OSBL appelés organismes communautaires, mis sur pied ou contrôlés par les institutions d'État; une pseudo réforme de certaines professions institutionnelles (psycho-éducation communautaire, police communautaire, organisation communautaire); la mise en place de programmes de subventions dit communautaires, visant la gestion comportementale des personnes exclues (clientèles à risque).

devient pour les organismes communautaires autonomes (ceux dont l'action s'inspire des principes de participation démocratique et d'autonomie, de justice sociale et de solidarité) une des sources les plus importantes de dérive par rapport à leur mission originale, ce qui se reflète dans la tendance actuelle au développement des groupes de services au dépens des groupes de défense des droits (Hamel, 1993; Redjeb, 1994; Lamoureux, H., 1994; Lamoureux, L., 1994 a, b; Parazelli, 1994; Panet-Raymond, 1994; Fournier et al., 1995; Panet-Raymond & Lavoie, 1996).

De façon globale, le modèle partenarial public - communautaire préconisé par l'État demeure encore loin des principes de gestion décentralisée et participative que tentent de promouvoir les acteurs communautaires. A cause de la disparité des ressources, des divergences de buts visés par les partenaires, du partenariat qui s'impose de plus en plus comme un passage obligé du financement public des organismes communautaires, Hamel (1993) ajoutera, plus généralement (en considérant aussi les partenariats privé - public), qu'à en juger par les expériences passées, les résultats des partenariats qui associent souvent l'État, le privé et le communautaire font douter des bénéfices que peuvent en tirer les citoyens. Particulièrement dans le domaine du développement urbain, une majorité d'analystes s'entendent pour dire que les partenariats public - privé ont surtout servi les intérêts des promoteurs et entrepreneurs, ont contribué à amplifier les écarts et n'ont pas contribué à l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population. Référant au courant de planification démocratique, Hamel (1995) soutiendra à propos du partenariat public - privé que la participation n'a pas encore contribué à transformer la gestion publique en permettant un élargissement du débat public et en cela, ces expériences ont peu contribué à la démocratisation de l'État et par là, à une transformation des rapports de pouvoir.

CHAPITRE IV

POUR UNE COMPRÉHENSION DE LA CONSTRUCTION DE L'ACCORD ENTRE ACTEURS ...

LA THÉORIE DE LA TRADUCTION COMME PERSPECTIVE FONDAMENTALE DE LA RECHERCHE

Notre étude cherche à ajouter à l'analyse actuelle du partenariat en mettant l'accent sur la compréhension de la construction de l'accord, sans rien nier des connaissances acquises par l'analyse du conflit. Puisque les termes du corpus classique de la sociologie de l'organisation ont inspiré pour une large part la conceptualisation actuelle du partenariat, tel qu'en témoignent les analyses précédentes articulées autour des rapports de pouvoir, et parce qu'ils se retrouvent à la base des théories plus récentes sur l'accord, sur lesquelles prend appui cette étude, nous en rappelons d'abord les concepts clé.

I LES TERMES DE L'ANALYSE DU CONFLIT

Le corpus classique en sociologie de l'organisation est en grande partie centré sur la compréhension des rapports de pouvoir. Qu'ils s'intéressent à la régulation, à la coopération ou à la culture organisationnelle, ses auteurs conçoivent d'abord l'organisation comme un champ de conflits et de coopération et considèrent la question des rapports de pouvoir comme un détour obligé de l'analyse (Amblard et al., 1996)⁴¹.

Les notions d'acteurs, d'intérêts, de stratégies et d'enjeux, centrales dans ce corpus, nous viennent du courant de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977). L'acteur est cette entité individuelle ou collective disposant d'autonomie et capable de construire des stratégies en rapport avec la situation où il est placé, de sorte à satisfaire des enjeux. Quant aux stratégies d'acteurs, elles sont des logiques de comportement, que l'on repère souvent après coup, et qui dépendent des atouts dont ils disposent, des stratégies des autres acteurs et des opportunités présentes dans le milieu. La logique de l'acteur est une logique d'intérêt qui cherche à maximiser ses gains et limiter ses pertes⁴². Se distinguent les stratégies offensives visant à améliorer sa capacité d'action et les stratégies défensives visant à préserver ses possibilités d'action. Ces logiques d'action opèrent à partir d'une rationalité limitée, l'acteur ne cherchant pas le choix optimal mais un choix satisfaisant. Quand aux enjeux qui mobilisent les acteurs, ils découlent des zones d'incertitudes⁴³ créées de toutes parts, mais notamment des pressions de l'environnement liées au changement.

⁴¹ Le corpus classique en sociologie de l'organisation est constitué de l'approche par la contingence (Mintzberg), de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg), de l'approche par la régulation (Reynaud) et de l'analyse culturelle (Sainsaulieu).

⁴² L'analyse stratégique admet une diversité d'enjeux qui dépassent l'utilité, comprise dans son sens individualiste.

⁴³ L'incertitude vient bouleverser les règles du jeu établies et en appelle d'autres.

Devant une situation, l'enjeu n'est pas le même d'un acteur à l'autre, mais tous les acteurs sont mobilisés. Compris comme des rapports de pouvoirs, les jeux d'acteurs dans les zones d'incertitude cherchent à orienter, diriger la conduite des autres. Les rapports de pouvoir entre les acteurs engagent donc leur identité. Souvent, le fait même d'être reconnu comme acteur par les autres devient un enjeu en soi, aussi important que le contenu même de la négociation.

Si le pouvoir est compris sous forme d'interaction, c'est qu'il opère dans un système, une forme de régulation qui permet de concevoir le fonctionnement collectif et la coopération. Le raisonnement systémique, qui complète le raisonnement stratégique dans l'analyse stratégique, recherche les cohérences, les mécanismes de régulation, les conventions qui résultent des jeux d'acteurs et qui permettent de maintenir un minimum de structuration, de telle sorte qu'ils puissent agir ensemble. Il est utile de préciser ici que ces mécanismes de régulation, ces conventions sont en soi des entités dynamiques régulièrement révisées par les acteurs. L'analyse stratégique montre donc une certaine stabilité des construits de l'action collective et la notion de culture d'entreprise veut rendre compte de cette stabilité. Dans le corpus des théories classiques de l'organisation, la notion de culture organisationnelle est comprise comme un ensemble de modes de pensée et d'action, reçus et construits par les acteurs, et qui expriment leur positionnement dans les rapports sociaux.

2 *LA CONSTRUCTION ET LA STABILITÉ DE L'ACCORD ENTRE ACTEURS*

Mais les nouvelles approches en sociologie des organisations, qui s'inscrivent dans le prolongement du corpus classique, nous apparaissent les plus utiles à la compréhension des rapports inter-organisationnels et spécialement de la coopération. Les théories classiques de l'organisation, et particulièrement l'analyse stratégique qui inspire largement les représentations du partenariat évoquées précédemment, ne suffisent pas à comprendre comment se construisent les systèmes d'action organisée dans des contextes de partenariats inter-organisationnels et intersectoriels, où les liens d'interdépendance stratégique entre les acteurs sont moins étroits et plus incertains qu'au sein de l'entreprise, et où les cultures plurielles ont amené des auteurs à qualifier les efforts de partenariat en termes de « *choc des cultures* ». Les notions de rapports de pouvoir et de culture (d'entreprise) ne suffisent pas non plus à comprendre la construction des innovations dans des contextes inter-organisationnels. À cet égard, la théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) qui introduit la notion de réseau et dont le raisonnement sort nettement du contexte de l'entreprise est plus éclairante. Également, la théorie des conventions (Boltanski & Thévenot, cités dans Amblard et al., 1996) qui s'intéresse aux dispositifs

qui permettent de consolider les compromis advenus entre des acteurs issus d'univers fortement différenciés.

Ces théories prennent appui sur l'idée que de l'inégalité et de la différence entre les acteurs engagés dans les partenariats découlent les processus de construction de leur coopération. Ces processus sont de deux ordres. D'abord un processus d'ajustement au plan de la coordination fonctionnelle et au plan des rapports de pouvoir, ajustements qui se traduisent en termes de modifications de stratégies eu égard aux intérêts initiaux des parties, et en termes de pertes et de gains de pouvoir générés par la collaboration, partant de la relation initiale. Dans les systèmes d'action organisée complexe, impliquant une diversité d'acteurs, les sources de pouvoir sont diverses⁴⁴, formelles et informelles, et peuvent permettre de nouveaux ajustements. Si le rapport de pouvoir entre les acteurs est rarement équilibré, certains plus que d'autres étant en position de contrôle sur les sources de pouvoir, rarement aussi un acteur ne dispose-t-il d'aucun pouvoir.

Au-delà de la logique d'intérêt et de la logique fonctionnelle, la construction de la coopération engage un autre ordre de processus, au plan de la transaction symbolique, c'est-à-dire au plan des valeurs de référence, des principes de justification de l'action et donc du sens donné à l'action. C'est à ce niveau que la relation entre acteurs culturellement distancés atteint sa portée, au-delà de l'inégalité de leurs rapports de pouvoir. De ces différences dépendrait même le potentiel innovateur des collaborations (Maroy, 1997). La théorie des conventions de Boltanski & Thévenot (1987, 1991, cités dans Amblard, 1996) éclaire la manière dont ces différences participent à la construction de la coopération. Ces univers de sens, compris comme des ensembles cohérents de principes (ex : la solidarité ou la rationalité), d'objets (ex : les formes légales, les technologies), de modes de relation (ex : le rapport à l'usager) sont partagés par les acteurs d'un milieu, d'une organisation, d'un « monde⁴⁵ ». De leur étude de la relation entre les *mondes*, trois situations sont particulièrement éclairantes. La première est celle des mondes qui se juxtaposent dans une même situation sans chercher à résoudre les conflits et où les acteurs minimisent leurs contacts ou les réduisent à des objets non conflictuels. La seconde est celle de la résolution des controverses à partir d'un seul monde par la primauté des principes du monde dominant. La troisième est celle de la construction du compromis⁴⁶ qui est une sorte de dosage

⁴⁴ L'expertise pertinente et les acquis d'expérience, l'information utile pour l'action, le contrôle sur les règles du jeu, les réseaux d'appartenance, le contrôle des ressources sont autant de sources de pouvoir.

⁴⁵ Pour les auteurs, ces ensembles cohérents, ces différents *mondes* trouvent racine dans les grands courants philosophiques des sociétés occidentales. Ils distinguent six *mondes* purs qui doivent être compris comme des *formes idéales-typiques* pour caractériser l'univers des situations (les mondes de l'inspiration, de l'opinion, domestique, civique, industriel et marchand).

⁴⁶ Dans l'acception des conventionnalistes, le compromis est une forme de coordination qui se construit dans un rapport de pouvoir, dans la friction, plutôt que d'évoquer le renoncement et la compromission.

entre les registres d'action des acteurs concernés visant un « *bien commun* » (p.97). À cet égard, Maroy (1997) parle de compromis sans que toute ambiguïté soit levée, de « *transparence partielle* » (p.34) mais néanmoins suffisante à l'implication des acteurs. Pour être une forme d'accord durable, le compromis a besoin de dispositifs pour se consolider (ce que les auteurs appellent des investissements de forme⁴⁷), ces dispositifs étant construits à partir d'éléments appartenant aux différents mondes, de telle sorte à les dépasser. Les compromis d'innovation s'édifient ainsi à la rencontre de différents mondes.

La théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986; Amblard et al, 1996) nous paraît particulièrement fructueuse pour la compréhension des mécanismes de production de la coopération puisqu'elle considère simultanément les processus de construction des rapports entre acteurs et les processus qui président à la construction du sens de l'action. Par la traduction, intérêts et valeurs sont engagés dans la transaction. Cette théorie appréhende les situations telles qu'elles se présentent, dans leur complexité, en les considérant comme des réseaux, i.e. des ensembles formés d'entités humaines et non-humaines, individuelles ou collectives, définies par leurs identités, leurs rôles, leurs intérêts, leurs programmes. Reconstituer les réseaux, c'est chaîner toutes les entités qui participent d'une situation. La traduction est cette opération de chaînage, de recomposition du problème en faisant émerger un lien intelligible entre des activités hétérogènes (intérêts, sens), des faits, des informations en empruntant un même registre et en utilisant tous les repères (idéologiques, stratégiques, scientifiques ou autres) jugés nécessaires, sans détournement de sens.

La traduction passe par l'analyse des controverses⁴⁸. La controverse, c'est le fait en train de se faire. Ce sont les controverses qui portent le sens et le contenu des faits, des innovations, du changement. Le processus de construction de l'innovation se fait par la résolution des controverses. Résoudre les controverses, c'est créer un compromis, c'est détourner de leur trajectoire les entités en présence (groupes d'acteurs ou autres entités non-humaines) et les conduire vers un point de passage obligé, une solution, qui participe de la poursuite de leurs intérêts respectifs, sans nier leur spécificité ou abandonner les enjeux qui sont les leurs. C'est la clôture ou la non-clôture des controverses qui crée l'accord ou le désaccord entre les acteurs et la consolidation ou non de l'innovation. La coopération entre les acteurs emprunte différentes formes sociales qui matérialisent et stabilisent le compromis.

⁴⁷L'investissement (coûteux, pour une certaine durée) de forme permet la stabilité d'une situation dont la caractéristique est de tenir ensemble grâce à des formes, les formes pouvant être «... *des catégories cognitives ou des outils de classement mais également des êtres sociaux, coutumes, représentations sociales, personnes collectives*» (Amblard et al., 1996, p. 160). Cette notion des conventionnalistes est reprise dans la méthodologie d'élaboration des réseaux de Callon & Latour (Callon, 1986; Amblard et al., p. 160).

⁴⁸ L'analyse des controverses est une méthodologie commune à la sociologie de la traduction et à la sociologie des conventions.

Selon la théorie de Callon & Latour (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986), l'émergence du compromis se fait par l'entremise d'un traducteur (d'un médiateur) qui dispose de la légitimité nécessaire pour être accepté dans le rôle de celui qui propose une problématisation et des points de convergence et d'arrimage incontournables, vu les intérêts particuliers des groupes d'acteurs. Parce qu'elle est une opération de mise en mouvement et de ralliement, la problématisation déploie différents dispositifs d'intéressement qui visent à fixer l'identité et le rôle des autres acteurs. Un intéressement réussi confirme la validité de la problématisation et une problématisation réussie conduit à l'enrôlement, puis la mobilisation des acteurs dans un système d'action. La traduction devient ainsi la méthodologie de l'élaboration des réseaux. Suivre une innovation selon ce modèle, c'est suivre les compromis continuels et la succession des ré-interprétations, simultanément au plan des alignements d'intérêts (sociogramme) et des modifications de l'objet (technogramme), cet objet qui, particulièrement dans le champ des pratiques sociales, est porteur du sens, des logiques d'action.

La théorie se complète avec la notion d'entre-définition, i.e. la symétrie, la dialectique entre le tissage des liens sociaux et la confection des objets (entre processus et résultat). Le produit innovant ne peut émerger que s'il est porté par un réseau; en même temps, sa solidité dépend de l'irréversibilité de ce réseau qui, elle-même, dépend de l'ancrage du fait. Ainsi, un projet tient sa pertinence du degré de cohésion qu'il suscite; ses vertus, sa qualité ne sont pas des propriétés intrinsèques mais une conséquence de son développement (plutôt que d'être vus comme une cause de son déploiement, tel que le soutient la théorie de la diffusion). Ce sont donc les conditions de production de la coopération qui conditionnent la qualité du produit. Les auteurs écartent ici toute référence à une conception rationaliste de l'innovation. Ils nous placent devant une construction des problèmes et des solutions vue comme une activité itérative et contingente, qui ne peut être préalablement déterminée et qui ne connaîtra sa véritable valeur qu'au terme du processus.

Dans la perspective de la traduction, l'innovation est considérée comme un lieu de négociation entre les différents protagonistes de l'action. Aucune hypothèse n'est faite quant à la résistance au changement, quant à l'ouverture ou la fermeture des groupes sociaux; l'innovation se construit à travers l'intéressement des acteurs et toute action innovante ne se déploiera que si elle se transforme à mesure des intérêts qui convergent vers elle. Si une telle agrégation d'intérêts et de partenaires ne réussit pas à se former, c'est que le projet n'aura pas franchi la première étape de sa réussite. S'il réussit à intéresser, il s'en trouvera transformé, il se développera mais alors il deviendra différent de ce qu'il était initialement. Il nous apparaît central dans cette optique de voir qu'un produit, un programme, ne s'implante que s'il se transforme. Cette théorie permet de rendre compte des négociations et ajustements d'un programme sur la base des intérêts des acteurs. Le programme qui

sera alors implanté ne le sera que s'il constitue un arrangement intelligible, sensé, pour les acteurs qui le dispensent.

Tout en rappelant les raisonnements clé de l'analyse stratégique, la théorie de la traduction tout comme la théorie des conventions, dans le champ de la sociologie des organisations, portent ainsi un intérêt particulier à l'étude de la coopération entre les acteurs plutôt que de mettre l'accent principalement sur leurs rapports de pouvoir. Ces théories vont au-delà de la posture théorique classique qui consiste à mettre de l'avant la négociation pour la résolution des conflits. Ces théories réfléchissent sur les formes sociales, organisationnelles, qui matérialisent et stabilisent le compromis (Amblard et al. 1996). Dans ce corpus théorique de l'organisation, la sociologie de la traduction, développée dans le contexte de l'entreprise et de l'innovation technologique, est souvent appelée une sociologie de l'innovation⁴⁹, vu l'importance accordée à l'innovation en entreprise devant la mondialisation de l'économie. En fait, la sociologie de l'entreprise est devenue une sociologie de l'innovation et la théorie de la traduction s'avère être là une contribution majeure (Dadoy, 1998)⁵⁰.

3 LA JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION COMME PERSPECTIVE FONDAMENTALE DE RECHERCHE

Notre étude cherche, en empruntant ce parcours, à s'inscrire dans l'effort actuel pour un renouvellement de la conception de la planification et de l'action en partenariat dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être. Dans le présent contexte de redéfinition des services publics, dès lors que des questions de transformation des systèmes sont soulevées, la planification ne peut plus seulement être vue comme une question administrative, c'est-à-dire une question de régulation et de contrôle, mais devient aussi une question qui a trait à la dynamique de la participation, c'est-à-dire une pratique concernée par les rapports sociaux, et aussi une question d'innovation. Parce que la planification devient, en intégrant la dimension de la participation, un exercice de médiation davantage qu'un exercice de contrôle, se pose l'exigence de réfléchir sur la construction de l'accord entre les différents protagonistes de l'action. Et puisque la planification doit répondre à des impératifs de changement, se pose l'exigence de réfléchir sur le processus

⁴⁹ Les théories de l'innovation sont d'abord de tradition économique, où elles sont associées à l'entrepreneuriat, trahissant leur ancrage industriel et technologique. Le risque et l'incertitude sont au départ ce qui définit la fonction d'innovation, jusqu'à Shumpeter (1912) qui en propose une conception plus complexe, qui tient encore de nos jours, en termes de nouvelles combinaisons des ressources de l'entreprise et en terme d'activité à la fois créatrice et destructrice. Le risque, plutôt que d'être essentiellement financier, devient associé aux processus d'élaboration (source d'erreurs) et de diffusion de l'innovation (résistance, rejet). (Callon & Latour proposent une critique de cette logique linéaire, de l'élaboration à la diffusion, qui est au fondement de leur conception itérative de l'innovation). Deux logiques s'opposent sur le traitement du risque, l'une sociologique, qui accorde une place importante à l'incertitude et admet une part d'indétermination dans l'innovation; l'autre, gestionnaire, qui cherche à créer les conditions de l'innovation tout en réduisant les risques (Drais, 1998). Ces deux logiques se retrouvent dans la dialectique innovation – régulation à laquelle est confrontée toute organisation devant le changement (Alter, 1998).

⁵⁰ Bien que la théorie de la traduction soit utilisée pour une sociologie de l'organisation ou pour une sociologie de l'innovation, est-il utile de souligner ici que Callon & Latour se rattachent eux-mêmes plus volontiers à la sociologie des sciences.

d'innovation. Pour réfléchir sur la planification en tant qu'effort de médiation et d'innovation, nous recourons à une théorie qui permet de comprendre par quels processus des acteurs socialement distanciés et qui évoluent dans des univers de sens différenciés, voire divergents, peuvent parvenir à converger autour d'un accord et être générateurs d'innovations.

Parce que la théorie de la traduction s'intéresse au réseau comme forme particulière de système d'action organisée plutôt que de placer l'organisation au centre des préoccupations; parce qu'elle permet d'appréhender les situations dans leur complexité en les considérant comme des lieux où cohabitent les logiques du conflit et de la coopération (plutôt que d'être des logiques qui se succèdent); parce qu'elle appréhende l'identité des acteurs et leur logique d'action en même temps que leurs rapports de pouvoir dans la construction de l'action; parce qu'elle propose une compréhension de la construction de l'accord et de l'innovation; et, finalement, parce qu'elle articule le lien entre processus et résultats, elle représente un outil de première utilité pour l'analyse que l'on se propose de faire du rapport entre la structuration de l'action et sa qualité.

Si la théorie des conventions, comme la théorie de la traduction, s'intéressent à la production de la coopération, nous privilégions cette dernière comme fondement de notre étude parce que les éléments conceptuels de la théorie des conventions les plus pertinents pour notre étude se retrouvent aussi dans la théorie de la traduction. En outre, cette théorie nous apparaît être plus complète pour appréhender notre objet d'étude, notamment par le lien qu'elle articule entre processus et résultat. Ces théories ont en commun de passer par l'analyse des controverses pour la compréhension de l'élaboration du compromis (Amblard et al., 1996). De plus, le processus de transaction symbolique engagé dans la coopération (l'étude de la relation entre des *mondes* culturellement distanciés), qu'éclaire la théorie des conventions, est aussi considéré dans la théorie de la traduction. En effet, dans la théorie de la traduction, intérêts et valeurs sont simultanément considérés dans l'analyse des mécanismes de production de la coopération. Aussi, la notion de dispositifs permettant de consolider les compromis, dans la théorie des conventions, est reprise par Callon & Latour dans leur méthodologie d'élaboration des réseaux. Les investissements de forme y agissent en intermédiaires entre les acteurs d'une situation et c'est par ces intermédiaires que se cimente le réseau, préparant l'enrôlement des acteurs dans un système d'action (Callon, 1986; Amblard et al., 1996).

D'approcher le partenariat public – communautaire comme un arrangement inter-organisationnel, certes particulier puisqu'il met en présence la société civile (dans sa portion organisée) et l'appareil d'État, permet de faire porter l'analyse sur les accords qui en résultent et sur l'action. Le plus près que vont les théories les plus usuelles, principalement centrées sur l'étude du conflit, pour appréhender les

partenariats public – communautaire est de proposer le concept de coopération conflictuelle comme une condition minimale du partenariat. Notre perspective théorique, centrée sur la construction de l'accord et de la coopération, permet de dépasser (sans nier) cette compréhension pour déboucher sur une analyse de l'interrelation entre les formes d'arrangement et les propriétés de l'action. Nous voulons par cette approche focaliser l'analyse sur les acteurs en rapport avec l'action plutôt que de se centrer sur les seuls rapports entre les acteurs, de telle sorte à répondre à un questionnement qui est de l'ordre de l'efficacité de l'action en partenariat; plutôt aussi que de proposer une étude de l'efficacité de l'action sans lien avec son processus de construction, limite souvent soulignée à l'égard des études de résultats de l'action en partenariat. De plus, le cadre théorique retenu appréhende la genèse de l'action comme un processus de transactions politiques et symboliques. Il nous semble en effet qu'un cadre théorique centré sur les rapports de pouvoir, où les différences de cultures ne sont considérées qu'implicitement (par exemple dans la distribution initiale des atouts, tel que le propose la théorie des coalitions), ne suffit pas à éclairer la question de la qualité de l'action. Il nous apparaît plutôt qu'une théorie qui considère comment l'identité des acteurs, leurs croyances et idéologies qui donnent sens à l'action, se négocient en même temps que leurs rapports de pouvoir est incontournable pour une réflexion sur la qualité de l'action.

En retenant cette théorie au fondement de notre recherche, l'idée d'innovation se trouve « autorisée » dans le champ social⁵¹. Le propre de l'innovation est de se développer dans les situations où les problèmes rencontrés, pour être solutionnés, doivent composer avec une information imparfaite (Alter, 1993). L'innovation sociale cherche à répondre aux nouveaux besoins sociaux qui émergent des transformations de la société, transformations qui sont autant de sources d'incertitude et de pressions pour le développement de solutions innovantes. Le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être opère dans cet espace du social. L'innovation sociale est décrite en termes de nouvelles façons de faire, de nouveaux services, de nouvelles structures, de nouveaux rapports sociaux, de nouveaux arrangements institutionnels (Fontan, 1998; Chambon et al., 1982). Bouchard (1997) parle quant à lui de nouvelles théories, approches, interventions qui sont les innovations découlant des efforts des scientifiques du social.

Chambon (1982) ajoutera que ce n'est pas tant sa nouveauté qui fait d'une pratique sociale une innovation, mais le renouvellement de la dynamique sociale qu'elle génère. Une innovation est sociale par le tissu social qu'elle mobilise et ne peut être appréhendée en dehors du contexte social

⁵¹ Est-il utile ici de préciser que l'innovation, associée à la notion de progrès et à la modernité, est généralement assimilée au développement technologique, aux sciences de la nature, de l'environnement et du génie et que l'innovation sociale se débat encore pour exister. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à consulter les politiques et programmes publics de soutien à l'innovation, relatés notamment dans le numéro de la revue *Interface* consacré à l'innovation (vol. 18, no 6, 1997).

où elle prend forme. Les pratiques innovantes se posent ainsi en contraste avec les pratiques existantes dans une société donnée, à une époque donnée, une pratique pouvant bien être innovante dans une société alors qu'elle est courante, à une même époque, dans une autre société. Des pratiques d'une autre époque peuvent aussi être ravivées. L'innovation sociale est donc comprise comme une dynamique de changement social et va jusqu'à inclure l'action lourde envers les populations défavorisées et marginalisées. Une autre caractéristique qui peut être attribuée à l'innovation sociale, en tant que pratique de services, est celle qu'utilise Gallouj (1998) pour caractériser la production des services et la distinguer de la production des biens. Il s'agit de l'interface entre le producteur et le client, où s'échangent des informations, des connaissances et qui comporte aussi un rapport de force, de domination ou d'influence réciproque, jusqu'au rapport de coproduction qui signifie qu'on est en contexte d'interaction intense et équilibrée. Ce qui n'est pas sans rappeler les termes du partenariat public - communautaire.

À ce propos, si la théorie de la traduction soutient que les processus sociaux sont centraux dans la genèse des innovations techniques, ces processus s'avèrent tout aussi importants dans le développement des programmes sociaux. Et dans cette recherche, les expériences étudiées conviennent bien à la perspective théorique adoptée parce qu'elles sont des construits d'acteurs sociaux plutôt que d'être des prescriptions et, plus généralement, parce que l'action en partenariat constitue une approche émergente pour la résolution de problèmes complexes dans le domaine social.

Spécifions enfin que les choix théoriques au fondement de cette recherche s'inscrivent dans le paradigme de la sociologie de l'acteur et tiennent du courant interactionniste d'explication en sociologie⁵². Les théories et la perspective que nous adoptons dans notre recherche s'inscrivent plus largement dans les épistémologies subjectivistes. Cette perspective nous apparaît la plus éclairante pour les phénomènes que l'on cherche à expliquer. L'on comprendra mieux la diversité des arrangements au sein des partenariats et leur rapport avec la qualité de l'action produite si on met l'accent sur les intérêts et les logiques d'action des acteurs, dans un contexte donné, plutôt que si on se réfère en premier lieu au déterminisme de l'environnement politique ou socio-économique, par exemple au déterminisme du modèle partenarial préconisé par l'État québécois. L'idée n'est pas de considérer que les contraintes de l'environnement aient un poids négligeable mais plutôt de considérer que leur influence est intégrée dans le contexte social où se déroule l'action, à travers la position sociale des acteurs et leur logique d'action.

⁵² Bernoux (1993) rappelle qu'en sociologie se distinguent trois grands types d'explication, le déterminisme individuel qui cherche à expliquer les comportements à partir de l'histoire personnelle des individus; le réalisme totalitaire où les comportements sociaux sont le produit des structures et normes sociales; et l'interactionnisme où les comportements sociaux sont compris comme étant le fait d'acteurs qui agissent intentionnellement en vue de parvenir à leurs fins, en déployant différentes stratégies.

CHAPITRE V L'ADAPTATION DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION AU CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La perspective fondamentale d'analyse retenue, celle de la théorie de la traduction, qui fut développée dans le contexte des innovations technologiques, mérite d'être spécifiée pour avoir une capacité de compréhension plus grande lorsque appliquée dans le champ des innovations sociales dont les traits distinctifs sont, dans notre champ d'intérêt, de mettre en scène des acteurs principalement publics – intersectoriels – et communautaires et de chercher à répondre de façon préventive à des besoins sociaux et de santé complexes émanant des transformations de la société.

Notre perspective théorique conduit à considérer la structuration de l'action comme une activité contingente qui résulte du rapport social entre les différents partenaires, dans un contexte social donné. Dans le contexte québécois actuel de la prévention - promotion de la santé et du bien-être, en se référant à la littérature québécoise revue au chapitre III, les termes du rapport social par lequel se structure l'action nous paraissent être ceux du rapport entre les acteurs publics et communautaires, leurs idéologies, leurs pratiques et la disparité de leurs ressources; entre les acteurs intersectoriels; entre la planification centrale et l'autonomie locale; entre les savoirs scientifiques et les savoirs pratiques, les savoirs institutionnels et les savoirs communautaires. Sans sortir des raisonnements clé de la théorie de la traduction, notre cadre d'analyse sera enrichi de quelques autres théories nous permettant de mieux cerner le rapport entre les acteurs et les caractéristiques de l'action.

En premier lieu, pour appréhender le **rapport entre acteurs publics et communautaires** et les formes d'arrangement qui peuvent en découler, nous prenons appui sur les conceptualisations de Panet-Raymond & Bourque (1991) et de Vaillancourt (1994) qui articulent ce rapport autour de deux pôles, pour l'un, en termes d'interdépendance égalitaire, fondée sur le respect de l'intégralité des pratiques communautaires, des différences de culture et de modes d'intervention et la reconnaissance mutuelle des contributions; et pour l'autre, en termes de rapport utilitaire ou de complémentarité de la portion de services du communautaire avec les établissements publics, dans l'atteinte des objectifs de l'État. En second lieu, l'analyse du **rapport entre planification centrale et autonomie locale** se fera en recourant aux différents courants théoriques en planification qui supportent et orientent les pratiques (Monnier, 1987, 1992; Hamel, 1986, 1995, 1995; Denis, 1996a; Beaugard, 1998; White, 2000 discutés en première partie); et par l'examen du potentiel d'*empowerment* des arrangements central – local pour les communautés, partant du constat que l'action efficace est favorisée par l'accroissement du contrôle des acteurs locaux sur les priorités et le développement de l'action (Gillies, 1998, discuté au chapitre des résultats du

partenariat, en première partie), selon la logique du développement communautaire (*community empowerment*) plutôt que de l'habilitation des communautés (*community betterment*) (Fawcett et al., 1995). Dans le cas particulier des programmes – cadre, il est reconnu qu'une approche d'implantation adaptative plutôt que programmée favorise la réinvention de ces programmes par les praticiens et leur adéquation aux différents contextes (Berman, 1980; Rogers, 1983; Brunk et al., 1990). Cette idée du contrôle des acteurs locaux sur les priorités et les moyens est aussi centrale à la perspective de l'analyse stratégique où l'action efficace dépend 1°) de la capacité des acteurs locaux à formuler une théorie de l'action pertinente, capacité largement tributaire de l'accès à l'information⁵³; et 2°) de leur capacité à rassembler les conditions de réalisation, techniques, financières, juridiques, capacité tributaire de leur accès aux ressources (Monnier, 1987). Cela n'est pas très loin des idées d'accroissement du pouvoir et d'accès aux ressources, centrales à la théorie de l'*empowerment* (Boyce, 1993).

En troisième lieu, pour analyser le **rapport entre les savoirs**, nous prenons appui sur différents auteurs qui conviennent qu'une approche interactive plutôt que de prescription, qui place les savoirs scientifiques et pratiques dans un rôle contributif et où l'apport des différents savoirs est reconnue, est la forme d'arrangement la plus favorable à l'amélioration de l'action. On parle alors d'une négociation entre des savoirs diversifiés dont certains prennent assise dans la connaissance scientifique et technique, et d'autres dans l'agir qui, lui, est porteur d'une connaissance spécifique à la diversité et l'unicité des situations concrètes (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995). Nous regarderons selon la même logique le rapport entre les savoirs institutionnels et communautaires qui sont porteurs de lectures souvent divergentes des problèmes et des solutions, reflétant leur position sociale respective.

En dernier lieu, nous spécifions la notion de qualité de l'action, partant des termes mêmes de la théorie de la traduction, par 1°) la force d'entraînement d'un projet; 2°) la solidité et 3°) l'ancrage de son modèle d'action; auxquels nous ajoutons 4°) la notion de viabilité de la solution retenue, afin de bien traduire l'association que fait la théorie de la traduction entre l'utilité et la qualité d'un produit. La notion d'**entraînement** parle d'elle-même; elle réfère à l'allongement des réseaux autour d'un projet, ce qui lui confère sa pertinence. La notion de **solidité** du modèle d'action réfère à la théorie du programme. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la description et

⁵³ Dans la perspective de l'analyse stratégique des programmes publics (Monnier, 1987), l'information dont disposent les acteurs pour élaborer l'action apparaît être une ressource cruciale. Si le contrôle de l'information confère du pouvoir et de l'influence aux groupes qui la détiennent, le partage de l'information scientifique et technique, politique, stratégique ou opérationnelle constitue une clé cruciale de la capacité des acteurs à construire une action pertinente. L'information de nature politique contribue à transformer leurs visions de la réalité sociale et leur permet de légitimer leurs décisions; l'information stratégique et technique leur permet de formuler le problème et les solutions et d'en apprécier la pertinence du point de vue des effets escomptés; l'information de nature opérationnelle et celle ayant trait aux résultats des interventions leur permet un retour critique sur les hypothèses d'action suite à leur mise en œuvre.

l'appréciation de la qualité d'un programme émerge de sa théorie (Bickman, 1987; Monnier, 1987; Bickman et al., 1990; Chen, 1990; Weiss, 1995). Nous retenons ici la logique qui soutient que les programmes sociaux sont basés sur des théories implicites ou explicites du changement, des théories sur le « comment » et le « pourquoi » un programme devrait fonctionner. Les énoncés sur le « comment » concernent l'intervention choisie et ses conditions de réalisation et sont désignés sous le vocable d'hypothèses d'intervention et d'hypothèses d'implantation. Les énoncés sur le « pourquoi » concernent la justification des hypothèses d'intervention et d'implantation. La théorie du programme peut ainsi être définie comme un modèle plausible de la manière dont il est supposé fonctionner. Elle clarifie les relations de causes à effets et établit le rationnel qui sous-tend l'intervention. C'est ce que développe Allard (1996) en recourant aux notions de vraisemblance d'intervention et de vraisemblance d'implantation pour parler du bien-fondé des hypothèses du modèle d'action et leur justification dans son approche d'évaluation de la vraisemblance des programmes⁵⁴. Nous recourons à cette notion de vraisemblance pour articuler l'idée de solidité des modèles d'action.

Et pour spécifier la dimension de l'**ancrage** du modèle d'action dans son contexte, nous recourons à la perspective de l'*empowerment* qui soutient qu'une théorie locale des problèmes et des solutions et la pertinence des priorités et solutions aux yeux des acteurs locaux sont des conditions nécessaires pour construire une pratique efficace (Fawcett et al., 1995; Wandersman et al., 1996; Gillies, 1998). Enfin, nous concevons la notion de **viabilité** de la solution retenue, selon l'esprit de Von Glaserfeld (1988), comme un moyen qui est pertinent dans la mesure où il permet d'atteindre un but et cela, sans égard à l'éventail des autres moyens pouvant exister.

Ce choix théorique en faveur de la notion de qualité s'ajuste aux choix de la méthodologie utilisée pour l'évaluation des priorités régionales de Montréal-Centre (Bilodeau et al., 1998), sur laquelle prend appui en partie cette recherche. Celle-ci avait choisi de faire porter l'analyse sur l'implantation et la vraisemblance des programmes, pour tenir compte du fait que l'évaluation portait sur des programmes dont les résultats escomptés s'inscrivaient pour plusieurs sur un horizon temporel qui dépassait largement le plan triennal d'action et pour lesquels une discussion sur leur impact réel n'était pas possible à court terme. On a donc décidé d'effectuer un retour critique sur la logique des programmes, pour une appréciation de leur qualité (évaluation de la vraisemblance) (Allard, 1996), et d'utiliser une perspective d'évaluation des résultats intermédiaires (évaluation de l'implantation), les plus immédiatement observables, reliés aux actions réalisées (Bickman, 1985).

⁵⁴ L'évaluation de la vraisemblance, nouvelle dans le domaine de l'évaluation de programme, s'inscrit dans la perspective de l'évaluation fondée sur la théorie (*theory-driven evaluation*) (Chen, 1990; Weiss, 1995). Elle correspond à la capacité des interventions à atteindre les objectifs pour lesquels elles sont déployées, en se référant aux acquis de la recherche et de l'expérience. L'évaluation doit rendre explicites ces théories du changement à la base des programmes (le référent) et juger de leur valeur en les mettant en rapport avec les connaissances issues de la recherche et de la pratique (le référent). Ce travail d'évaluation entraîne une révision du programme pour obtenir une plus-value de sa vraisemblance (Allard, 1996).

La notion de qualité adoptée ici ne s'éloigne pas de sa conception dans le domaine socio-sanitaire où la qualité réfère à un ensemble d'attributs du processus qui favorisent le meilleur résultat possible, tel que définis par rapport aux connaissances, à la technologie et aux attentes et normes sociales (Champagne, 1994). Ces critères et normes peuvent être endogènes au groupe, tels que dans la perspective de la traduction, ou exogènes au groupe, si on se réfère à un programme-cadre ou au jugement d'experts (Rossi & Freeman, 1982; Bickman, 1985; Chen, 1990; Scheirer, 1994). Eu égard à la notion d'efficacité que nous évoquons d'entrée de jeu dans un sens large d'atteinte de résultats, précisons qu'en référence à la tradition de l'évaluation de programme⁵⁵, la définition de la qualité de l'action adoptée ici est liée à la notion d'efficacité de deux façons. D'abord, la solidité du modèle d'action réfère à un jugement sur la justesse du modèle théorique sur lequel repose la présomption d'efficacité de l'intervention; puis la viabilité de la solution porte sur les premiers résultats d'intérêt des interventions étudiées, appréciés en vertu des effets escomptés.

⁵⁵ L'objet sur lequel porte l'évaluation de programme (le référé) peut être spécifié à partir de différentes composantes des programmes qui sont de l'ordre de leur conception (orientations, fondements théoriques) et de leur réalisation (structure, processus, résultats ou effets) (Allard, 1996). Contandriopoulos et al. (1992) y distinguent les objectifs, les moyens (ressources, activités), les effets et le contexte, l'évaluation pouvant porter sur l'une ou l'autre de ces composantes ou sur les relations entre celles-ci (ex : l'analyse de l'intervention porte sur le rapport objectifs \Leftrightarrow moyens et l'analyse de l'efficacité, sur le rapport moyens \Leftrightarrow effets). Et l'évaluation peut être normative, en ce que le jugement réfère à des critères tirés des acquis de la recherche ou du jugement d'experts; ou elle peut être fondée sur la recherche scientifique. Les effets peuvent être appréciés de façon normative, mais la démonstration de l'efficacité, comprise comme l'analyse de l'influence réelle de l'intervention (effets voulus et non voulus) sur l'état de santé et de bien-être de la population visée, doit prendre appui sur la recherche, de type expérimental ou « naturaliste ».

CHAPITRE VI LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

L'objet de notre recherche est le rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité, dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, l'analyse projetée visant à mettre en relief les attributs de ce processus qui sont associés à une plus grande qualité des programmes.

La théorie de la traduction, qui a été développée en contrepartie de la perspective diffusionniste en sociologie de l'innovation, propose une conception de la structuration des programmes innovants où les aspects techniques et sociaux sont considérés simultanément, en recourant à un seul modèle d'interprétation qui consiste à repérer comment les acteurs définissent et associent les différents éléments qui composent leur monde, technique ou social. La dynamique interactive du sociogramme (alignements d'intérêts, succession des compromis) et du technogramme (modifications de l'objet) dans la construction de l'innovation est ainsi retenue comme première dimension conceptuelle fondamentale de notre étude. De plus, dans la théorie de la traduction, cette logique interactive (principe de symétrie) caractérise aussi le rapport entre le processus et le produit, la qualité du produit n'étant pas une propriété intrinsèque mais une conséquence de son développement. La dynamique interactive entre processus de structuration et qualité du produit est donc posée comme seconde dimension fondamentale de l'étude.

Ainsi, le **processus de structuration des programmes**, que nous cherchons à mettre en relation avec leurs attributs de **qualité**, constituent avec les concepts de **sociogramme** et de **technogramme** les dimensions qui charpentent notre cadre conceptuel.

1 LE PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES

Les programmes publics innovants sont compris ici, se référant à Monnier (1987) qui a repris la théorie de la traduction pour le compte des programmes publics, comme des espaces de négociation, des systèmes ouverts où les différents protagonistes négocient la structuration et la réalisation de l'action en même temps que leurs rapports sociaux et où ni les protagonistes, ni les ressources, ni les formes d'action ne sont stables et prédéterminés. Le processus de structuration opère de façon interactive et itérative au double plan du sociogramme et du technogramme, de telle sorte que les transformations du produit dans le temps ne peuvent être appréhendées sans une compréhension de l'évolution de l'interaction entre les acteurs, et vice versa. Sociogramme et technogramme sont les deux sous-dimensions par lesquelles sera appréhendé le processus de structuration des programmes.

1.1 *Le sociogramme*

La traduction comme théorie, mais aussi comme processus, s'articule autour des concepts-clé que sont : 1°) le réseau; 2°) les notions de controverse et de convergence (points de passage obligé) qui sont reliées par celles de problématisation, de traducteur et d'intéressement; et 3°) les formes sociales qui matérialisent la coopération et stabilisent le compromis, et par lesquelles s'exprime l'enrôlement des acteurs, condition nécessaire à leur mobilisation dans un système d'action. Le sociogramme sera ainsi spécifié par les concepts de réseau; de problématisation comme processus de création des convergences; et d'arrangements inter-organisationnels pour figurer les formes sociales de la coopération. Le sociogramme peut être défini comme l'évolution des interactions entre les acteurs d'une situation et de leurs arrangements de coopération.

1.1.1 **Le réseau**

Les réseaux sont compris comme des « *ensembles d'entités humaines ou non-humaines, individuelles ou collectives, définies par leurs rôles, leur identité, leur programme* » (Callon, 1992, cité dans Amblard et al., 1996, p. 134). Cette première dimension du sociogramme est caractérisée par les acteurs et autres entités qui participent aux situations étudiées. Les programmes sont habités d'une diversité d'acteurs, surtout collectifs, d'appartenances sectorielles, organisationnelles et géographiques diverses : Régie régionale, CLSC, organismes communautaires, écoles, municipalités (élus et fonctionnaires), tables de concertations locales ou régionales. Les acteurs seront définis par leur **position sociale**, leur **identité**, leurs **intérêts** et les **enjeux** qu'ils associent à la structuration du programme. Les autres entités sont les **ressources** mobilisées par les acteurs et l'**information** dont ils disposent pour construire l'action.

1.1.2 **La problématisation**

La mise en relation des entités d'un réseau passe par la problématisation, soit la formulation du problème selon chaque groupe d'acteurs de la situation en un seul registre, construisant un lien intelligible entre des discours hétérogènes et des intérêts particuliers. La problématisation permet d'identifier les principales controverses qui opposent les acteurs, c'est-à-dire leurs éléments de désaccord, compte tenu des enjeux. Parce qu'elle est un exercice de mobilisation et de ralliement autour d'un projet provisoire, la problématisation conduit à identifier dans l'argumentaire des acteurs des points de passage obligé tendant à résoudre les controverses, ce que l'on peut définir comme des zones de convergence et d'arrimage incontournable vu les intérêts particuliers des groupes d'acteurs. Aussi parce qu'elle est un processus de mobilisation et de ralliement, la problématisation comporte des stratégies d'intéressement visant à indiquer les déplacements à consentir. Selon la

théorie de Callon & Latour (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986) , la problématisation opère par l'entremise d'un médiateur qui propose une problématisation et des zones de convergence et d'arrimage en vertu des intérêts des acteurs.

Cette seconde dimension pour appréhender le sociogramme sera opérationnalisée par :

- ◆ l'**instigateur** de la problématisation, dans le rôle du médiateur – traducteur, qui est dans les expériences étudiées une instance publique régionale de planification;
- ◆ la **formulation** du problème et des solutions selon les différents acteurs et qui lie ces discours hétérogènes;
- ◆ les **stratégies d'intéressement** déployées par chacun pour déterminer le rôle des autres acteurs, soit celles déployées par le planificateur pour s'associer des partenaires dans des rôles qui leur sont pressentis, et celles déployées par les autres acteurs dans leur positionnement;
- ◆ les **controverses** qui divisent les acteurs, c'est-à-dire leurs éléments de désaccord, de débat, compte tenu des enjeux;
- ◆ les **zones de convergences** qui se dessinent en vertu des intérêts respectifs et des enjeux en présence, sous l'effet du médiateur.

1.1.3 Les arrangements inter-organisationnels

Les arrangements inter-organisationnels sont les principales formes sociales⁵⁶ qu'emprunte la coopération entre les acteurs et qui matérialisent et stabilisent le compromis; ces arrangements matérialisent la prise de rôle des acteurs dans le système d'action. En référence à Delaney (1994a, b), Costongs & Springett (1997b), Goumans & Springett (1997), ces arrangements sont retenus comme formes matérialisant la coopération parce qu'ils ont atteint un degré suffisant de formalisation pour permettre la planification et la réalisation d'actions conjointes. Ces formes d'arrangements incarnent les ajustements entre les acteurs au plan symbolique (valeurs, sens donné à l'action) et au plan de leurs rapports de pouvoir. Pour caractériser ces ajustements, nous recourons à trois aspects des rapports sociaux entre les acteurs évoqués précédemment et qui nous apparaissent centraux dans le contexte étudié, soit :

⁵⁶ D'autres formes sociales leur sont secondaires, tels les contrats, les définitions communes, les objectifs communs, les programmations conjointes.

- ◆ le **rapport public / communautaire**, qui est caractérisé par les notions d'interdépendance égalitaire et de complémentarité à l'État, telles que développées par Panet-Raymond & Bourque (1991) et Vaillancourt (1994); et le rapport entre les acteurs intersectoriels, qui réfère aux arrangements qui traduisent le découpage du programme en zones de contrôle, selon leur champ de compétences respectifs, et l'émergence de zones de décloisonnement (Degeling, 1995);
- ◆ le **rapport entre planification centrale et autonomie locale**, qui est caractérisé par les pratiques de planification, à tendance technocratique ou participative; par le potentiel d'*empowerment* local que représentent les arrangements, en référence à l'association faite entre l'accroissement du contrôle des acteurs locaux sur l'action et son efficacité (Fawcett et al., 1995; Gillies, 1998); et par l'approche d'implantation adaptative ou programmée des programmes-cadre (Berman, 1980; Rogers, 1983; Brunk et al., 1990).
- ◆ le **rapport entre les savoirs**, qui est caractérisé par une approche contributive des différents savoirs, en contrepartie d'une approche de prescription (approche d'experts) (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995).

1.2 *Le technogramme*

Le technogramme réfère aux modifications successives de l'objet dans la construction de l'innovation, modifications qui sont interdépendantes avec l'évolution du sociogramme. Le technogramme est spécifié par 1^e) le développement du plan d'action et notamment le modèle d'action que se donnent les acteurs à la base de leur programme; puis 2^e) par l'implantation du plan, c'est-à-dire la réalisation des activités qui sont la forme concrète d'un produit dans le domaine des programmes publics.

Pour caractériser le **développement du plan**, nous retenons :

- ◆ les **formes successives du plan**, depuis l'énoncé des priorités, soit : les ajustements entre l'appel de propositions du planificateur et l'offre de services des acteurs mobilisés; les transformations successives à propos des objectifs, de la population cible, des moyens d'action, des partenaires, des ressources et des résultats attendus. Particulièrement, l'adaptation des programmes-cadre sera considérée;
- ◆ le **modèle d'action** du programme, c'est-à-dire le modèle qui précise les composantes du programme et qui rend compte de la logique de l'intervention. Nous référons ici aux techniques de spécification de programme dans le champ de l'évaluation (Wholey, 1979; Wholey, 1987; Smith, 1989; Allard, 1996).

Pour caractériser l'**implantation du plan**, nous retenons la description du programme déployé, relativement aux activités réalisées et aux populations atteintes, et l'écart au programme prévu.

2 LA QUALITÉ DES PROGRAMMES

Les attributs de qualité d'un produit, sa pertinence, son utilité, sont, selon la théorie de la traduction, la conséquence de son développement (plutôt que d'en être la cause tel que le conçoit la perspective de la diffusion). La pertinence d'une innovation tient du degré de cohésion qu'elle entraîne; sa qualité lui est donnée par la force d'entraînement qu'elle suscite. En même temps, l'irréversibilité d'un réseau dépend elle-même de l'ancrage et de la solidité du programme, du point de vue des acteurs d'une situation. Les attributs de qualité se rapportent donc, et de façon interdépendante, à l'une et l'autre trame d'évolution des innovations, technique et sociale.

Sous l'aspect de sa trame sociale, reprenant les termes de Callon, la qualité sera définie par la **force d'entraînement**, c'est-à-dire l'attrait du programme, l'engagement d'acteurs stratégiques et névralgiques à son développement, partant de la compréhension que les acteurs se font des problèmes et solutions.

Pour caractériser la qualité sous l'aspect de sa trame technique, nous utilisons les notions de solidité, d'ancrage et de viabilité en ajustant le sens au contexte étudié, tel que discuté à la section précédente :

- ◆ la notion de **solidité** est appliquée aux modèles d'action des programmes, à laquelle nous faisons correspondre la vraisemblance d'implantation et d'intervention (Allard, 1996), se rapportant aux jugements des acteurs sur le modèle d'action du programme, eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels ils se réfèrent;
- ◆ la notion d'**ancrage** est définie par l'ancrage du modèle d'action dans son contexte et réfère à l'ajustement du modèle d'action aux données et ressources locales; et à la pertinence des priorités et solutions aux yeux des acteurs locaux, selon la perspective de l'*empowerment*, (Fawcett et al., 1995; Wandersman et al., 1996; Gillies, 1998);
- ◆ quant à la notion de **viabilité** de la solution, ajoutée pour rendre compte de l'association que fait la théorie de la traduction entre utilité et qualité, son appréciation portera sur la capacité des moyens déployés à atteindre les buts fixés, en se basant sur les premiers résultats proximaux (Bickman, 1985) que les acteurs associent au programme, au plan de l'environnement et des populations visées.

La figure 1 suivante illustre le cadre conceptuel de l'étude et le tableau 1 en présente l'opérationnalisation en dimensions, sous-dimensions, indicateurs et sources de données.

Figure 1
Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport
entre le processus de structuration des programmes et leur qualité

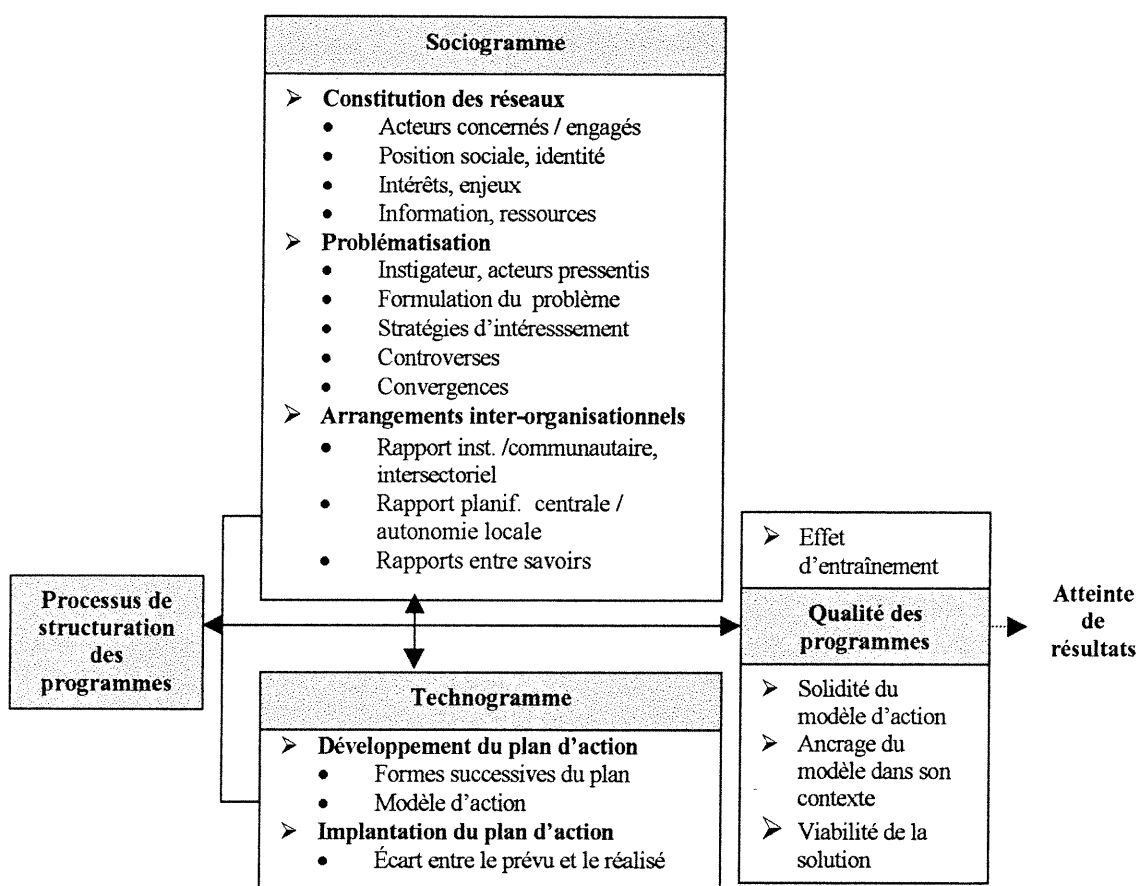


Tableau 1
Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, sources de données

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES <i>1 - SOCIOGRAMME</i>		
<i>1.1 - RÉSEAU : ACTEURS ET AUTRES ENTITÉS CONSTITUANTES</i>		
1.1.1 Acteurs concernés, mobilisés, engagés.	Composition des réseaux par rapport aux acteurs concernés par le problème. Représentativité intersectorielle.	AD, PV, K
1.1.2 Position sociale	Acteur institutionnel / communautaire, régional / local; sectoriel; Précarité / stabilité des organisations, telle qu'évoquée par les acteurs: suffisance et récurrence du financement.	AD, PV, G, A
1.1.3 Identité / Culture	Mission / Vision des problèmes et des solutions.	AD, PV, G, A
1.1.4 Intérêts / Enjeux associés à la structuration du programme	Intérêts respectifs des acteurs (objectifs recherchés vues culture et position sociale). Gains et pertes de pouvoir ou de capacités que les acteurs associent à leur engagement dans le programme.	AD, PV, G, A, J, RP, N
1.1.5 Ressources	Ressources humaines, matérielles, financières que les acteurs mobilisent pour le programme. Richesse / rareté des ressources des communautés, telle qu'évoquée par les acteurs.	AD, PV, G, A, K
1.1.6 Information	Expérience / connaissance qu'ont les acteurs du champ d'action. Accès / partage / contrôle de l'information.	AD, PV, G, A
<i>1.2 - PROBLÉMATISATION</i>		
1.2.1 Instigateur - traducteur / Acteurs à associer et rôles qui leur sont pressentis.		AD, PV
1.2.2 Formulation du problème et des solutions selon les différents acteurs –lien entre ces discours hétérogènes.		AD, PV, G
1.2.3 Stratégies d'intéressement	Stratégies de participation (association des partenaires) mises de l'avant par le planificateur pour: <ul style="list-style-type: none"> • l'établissement des priorités et voies d'action; • la sélection des partenaires et des projets. Positionnement des acteurs.	AD, PV, P, K, O
1.2.4 Controverses	Éléments de désaccord, de débat entre les acteurs compte tenu des enjeux.	AD, PV, S, P, J, RP

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
1.2.5 Convergences / Points de passage obligé	Degré d'interdépendance des acteurs (dans quelle mesure les intérêts poursuivis par chaque acteur ne peuvent être atteints sans le concours des autres). Arrimages incontournables pour la poursuite des intérêts respectifs des acteurs, vu leur degré d'interdépendance.	AD, PV, S, P, J, RP, K
1.3 - ARRANGEMENTS INTER-ORGANISATIONNELS		
1.3.1 Rapport institutionnel / communautaire	Rapport d'interdépendance égalitaire (mission propre / reconnaissance mutuelle / création conjointe des projets). Rapport de complémentarité de la portion de services du communautaire avec les établissements publics, dans l'atteinte des objectifs de l'État.	AD, PV, E, K, N
1.3.2 Rapport entre les acteurs intersectoriels	Découpage du programme en zones de contrôle. Émergence de zones de décloisonnement.	AD, PV, K, N
1.3.3 Rapport entre planification centrale et autonomie locale	Approches de planification technocratique <u>prp</u> participative Potentiel d'empowerment : <ul style="list-style-type: none"> • acteurs décisionnels / contrôle de la décision aux différentes étapes de la planification et de l'évaluation (degré de contrôle des acteurs locaux sur les priorités et le développement de l'action); Approche d'implantation adaptative ou programmée des programmes-cadre.	AD, PV, E, K, N
1.3.4 Rapport entre les savoirs : <ul style="list-style-type: none"> • scientif. vs pratiques • inst. vs communautaires 	Légitimité des différents savoirs / suprématie de certains savoirs. Approche contributive <u>prp</u> approche de prescription.	AD, PV, E, K, N
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES 2 - TECHNOGRAMME		
2.1 - DÉVELOPPEMENT DU PLAN D'ACTION		
2.1.1 Formes successives du plan	Priorités et voies d'action prioritaires retenues (planification stratégique). Ajustements entre l'appel de propositions (Régie) et l'offre de services / choix des projets et partenaires. Plans successifs (projets, objectifs, cibles, stratégies, partenaires, ressources) (planification structurelle). Adaptation des programmes-cadre.	AD, PV, K
2.1.2 Modèles d'action	Composantes du programme et logique de l'intervention.	K
2.2 - IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION		

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
2.2.1 Écart entre le prévu et le réalisé	Populations visées / rejointes. Outils, activités prévues / réalisées (planification opérationnelle).	AD, PV, OI, X, K, M
B – QUALITÉ DES PROGRAMMES		
<i>1 - FORCE D'ENTRAÎNEMENT</i>		
	Engagement d'acteurs stratégiques (démission / exclusion d'acteurs). Représentativité accrue des acteurs / secteurs concernés par le problème.	AD, PV
<i>2 – SOLIDITÉ</i>		
Solidité du modèle d'action	Jugement de vraisemblance porté sur le programme / argumentaires des acteurs et position dominante : <ul style="list-style-type: none"> vraisemblance d'intervention (pertinence face au problème); vraisemblance d'implantation (faisabilité dans le contexte). Recommandations pour l'amélioration du modèle d'action.	K, N, O
<i>3 – ANCRAGE</i>		
Ancrage du modèle d'action dans son contexte	Priorités et solutions reconnues pertinentes par les acteurs locaux. Théorie locale ppq théorie générale des problèmes et des solutions : <ul style="list-style-type: none"> concordance avec les données locales du problème; concordance avec les capacités des acteurs, les ressources et obstacles dans la communauté. 	K, PV, AD
<i>4 – VIABILITÉ</i>		
Viabilité de la solution au regard des problèmes à résoudre	Accroissement (attrition) de la participation de la clientèle (ex: liste d'attente). Appréciation des changements (intermédiaires) observés par rapport aux objectifs visés.	PV, AD, M

Légende des sources de données :

AD documents de planification
S notes de service
G conférences / colloques
P correspondance

PV compte-rendu de réunions
H cahiers de bord / notes des professionnels
J média
RP représentations publiques

E protocoles d'entente / contrats
OI outils d'intervention
A documents d'information des organismes
X entrevues auprès d'informateurs-clé

K documents de la spécification des programmes
M documents de l'évaluation de l'implantation
N documents de l'évaluation de la vraisemblance
O document de l'évaluation de la planification générale

CHAPITRE VII LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

1 LA NATURE DE LA RECHERCHE

Cette recherche a pour objectif de comprendre les processus en cause dans la structuration des programmes, de saisir quels sont les attributs de ces processus qui conditionnent la qualité des programmes et donc, d'expliquer par quel processus on parvient à tel résultat. Cette recherche de nature qualitative est interprétative et explicative et elle adopte une approche en partie déductive et en partie inductive.

Cette recherche est de nature interprétative en ce que la compréhension qu'elle propose est une interprétation des événements qui se sont passés dans les expériences étudiées, tel que représentées dans les documents consultés, interprétation réalisée en référence au cadre conceptuel et méthodologique que s'est donné la chercheuse et qu'elle a appliqué aux données. Et cette recherche se veut de nature explicative en ce qu'elle cherche à répondre à des questions de l'ordre du comment : Quels sont les attributs du processus de structuration de l'action qui conditionnent sa qualité? Ou, par quel processus arrive-t-on à tel résultat? (Tesh, 1990; Yin, 1994). Elle vise à développer un ensemble de propositions théoriques explicatives pertinentes au contexte d'où elles émergent et utiles à l'amélioration des pratiques sociales.

Cette recherche adopte une approche déductive en prenant appui sur un corpus théorique pour construire son cadre conceptuel et élaborer ses propositions explicatives locales, c'est-à-dire propres à chaque cas. Elle adopte une approche plutôt inductive dans l'analyse inter-cas en ce que le développement théorique auquel elle donne lieu est un construit émergent. En effet, le cadre conceptuel de l'étude soutient que les arrangements interorganisationnels conditionnent la qualité du produit mais ne postule pas que telle caractéristique du processus est associée à tel attribut de qualité.

De plus, cette recherche est une étude de cas. Cette stratégie de recherche est appropriée pour l'étude de phénomènes contemporains dans leur contexte, en recourant à de multiples sources d'information, là où les limites entre le phénomène et son contexte ne sont pas claires et où le chercheur a peu de contrôle sur les événements (Yin, 1994). Des chercheurs et méthodologues de la recherche empirique en sciences sociales (Yin, 1994, Huberman & Miles, 1991, Hamel, 1998; Bernard, 1993) conviennent que cette stratégie de recherche, et plus généralement la recherche qualitative, est aussi appropriée pour satisfaire des objectifs de description et d'explication plutôt que

d'être confinée à des objectifs exploratoires. Huberman & Miles (1991) ont d'ailleurs le mérite d'avoir explicité une méthodologie d'analyse des données qualitatives dans le contexte de l'étude de cas de sorte à satisfaire aux exigences de la description et de l'explication. L'étude de cas menée dans le cadre de cette thèse est de type à la fois descriptif et explicatif et il s'agit d'une étude de cas multiple. Les cas étudiés sont les programmes ayant émané de l'opération des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être de Montréal-Centre et ont été sélectionnés en vertu de leur capacité à documenter la question à l'étude. Dans ces cas, nous nous intéressons à l'interrelation entre le processus de structuration des programmes et leurs attributs de qualité, ce qui constitue l'unité principale d'analyse des cas.

Enfin, cette étude s'inscrit mieux dans le champ de la recherche sociale appliquée que dans celui de la recherche sociale fondamentale (Dijk, 1986). Le développement théorique qu'elle produit s'intéresse à l'amélioration des pratiques sociales plutôt que d'être orienté vers l'amélioration des théories fondamentales. Ainsi, nous nous référons à des théories générales, telle la théorie de la traduction en sociologie des organisations, pour analyser dans quelles conditions le processus de structuration des programmes, où interagissent des acteurs en même temps qu'évolue leur produit, favorise la qualité de ce produit. Et les pratiques sociales auxquelles cette recherche s'intéresse sont les pratiques planificatrices et partenariales dans le champ de la promotion de la santé et du bien-être, dans le contexte d'un mandat d'État confié à une instance publique de régie régionale.

2 *LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE*

Nous l'indiquons en introduction générale de cette thèse, les pratiques partenariales qui y sont étudiées découlent de l'exercice de planification socio-sanitaire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans le cadre des priorités régionales 1995-1998. Quatre priorités concernaient la prévention – promotion de la santé et du bien-être, soit la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu d'extrême pauvreté; le développement optimal des jeunes; la prévention et la réduction de la violence envers les femmes; l'information des femmes et le dépistage précoce du cancer du sein. Le mandat de la mise en œuvre de ces priorités, alors confié à la Direction de la santé publique (DSP), consistait à déterminer les voies d'action prioritaires, constituer ou consolider et soutenir les partenariats dans la planification et la mise en œuvre d'interventions, et en assurer l'évaluation. Le travail de planification fut confié à quatre comités de pilotage composés de professionnels de la DSP (et d'autres directions de la Régie) et donna lieu à treize programmes associant une diversité de partenaires. Et le mandat de l'évaluation de ces priorités nous fut confié, alors que nous étions chercheure à la DSP de Montréal-Centre. À titre de

chercheuse principale de l'évaluation, nous avons formé l'équipe de recherche, développé le devis et assumé des fonctions de direction de l'évaluation (notamment au plan méthodologique), de formation et de soutien, et de coordination. L'équipe alors constituée comportait deux co-chercheurs, dont une chercheuse externe (Université de Montréal), et dix chargé(e)s de l'évaluation (professionnels de la DSP), auxquels se sont joints trois agent(e)s de recherche grâce à une subvention de 100 000\$ du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette évaluation a été menée de février 1997 à février 1998.

La recherche réalisée dans cette thèse consiste en une étude secondaire des données utilisées et générées dans le cadre de la planification des priorités et des données produites dans le cadre de leur évaluation. Soulignons ici que les caractéristiques des expériences étudiées, soit le fait que les programmes aient emprunté diverses approches de planification et qu'ils aient donné lieu à différents arrangements de partenariat, le fait également que le devis d'évaluation ait adopté une approche participative en concordance avec le contexte de partenariat et d'intersectorialité des programmes, font qu'elles sont tout à fait aptes à documenter notre question de recherche qui vise précisément à analyser le rapport entre les pratiques planificatrices et partenariales et la qualité des programmes.

Notre rôle dans l'évaluation des priorités exige ici que l'on clarifie notre statut dans la présente recherche. Précisons d'abord à cet égard que notre rôle de responsable de l'évaluation est antérieur à notre actuel statut de chercheuse à partir des données de la planification et de l'évaluation, et que ces deux rôles n'ont en aucun moment interférés l'un avec l'autre. En fait, le devis de thèse a été rédigé (avril – mai 1998) alors que le projet d'évaluation des priorités était complété. De plus, bien que nous ayons personnellement participé activement aux expériences étudiées à titre de chercheuse principale de l'évaluation, nous avons au cours du processus maintenu une distance face à ces expériences au moins de deux façons. D'abord, notre rôle dans le projet d'évaluation en était un de direction méthodologique et de soutien aux chargé(e)s de l'évaluation qui avaient la responsabilité, chacun(e), de l'évaluation d'un ou de quelques programmes, de telle sorte que les balises méthodologiques et éthiques établies soient respectées, rôle qui était partagé avec les deux co-chercheurs. Ensuite, nous n'avons pas été engagée personnellement dans les transactions avec les partenaires en vue de l'adaptation du devis et de la production des résultats de l'évaluation, à l'exception de l'animation d'un atelier d'évaluation de la vraisemblance, ce qui a plutôt été assumé par les chargé(e)s de l'évaluation. En outre, la distance critique nécessaire à l'analyse de ces expériences a été favorisée par un retour à la littérature et par le développement et l'utilisation des outils théoriques présentés précédemment et

des outils méthodologiques que nous exposerons ci-après. En effet, un devis de recherche qui lui est propre a été développé pour cette thèse. L'élaboration d'un cadre conceptuel et méthodologique différent pour cette thèse nous a permis de prendre distance et d'appliquer ce cadre aux données de la planification et de l'évaluation.

3 LA SÉLECTION DES CAS

L'univers à l'étude est celui des treize programmes découlant des quatre priorités de prévention - promotion (présentés à l'annexe 1) et la sélection a retenu quatre programmes qui constituent les cas de l'étude. Il s'agit d'une sélection théorique dans le sens que le choix découle du cadre théorique de l'étude et de la capacité des cas à documenter la question à l'étude (Hamel, 1998). La sélection des cas visait à permettre l'analyse de situations contrastées, en vue de l'élaboration de propositions théoriques explicatives quant au rapport entre les caractéristiques du processus de structuration de l'action et ses attributs de qualité. La stratégie de sélection retenue cherchait à contraster les cas sur les deux dimensions centrales de l'étude, soit le processus de structuration des programmes et leur niveau de qualité. La première situation contrastée est celle du programme - cadre comparé au programme construit en partenariat. La question est alors celle d'explorer comment ces contextes opposés sont mis en rapport avec le niveau de qualité de l'action. La deuxième situation contrastée est celle de programmes construits en partenariat qui atteignent des niveaux différents de qualité. La question est alors d'explorer quelles sont les conditions déterminantes de la qualité dans un tel contexte. L'univers des cas à l'étude ne nous permettait pas d'étudier une troisième situation qui serait celle de programmes - cadre conduisant à des niveaux différents de qualité.

Le programme-cadre choisi est *Naître égaux - Grandir en santé*, implanté dans huit territoires de CLSC, qui met en présence une forte expertise scientifique et pratique, détenue à la fois par les partenaires institutionnels et communautaires, dans un champ d'action traditionnel de la santé publique. Parmi les deux programmes-cadre que comportaient les priorités (l'autre étant le *Plan global intersectoriel jeunesse*), celui-ci a été retenu pour deux raisons : d'abord parce que quatre des huit territoires impliqués s'y étaient engagés avant 1995 et avaient ainsi atteint une plus grande maturité, ce qui présente un avantage pour une analyse longitudinale; ensuite, le développement du programme et de sa structure -cadre y était plus avancé que dans le second, remontant avant 1995, ce qui le rendait plus approprié pour représenter la situation de programme-cadre.

Le premier programme co-construit retenu est celui de *Sécurité alimentaire* et il a été choisi pour son caractère novateur, mettant en présence des acteurs diversifiés (DSP, CLSC, organismes

communautaires, municipalités, université) disposant d'une expertise peu systématisée, dispersée chez de nombreux acteurs et à dominante communautaire, dans un champ nouvellement investi par la santé publique. Ce cas figure ainsi comme modèle type du programme co-construit, contrastant avec le programme-cadre.

Le troisième cas retenu est celui du programme de *Sensibilisation / dépistage* en violence conjugale dont l'évaluation a soulevé nombre de problèmes quant à sa vraisemblance. Et le quatrième cas retenu est celui du programme d'*Information sur le dépistage du cancer du sein*, qui s'est soldé par un jugement positif sur sa qualité. Ces deux programmes ont été choisis parce qu'ils mettent en présence des acteurs aux positions idéologiques contrastées, voire contradictoires, et qu'ils ont, pour l'un, réussi à aménager des compromis ayant favorisé la qualité du programme, alors que l'autre n'y est pas parvenu. Ils sont donc pertinents pour l'analyse des mécanismes ayant conduit à un tel résultat.

Ces programmes ont été préférés à d'autres qui ont été écartés essentiellement pour trois raisons :

- ◆ soit parce qu'ils ont connu un degré moins avancé de mise en œuvre pendant la période étudiée (1995-1998), favorisant moins la réalisation des analyses projetées. Ce qui est le cas du *Programme d'action communautaire en VIH/SIDA* (priorité jeunesse) et dans une moindre mesure des programmes d'*Activités promotionnelles* et de *Sécurité urbaine* de la priorité violence faite aux femmes;
- ◆ soit parce que ce sont des projets de moindre envergure, tel que c'est le cas des programmes de *Sécurité des aires de jeux* et de *Sécurité à domicile* (priorité tout-petits) qui ne se sont déployés, chacun, que dans une communauté locale; ou du programme de *Formation des intervenants en milieu de garde et en milieu scolaire* (priorité violence) qui n'a donné lieu qu'à la production d'outils par la DSP;
- ◆ soit encore parce que les acteurs n'ont pas réussi à établir un partenariat même restreint, ne permettant pas de documenter la question à l'étude, tel que c'est le cas pour le projet *Financement d'activités destinées à la petite enfance dans les communautés culturelles* ou le *Développement de l'axe scolaire*.

4 LE CORPUS DE DONNÉES

Les sources de données de la recherche sont les documents utilisés et produits par les différents organismes mobilisés dans le cadre de l'opération des priorités régionales 1995-1998 et dans le cadre de l'évaluation de la démarche de planification et des programmes découlant de ces priorités. Aucune cueillette de données (à l'exception de deux entrevues) n'a été effectuée pour les

fins de la recherche. Cette documentation a été mise à la disposition de la chercheuse par les responsables de la planification et des programmes à la DSP. L'ensemble des documents ainsi rendu disponibles a été utilisé pour la recherche.

Les documents proviennent des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et sa Direction de la santé publique, CLSC du territoire et Regroupement des CLSC de la région de Montréal, Fédération des CLSC du Québec, Centres Jeunesse de Montréal et Centre Batshaw; des organismes communautaires de la région de Montréal-Centre, du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de la région de Montréal ou autres regroupements d'organismes communautaires (ex : la Fédération des ressources pour femmes violentées et en difficulté du Québec); des municipalités, notamment la Ville de Montréal et Ville LaSalle, du Service de Police de la Communauté urbaine de Montréal; des instances de concertation sectorielle ou intersectorielle régionales ou locales, des comités de travail organisationnels ou inter-organisationnels (ex : comité de pilotage ou groupe de travail); des universités (professeurs, groupes de recherche et professionnels de recherche); et autres organismes externes aux projets (ex : Santé et bien-être Canada, le Réseau provincial du Cancer du sein). L'annexe 2 présente la catégorisation des organismes de provenance des documents pour l'opération générale des priorités et pour chaque cas à l'étude.

Nous avons classé les documents selon que ce sont des documents de la planification ou des documents de l'évaluation. Un total de 482 documents a été colligé, soit 451 documents de la planification et 31 documents de l'évaluation. Ces documents ont été subdivisés en différents types que présente le tableau 2, en indiquant leur nombre par type. L'annexe 3 détaille la catégorisation des documents selon leur type pour l'opération générale des priorités et pour les quatre cas de l'étude. La liste exhaustive des documents utilisés apparaît à l'annexe 4.

Tableau 2

Classification des sources de données par type de document

TYPE DE DOCUMENT		NOMBRE
DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION		
PL	documents administratifs	162
S	notes de service	3
G	conférences / colloques	12
P	correspondance	33
PV	compte-rendu de réunions	151
H	cahiers de bord / notes manuscrites des professionnels	10
J	média : articles de journaux, communiqués de presse, conférence de presse	17
RP	représentations publiques	2
E	protocoles d'entente / contrats	6
Z	procédures de service	1
B	revues / articles scientifiques	3
OI	outils d'intervention	9
C	recherches, études	9
A	documents d'information des organismes	30
X	entrevues auprès d'informateurs-clé	2
R	règles et procédures (d'instances partenariales)	1
TOTAL		451
DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION		
V	devis	1
VA	document de soutien de la participation à l'évaluation (adaptation / vulgarisation du devis)	1
K	documents de la spécification des programmes	3
M	documents de l'évaluation de l'implantation (outils produits, activités, participation, satisfaction)	8
N	documents de l'évaluation de la vraisemblance (questionnement d'évaluation, conférences des personnes ressources, <i>verbatim</i> d'ateliers)	9
O	document de l'évaluation de la planification générale	1
PV	compte-rendu de réunions	1
P	correspondance	1
ÉV	rapports d'évaluation (implantation et vraisemblance)	5
C	recherches, études	1
TOTAL		31

4.1 Les documents de la planification

Les documents de la planification sont la principale source de données de l'étude. Ce sont les documents générés dans le cadre de la planification générale des priorités et de la planification des programmes. Ce sont aussi les documents ayant trait aux contextes, aux problématiques ou aux acteurs rassemblés par les professionnels de la planification de la DSP dans le cadre de cette opération. Ce sont enfin les documents rassemblés par la chercheuse en cours d'analyse afin de compléter l'information sur un organisme ou un événement. Ces documents ont surtout servi à

documenter le processus de structuration des programmes, sociogramme et technogramme. Nous les avons catégorisés comme suit.

Les **documents administratifs (AD)** sont ceux produits de 1994⁵⁷ à 1998 pour les fins de la planification par les organisations (Régie, DSP, CLSC, organismes communautaires, etc...) ou les instances inter-organisationnelles (table de concertation, etc...), leurs versions de travail et leur version finale. Certains de ces documents ont un caractère officiel en ce qu'ils sont approuvés par les instances décisionnelles, tels les comités de direction (ex : le comité de direction de la DSP) ou les conseils d'administration (ex : le Conseil d'administration de la Régie régionale ou les conseils d'administration des organismes communautaires). Les versions de travail renseignent sur les états successifs et donc sur l'évolution des plans, du positionnement et des rapports entre les acteurs. Ces documents sont des états de situation; des problématiques; des plans, outils et rapports de consultation; des mémoires (ex : les mémoires présentés par différents organismes à la consultation tenue par la Régie régionale pour l'établissement des priorités régionales); des documents d'orientation; des énoncés de priorités; des énoncés de recommandations; des programmes-cadre; des appels d'offres; des prises de position d'organismes ou de regroupements d'organismes; des plans d'action; des plans d'allocation de ressources; des plans d'organisation des services; des plan d'intervention; des rapports d'activités. Y figurent aussi les documents de la planification révisée des priorités pour 1998-2001, réalisée en mars 1998 par la DSP à partir notamment des résultats de l'évaluation et soumise pour approbation au CA de la Régie. La plupart de ces documents, officiels ou de travail, sont le produit d'un travail d'équipe et ont pour propriété d'avoir été généralement revus et corrigés, donc validés par les acteurs.

Les **notes de service (S)** sont des documents internes, produits au cours de la même période, servant soit à donner des directives, soit à régler des litiges entre les directions d'une organisation, essentiellement ici la Régie régionale. Elles expriment les conflits interdirectionnels et leur solution; elles expriment aussi les décisions du Conseil d'administration.

Les **conférences et colloques (G)** sont des événements qui n'ont pas été tenus dans le cadre de l'opération des priorités et qui lui sont pour la plupart antérieurs. Les documents qui en émanent informent sur la nature des organismes, leur vision des problèmes et des solutions et les enjeux qui les confrontent (ex : le colloque de la Table de concertation sur la faim de mai 1992) .

⁵⁷ Même si l'opération des priorités va de 1995 à 1998, sa préparation au MSSS, à la Régie régionale et à la DSP remonte à 1994.

La **correspondance (P)** est celle tenue au cours de la période 1994-1998 entre les organismes mobilisés dans les priorités (entre le MSSS et la Régie régionale, entre la DSP, les CLSC et les organismes du milieu). Elle exprime le positionnement des acteurs dans l'opération des priorités et témoigne, notamment, de leurs différents et des convergences qui se dessinent.

Les **compte-rendu de réunions (PV)** sont une source importante d'information, la plus volumineuse et la plus riche, après les documents administratifs. Ces compte-rendu couvrent la période étudiée (1994-1998) et nous ont été rendu disponibles pour tous les groupes de travail ou instances de concertation mobilisés dans la planification générale et les quatre cas étudiés. Ils rendent compte des discussions tenues au sein des différents groupes de travail à propos des problèmes qui se posent, des différends qui divisent les membres, des solutions élaborées. Ils rendent aussi compte, de façon détaillée, de l'état d'avancement des travaux et des activités réalisées. Ils témoignent des intérêts, des conflits, des enjeux, de la construction des arrangements de coopération et de l'évolution du produit. Les compte-rendu de réunions sont généralement des documents très détaillés, qui sont produits par le (la) responsable du groupe de travail ou à tour de rôle par un membre, qui sont habituellement revus et amendés au besoin à la réunion suivante et donc validés par les membres, de sorte qu'ils représentent les propos tenus par le groupe de travail.

Les **cahiers de bord et notes manuscrites des professionnels (H)** colligent différentes démarches faites par les professionnels (téléphones, dîners d'affaire, notes de réunions, etc...) pour l'avancement des travaux; ils expriment aussi des intuitions, des impressions, une compréhension que se fait le professionnel de la situation. Ils ont été utilisés comme documents secondaires par rapport aux documents administratifs et aux compte-rendu de réunions puisqu'ils n'expriment pas la position des instances (groupe de travail, table de concertation, etc...). Ils comportent des informations qui ont parfois aidé à clarifier les situations complexes.

Les **documents média (J)** sont des communiqués de presse émis ou des conférences de presse tenues par différents organismes, le plus souvent des organismes communautaires, mais aussi des organismes publics et communautaires qui prennent position conjointement. Les documents média sont aussi des articles de presse de quotidiens (*La Presse, Le Devoir, Le Journal de Montréal*) ou d'hebdomadaires (*Voir*) québécois relatifs aux problématiques et enjeux. Ces documents expriment la position des organismes sur la scène publique dans des débats particulièrement importants telles l'orientation des services ou l'allocation des ressources. Ces documents témoignent des alliances entre organismes et évidemment des enjeux.

Les **représentations publiques (RP)** sont des représentations d'organismes communautaires devant le Conseil d'administration de la Régie dans le processus décisionnel ayant conduit à l'adoption des priorités. Elles informent sur le positionnement des acteurs.

Les **protocoles d'entente et les contrats (E)** ont un caractère formel en ce qu'ils scellent les ententes de collaboration entre la Régie régionale (sa DSP) et les organismes fiduciaires ou mandataires, qu'ils soient publics ou communautaires. Ils détaillent les obligations respectives de chacun et les ressources consenties. Ces documents témoignent donc des arrangements inter-organisationnels de coopération.

Les **outils d'intervention (OI)** sont les documents produits à l'intention des intervenants pour soutenir leur pratique. Ils informent sur les réalisations.

Les **documents d'information des organismes (A)** sont des dépliants, des bulletins de liaison, des bulletins d'information produits dans le cadre de leurs activités courantes et qui témoignent de leur mission, de leurs objectifs, de leurs réalisations et de leurs projets.

Deux **entrevues auprès d'informateurs-clé (X)** (responsables de programmes à la DSP) ont été réalisées par la chercheuse au cours de l'analyse d'un cas (NG) afin de compléter l'information sur des événements s'étant déroulés après mars 1998 et donc non documentés par la base de données.

4.2 Les documents de l'évaluation

Une deuxième source importante de données est celle des documents de l'évaluation de la planification et des programmes. Le calendrier de l'évaluation s'est échelonné de février 1997 à février 1998, de sorte à fournir des recommandations au Conseil d'administration de la Régie régionale au terme du plan triennal d'action en mars 1998. Ces documents ont servi à documenter la dimension de résultat de la recherche, soit la qualité des programmes, mais aussi les dimensions du sociogramme et du technogramme.

L'évaluation réalisée adoptait une approche participative, adaptative et formative, en ce qu'elle favorisait l'engagement des acteurs dans le processus d'évaluation, s'ajustait aux différents contextes et stades de développement des programmes et favorisait leur amélioration. Ce choix de méthode correspondait au contexte de partenariat et d'intersectorialité où aucun des acteurs n'est totalement responsable de l'intervention et ne peut, en conséquence, en définir seul les normes de qualité et de succès. L'ensemble des partenaires impliqués dans les différents programmes se sont ainsi

engagés dans l'évaluation⁵⁸, et à son issue, ont émis des recommandations pour leur amélioration. Ils ont été soutenus dans cette démarche par une équipe d'évaluation⁵⁹. Le devis comportait une démarche en trois moments : 1) la spécification des programmes; 2) l'évaluation de l'implantation; 3) l'évaluation de la vraisemblance.

◆ *La spécification des programmes*

La spécification des programmes⁶⁰ (février - mai 1997) consistait à préciser les étapes cruciales de leur développement et de leur réalisation et à rassembler ces étapes en un modèle cohérent rendant compte de leur logique. La démarche de spécification utilisée comportait deux composantes : 1) l'explicitation de la théorie du problème et de la théorie du programme, s'inspirant du modèle de Chambers (1993); 2) l'identification des bornes critiques⁶¹ (*critical benchmarks*) des programmes, se référant au modèle de Gottfredson (1986), et la documentation, pour chaque borne, a) du **critère** par lequel reconnaître que celle-ci a été atteinte; b) des **ressources**; c) des **activités**; d) de la **faisabilité**, c'est-à-dire les opportunités et les contraintes liées au contexte et aux ressources; e) de la **justification**, qui est l'énoncé des fondements sur lesquels les acteurs se basent pour appuyer la pertinence de cette étape eu égard à l'atteinte des objectifs visés; f) des **indicateurs**, qui sont les données empiriques servant à documenter la réalisation de l'étape. Le travail de spécification a été appliqué aux différents niveaux de la planification, stratégique, structurelle et opérationnelle. Dans le cas des programmes complexes, comportant plusieurs stratégies, chaque stratégie a été documentée comme une borne et le modèle d'impact discuté a été celui de la synergie et de la complémentarité entre les stratégies. La spécification a été réalisée par l'équipe d'évaluation, partant des documents rendus disponibles par les acteurs sur les programmes, puis discutée et validée auprès d'eux.

Les **spécifications des programmes (K)** permettent une reconstitution de leur histoire, du point de vue des acteurs. Elles informent sur les acteurs décisionnels aux différentes étapes de la planification; elles permettent d'identifier quelles sont les entités (acteurs, ressources, information, etc...) en présence et quels sont les termes du compromis, arrangements interorganisationnels et plans d'action, sur lesquels les acteurs se sont mis d'accord; elles informent sur les théories du changement qui, du point de vue des acteurs, sous-tendent les programmes.

⁵⁸ L'évaluation a été précédée d'une étape préparatoire visant le consentement éclairé des partenaires à participer (octobre / décembre 1996). Les 77 contrats signés qui lient les mandataires des programmes à la DSP stipulaient explicitement leur participation à une évaluation, selon une approche participative générale proposée par la DSP qu'ils seraient invités à adapter à leur contexte.

⁵⁹ Cette évaluation a été dirigée par trois chercheurs principaux (A. Bilodeau, D. Allard, C. Chamberland) auxquels se sont associés 10 chargé(e)s de l'évaluation et 3 agents de recherche.

⁶⁰ Les techniques de la spécification de programme ont été principalement développées par les spécialistes des études d'évaluabilité (Wholey, 1979, 1987; Smith, 1989).

⁶¹ Une borne est une étape cruciale du développement et de la réalisation d'un programme, en ce sens qu'elle est nécessaire à l'atteinte d'autres étapes. Ces bornes se présentent donc comme autant de réalisations ou de résultats intermédiaires des programmes.

♦ *L'évaluation de l'implantation*

Pour les fins de l'évaluation de l'implantation (mai / octobre 1997), la spécification identifie les étapes cruciales de la réalisation des programmes et les indicateurs de la mise en œuvre et des résultats qui s'y rapportent. Ce sont les variations de ces indicateurs mesurés sur le terrain (le référé) par rapport à ce qui a été défini (le référent) qui permettent de juger de l'implantation d'un programme. Ces variations ont été analysées dans l'esprit d'une adaptation mutuelle du programme et du contexte plutôt qu'en termes d'écart au programme planifié. Les chargé(e)s de l'évaluation ont réalisé une description de l'implantation et une analyse par rapport aux critères de succès que les acteurs s'étaient donnés par la spécification. Ces bilans discutés avec les acteurs ont conduit à un jugement sur l'implantation et à des recommandations, validés auprès d'eux.

Les **évaluations de l'implantation (M)** fournissent une description des programmes réalisés et des résultats proximaux observés, comparés aux programmes prévus; également un jugement négocié sur l'implantation et des recommandations adressées aux différentes instances décisionnelles, concernant autant le programme que la démarche générale de planification. Elles informent sur les caractéristiques du contexte et des acteurs qui ont déterminé le degré de mise en oeuvre. L'évaluation de l'implantation a aussi été l'occasion d'identifier les questions d'intérêt à soumettre à des personnes-ressources dans le cadre de l'évaluation de la vraisemblance.

♦ *L'évaluation de la vraisemblance*

Dans le cas de la vraisemblance, la spécification permet de rendre explicites les fondements théoriques justifiant les passages d'une borne à une autre, ce qui aide à expliciter la théorie du programme. Et l'évaluation de la vraisemblance consiste à discuter la logique du programme et juger de la valeur de cette théorie (le référé) en la mettant en rapport avec les connaissances issues de la recherche et de la pratique (le référent) (Allard, 1996).

Partant des questions d'intérêt identifiées avec les acteurs, l'évaluation de la vraisemblance (novembre / décembre 1997) associait des personnes-ressources, chercheurs et praticiens d'expérience reconnus pour leur expertise et trouvés pertinents aux yeux des acteurs, afin de soutenir leur réflexion critique sur la valeur de la théorie du programme. Elle a été réalisée dans le cadre d'ateliers réunissant les acteurs et les personnes-ressources qui, suite à leur exposé, ont accompagné les participants dans l'élaboration de leurs jugements. On a observé généralement une évolution de la représentation que les acteurs internes se font des programmes, et la formulation de recommandations en vue de leur amélioration. Trois univers théoriques de référence ont été surtout utilisés: 1) les théories de la planification, de l'action intersectorielle et du partenariat ; 2) celles relatives à la problématique de

chaque programme; 3) celles relatives à l'approche écologique pour l'analyse de l'étendue, de la complémentarité et de la synergie entre les stratégies d'action. Les évaluations de la vraisemblance, synthétisées par les chargés de l'évaluation, ont été validées auprès des acteurs. Des *verbatim* des ateliers ont été produits.

Les **évaluations de la vraisemblance (N)** fournissent un jugement négocié sur la valeur des programmes et des recommandations adressées aux différentes instances décisionnelles pour l'amélioration des programmes et à l'intention de la démarche générale de planification. Dans l'évaluation de la vraisemblance de chaque programme, un atelier a été consacré au thème du partenariat. Ce qui enrichit l'information sur la constitution et l'évolution des partenariats, notamment sur les intérêts des acteurs, sur les enjeux associés au partenariat, les arrimages incontournables, vu l'interdépendance des acteurs.

♦ *L'évaluation de la planification générale (O)*

Le retour critique sur la planification générale fut la dernière étape de l'évaluation (février 1998). À partir des décisions cruciales de la planification stratégique et structurelle, de l'ensemble des considérations (obstacles et conditions de facilitation) relatives à ces décisions relevées par les partenaires à travers l'évaluation de l'implantation et de la vraisemblance, à partir aussi d'une synthèse de l'évaluation de l'implantation et de la vraisemblance des 13 programmes, et à partir d'un questionnement préparé sur la base de ces informations par l'équipe d'évaluation⁶², les acteurs de la planification à la DSP et à la Régie ont effectué une réflexion critique sur le bien-fondé des décisions prises. Ce rapport d'évaluation a aussi été validé auprès des participants (il est présenté au chapitre 7 du rapport synthèse (Bilodeau et al., 1998)).

4.3 *La qualité des données*

Une limite souvent évoquée à l'analyse de sources documentaires est que ces documents n'ont pas été produits pour les fins propres de la recherche, qu'ils visent des finalités et des publics qui leurs sont spécifiques, et qu'ils peuvent par conséquent ne pas rapporter les événements tel qu'ils se sont produits (Yin, 1994). Cette limite méthodologique nous semble réduite du fait que les documents utilisés ont été produits par les divers acteurs mobilisés dans la planification et l'évaluation, et dans différents contextes qui permettent que différents aspects des événements puissent être rapportés (le contexte de production des documents administratifs diffère de celui des

⁶² Bilodeau A., Allard D., Chamberland C., et al. Évaluation participative de la planification des quatre priorités régionales de prévention promotion de la santé et du bien-être 1995-1998. Document de travail. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 6 février 1998.

compte-rendu de réunions, de la correspondance ou des mémoires). Il faut aussi considérer que la majeure partie des documents utilisés dans cette recherche a été produite pour les fins propres de la planification et de l'évaluation. Or, notre question de recherche, qui porte sur le processus de structuration des programmes en lien avec leur qualité, n'est pas étrangère à la démarche de planification par laquelle ces programmes ont été structurés, ni au jugement évaluatif des acteurs sur ces programmes par lequel la dimension de la qualité est documentée, du fait même qu'elle vise à les analyser. Nous estimons de plus que le recours à des sources documentaires fait que les données utilisées n'ont pas été altérées par le processus d'enquête. Ce qui concourt à leur validité.

Une caractéristique des données qui contribue à leur qualité est le fait que la production de la plus grande partie des documents utilisés, soit les compte-rendu de réunions, les documents administratifs et les documents de l'évaluation, ait été ponctuée de vérifications auprès des acteurs mêmes de ces documents, tel que le spécifie la description des sources de données. Dans le cas des compte-rendu de réunions, cette procédure signifie que les acteurs reconnaissent que ces documents respectent les propos qu'ils ont réellement tenus. Ces compte-rendu rapportent d'ailleurs les corrections qui ont découlé de ces vérifications. On peut alors penser que la procédure de vérification a permis dans ce cas d'accroître la qualité des données. Dans le cas des documents administratifs, la procédure de vérification signifie que les acteurs reconnaissent en ces documents la position qui a été retenue par le groupe d'acteurs. Là, les documents sont moins explicites sur la manière dont les commentaires des différents acteurs ont été considérés. Dans le cas des documents administratifs, la procédure de vérification ne signifie pas qu'ils sont une représentation validée des diverses représentations de la situation que se font les acteurs mais plutôt qu'ils représentent la position majoritaire. Ces diverses représentations nous ont plutôt été rendu accessibles par d'autres sources documentaires, tels les mémoires, la correspondance ou les compte-rendu de réunions. Cette procédure de vérification a aussi été appliquée dans le cas des données de l'évaluation. La crédibilité des constructions effectuées par les évaluateurs pour rendre compte des points de vues des acteurs sur les programmes a été vérifiée par des retours fréquents des évaluateurs auprès des acteurs pour s'assurer d'une reconnaissance des descriptions et jugements.

Nous estimons que cette procédure de vérification peut être considérée comme un moyen qui accroît la crédibilité des données utilisées, dans le sens qu'il s'agit du test de leur approbation auprès des constructeurs mêmes des réalités étudiées. Cette technique, qui peut s'appliquer aux données mais aussi aux catégories d'analyse ou aux conclusions de recherche, est considérée par Lincoln & Guba (1985) comme étant la plus cruciale pour l'établissement de la crédibilité des

données. De plus, dans le cas des documents de l'évaluation, le projet d'évaluation avait prévu un comité externe de méta-évaluation⁶³ chargé de vérifier l'intégrité de la démarche, i.e. si les constructions produites respectaient les pratiques et les contextes et ne comportaient pas de biais majeurs. Le rapport (Lamoureux et al., dans Bilodeau et al., 1998) souligne l'adaptation du devis à la spécificité des contextes et des programmes et le caractère démocratique de la démarche, du moins pour l'évaluation de la vraisemblance qui a été observée par le comité.

Une autre façon de discuter de la valeur des données est par leur validité de construit, c'est-à-dire la capacité d'un instrument de collecte de données, de mesure ou d'observation à représenter les construits théoriques qu'il prétend opérationnaliser (Kirk & Miller, 1986; Yin, 1994; Swanborn, 1996). Sur cet aspect, nous estimons que l'outil qui a prévalu à la collecte des données (voir tableau 1, *Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, sources de données*) découle d'une démarche systématique d'opérationnalisation du cadre théorique en dimensions conceptuelles et en indicateurs. Le fait que la collecte des données ait été guidée par cet outil, plutôt que par la subjectivité de la chercheuse, favorise la validité de construit des données.

Yin (1994) discute de plus de la triangulation des sources de données dans le but de corroborer un même fait, comme un moyen d'accroître la validité des données, dans le sens où ces différentes sources correspondent à plusieurs mesures d'un même phénomène. Eu égard à nos données, nous avons été placée devant deux situations, l'une où les diverses sources de données procuraient des informations qui se corroboraient, l'autre où elles procuraient des informations complémentaires. Nous n'avons pas été placée devant des sources aux informations contradictoires. On peut soutenir que diverses sources qui se corroborent constituent une validation des données, bien que nous aurions pu être placée devant des sources contradictoires sans pour autant conclure à une faiblesse des données, dans la mesure où ces différences auraient pu être expliquées, par exemple, par les objectifs visés par les différents types de documents et les intérêts qui leurs étaient sous-jacents. Ces différents objectifs visés par les différents types de documents expliquent d'ailleurs en partie le fait que les informations qui y ont été puisées étaient non seulement corroboratives mais aussi complémentaires.

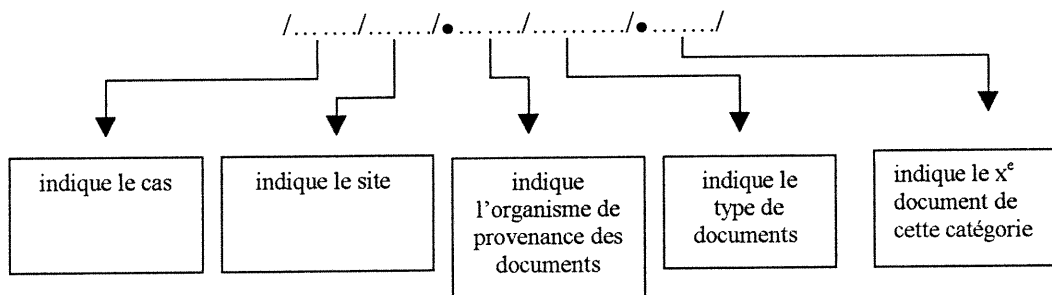
⁶³ Ce comité était composé de trois membres externes au projet, un premier issu d'un centre hospitalier de la région de Montréal-Centre et membre du Comité d'éthique de la santé publique, deux autres membres issus du milieu universitaire et ayant une crédibilité aux yeux des acteurs publics et communautaires.

5 LA MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE DU CORPUS DE DONNÉES

Notre méthodologie d'analyse des données prend appui sur l'ouvrage de Huberman & Miles (1991) qu'ils ont spécifiquement consacré à l'analyse des données qualitatives. Nous avons procédé selon les étapes suivantes.

5.1 Le système de classement et de repérage des documents

La première étape a consisté à établir un système de classement et de repérage des documents. Le code attribué à chaque document comporte cinq positions :



La catégorisation par **cas** est la suivante : 1°) l'opération générale des priorités régionales; 2°) le projet *Naître égaux – Grandir en santé* de la priorité Tout-petits (4° cas); 3°) le projet *Sécurité alimentaire* de la priorité Tout-petits (3° cas); 4°) les projets de *Sensibilisation – dépistage* de la priorité Violence faite aux femmes (1^{er} cas); 5°) le projet *Information des femmes* de la priorité Cancer du sein (2° cas). La catégorisation selon le **site** indique les territoires locaux pour les deux cas où cela s'applique, soit le cas *Sécurité alimentaire* : 1°) Ville Lasalle; 2°) St-Michel; 3°) Rosemont; 4°) Inter-Quartier; 5°) l'ensemble du projet; et le cas *Naître égaux – Grandir en santé* : 1°) J.-Octave-Roussin; 2°) Des Faubourgs; 3°) l'ensemble du projet. La catégorisation par **organisme de provenance** est présentée pour l'opération générale des priorités et pour chaque cas à l'étude à l'annexe 2. Quant à la catégorisation par **type de document**, elle est aussi présentée pour l'opération générale des priorités et pour cas à l'étude à l'annexe 3. Les **suffixes** distinguent les documents d'une même catégorie. Ainsi, à titre d'exemple, le code 32.7Ma attribué à un document signifie qu'il s'agit du cas Sécurité alimentaire (3) et du quartier St-Michel (2), qu'il s'agit d'un document de la DSP (7) de type évaluation de l'implantation (M) et qu'il s'agit du premier document de cette catégorie (a).

5.2 *Le codage*

Dans chaque document, les informations qui ont trait aux différentes dimensions et sous-dimensions du cadre conceptuel de l'étude ont été recueillies de telle sorte à constituer la base de données de l'étude. La base de données est donc constituée d'extraits de documents, retranscrits intégralement ou résumés, qui ont été sélectionnés en vertu du cadre conceptuel de l'étude. Ces informations ont été codées par thème, par période et par source d'information.

Les thèmes découlent des dimensions et sous-dimensions du cadre conceptuel. Le tableau 1, *Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, sources de données*, présenté au chapitre VI, comporte les codes associés aux thèmes et indique les principales sources de données qui leur correspondent.

Les périodes sont celles : 1°) de la planification stratégique, 2°) structurelle et 3°) opérationnelle, 4°) de l'évaluation et 5°) de la planification révisée des priorités régionales pour 1998-2001. La **planification stratégique** (avril – décembre 1994) réfère à l'ensemble des décisions et actions qui ont conduit la Régie régionale à établir les priorités et les grandes voies d'action, adoptées par son Conseil d'administration (CA) le 15 décembre 1994. Partant de celles-ci, la **planification structurelle** (janvier - novembre 1995) correspond à l'ajustement entre l'appel de propositions fait par la Régie et l'offre faite par les organismes institutionnels et communautaires, soit les décisions et actions qui ont conduit à retenir pour subventions certaines propositions, la formation des partenariats ou leur consolidation, la détermination des stratégies d'action, des populations cibles ou des territoires prioritaires, l'allocation des ressources et l'élaboration des plans d'action. Un cadre général a été adopté par le CA le 23 mars 1995 et des plans de mise en œuvre par priorité l'ont été par la DSP en décembre 1995. La **planification opérationnelle** correspond aux décisions et actions de la mise en œuvre. Quant à l'**évaluation**, elle s'est étalée de février 1997 à février 1998 de sorte à fournir des jugements sur l'implantation et la qualité des programmes et des recommandations au CA de la Régie au terme du plan triennal d'action en mars 1998. La **révision de la planification** 1998-2001 (mars - avril 1998) comporte les décisions de la Régie pour le renouvellement des priorités, notamment à la lumière des recommandations de l'évaluation.

Cette opération de codage a permis de regrouper l'information provenant de différents documents ayant trait à chaque thème et période et d'organiser l'information pour l'analyse. Le format de la base de donnée est présenté à la figure 2 suivante et l'annexe 5 présente à titre d'exemple un extrait de la base de données du cas *Sensibilisation / Dépistage* en violence faite aux femmes. La

base de données ainsi constituée comporte cinq sections, une pour l'opération générale des priorités et une pour chaque cas à l'étude, qui totalisent 445 pages.

Figure 2
Systeme de codage de l'information

Code			Titre du document	Remarques
T	P	S		

T : thème
P : période
S : source

Mémos

--

Au fur et à mesure du recueil de l'information, des remarques ont été rédigées à propos de la signification des informations recueillies et suggérant des connexions avec les informations recueillies sur d'autres thèmes. En cours de codage, des mémos comportant des essais de théorisation sur les thèmes, les relations entre les thèmes, sur les récurrences, les « *patterns* », ont été rédigés. Ces remarques et mémos analytiques ont été à la base de l'analyse descriptive de la structuration de chaque programme.

5.3 L'élaboration de diagrammes et de matrices comme outil d'analyse

Huberman et Miles proposent l'élaboration de différents types de diagrammes et matrices intra et inter cas comme outil d'analyse permettant de rassembler et d'organiser l'information de telle sorte à vérifier les relations postulées. Dans notre recherche, l'opération de codage complétée, un **diagramme chronologique** de la structuration du programme, c'est-à-dire des transformations itératives du sociogramme et du technogramme jusqu'aux attributs de qualité, a été réalisé pour chaque cas. Ces diagrammes représentent ainsi la façon dont les événements se sont enchaînés. Ces diagrammes ont présidé à la rédaction de l'analyse interne des cas. L'annexe 6 en présente un exemple, celui du cas *Sensibilisation / Dépistage* de la priorité violence faite aux femmes. Puis des **diagrammes contextuels des arrangements inter-organisationnels** auxquels sont parvenus les acteurs ont été réalisés, indiquant les organisations partenaires, les organisations non partenaires ayant eu une influence sur la dynamique partenariale, le rôle des partenaires (ex : planification, services), les relations entre eux (ex : sous-traitance), et l'engagement d'acteurs stratégiques. Ces diagrammes de l'arrangement inter-organisationnel de chaque cas sont insérés à la présentation de l'analyse interne des cas.

Partant de ces outils, soit la base de données codées, le diagramme chronologique et le diagramme de l'arrangement inter-organisationnel, l'analyse interne des cas a été rédigée. Cette analyse a consisté en une description des événements et leur interprétation par la chercheuse, eu égard au cadre conceptuel de l'étude, en suivant l'ordonnement des événements selon le diagramme chronologique. Puis les informations contenues dans ces narrations ont été présentées de façon systématique et synthétique, pour chaque cas, dans une **matrice mixte**, selon **la chronologie et la dynamique processus - résultat** (dimensions antécédentes – dimensions de résultats). Les données de résultats y sont inscrites assorties d'une appréciation selon trois niveaux (+, ±, -). Ces matrices ont consisté à retenir les événements du processus de structuration des programmes, sociogramme et technogramme, et le moment de leur avènement, de même que les attributs de qualité des programmes, préparant l'analyse explicative.

Des matrices de la dynamique processus – résultats a donc découlé l'analyse explicative de chaque cas. Partant de la dimension de résultat, l'analyse a consisté à remonter aux dimensions antécédentes, à retracer les itérations du sociogramme et du technogramme qui se sont succédées, à repérer les conditions actives du processus qui ont été à l'origine du résultat observé, et à élaborer au plan conceptuel la configuration de la causalité. Il s'agit ici d'une causalité locale dans le sens des événements et processus qui ont effectivement été à l'origine de résultats spécifiques. Les conclusions de l'analyse de chaque cas ont donc été élaborées à partir de la matrice de la dynamique processus-résultat qui est un condensé « organisé » des données du cas selon les dimensions du cadre conceptuel et les relations postulées entre ces dimensions. Huberman et Miles (1991, p. 242) soutiennent à cet égard que le cadre conceptuel, les questions de recherche et la liste des codes sont les premiers éléments de l'analyse causale. L'explication ainsi élaborée est une construction mentale, une abstraction, une trame de signification tissée par la chercheuse. La causalité résulte d'un travail de construction par l'analyste, tel que le disent Huberman & Miles (1991, p. 234). Les propositions explicatives élaborées ont été ensuite représentées dans un **diagramme de la causalité locale** où figurent les principales dimensions antécédentes et de résultat et leurs interrelations. Ce diagramme est inséré à la fin de l'étude de chaque cas.

Les matrices de la dynamique processus – résultats, les propositions explicatives qui en ont découlé et les diagrammes de la causalité locale pour chaque cas ont été à la base de l'analyse comparative. Nous avons d'abord produit une **méta-matrice descriptive inter-site** (présentée à l'annexe 7), qui rassemble l'information de chaque cas autour des dimensions centrales de l'étude. Puis nous avons élaboré une **méta-matrice ordonnée par sites, à deux dimensions**, soit ordonnée en fonction des deux dimensions fondamentales du cadre conceptuel (insérée au tableau 14). Les

dimensions antécédentes les plus significatives dans chaque cas ont alors pu être comparées et mises en relation avec les dimensions de résultats de telle sorte à dégager des propositions théoriques explicatives d'un ordre plus général. Ici, la démarche d'analyse est plus inductive. Le cadre conceptuel de la recherche permettait d'élaborer une explication locale spécifique à chaque cas. Pour sa part, l'analyse comparative cherche, à partir des explications locales, à dégager des facteurs explicatifs de la qualité des programmes d'un ordre plus général. Si le cadre théorique au fondement de cette recherche soutient que les arrangements entre les acteurs conditionnent la qualité de leur produit, il n'élabore pas sur les propriétés de ces arrangements en rapport avec le niveau de qualité du produit. Notre recherche s'était donné pour mandat d'élaborer sur cette question et c'est là la portion plus inductive de notre démarche.

6 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Les conclusions de la recherche, partant de la question posée, ont été élaborées au travers des étapes suivantes. La première étape est celle de la description des événements et leur interprétation en vertu du cadre conceptuel de l'étude. La seconde étape est celle de l'élaboration de l'explication locale, c'est à dire l'élaboration des propositions explicatives liant les caractéristiques du processus de structuration des programmes à leurs attributs de qualité et qui sont spécifiques à chaque cas. La troisième étape est celle de l'analyse comparative des cas et de l'élaboration de propositions théoriques explicatives d'un ordre plus général.

La **première étape** a consisté en une description dynamique et longitudinale de l'histoire des programmes, en vertu du cadre conceptuel de l'étude. Dynamique, en ce qu'elle décrit leur processus de structuration jusqu'à leurs attributs de qualité en montrant l'interaction entre sociogramme et technogramme; et longitudinale, en ce qu'elle montre l'évolution de ce processus dans le temps. La première étape consiste donc en la description détaillée de la constitution et de l'évolution du sociogramme (rapports entre les acteurs et intérêts en jeux, formes d'arrangement qui permettent de coopérer), jusqu'à ses attributs de qualité (acteurs névralgiques, force d'entraînement); et la description des formes successives du technogramme (développement du plan et son implantation) et de ses attributs de qualité (solidité du plan, ancrage, convenance du produit); puis la description de l'interaction entre ces deux réalités, à travers les étapes administratives des priorités régionales 1995-1998, soit la planification stratégique, structurelle et opérationnelle, ainsi que l'évaluation et la révision de la planification des quatre priorités pour 1998-2001.

La **deuxième étape** a été celle de l'élaboration d'une explication locale selon la logique d'une causalité itérative, c'est-à-dire liée à l'antériorité d'un événement du sociogramme par rapport à une transformation donnée du technogramme (et vice versa), et liée à la construction d'un lien logique entre ces deux réalités. Huberman & Miles (1991) appellent causalité locale cette forme d'explication qui consiste à reconstituer les événements et processus qui ont engendré des résultats spécifiques, dans chaque cas particulier. Dans chaque cas, la position initiale d'acteurs différents et inégaux par leurs ressources et leurs paradigmes d'action engendre des compromis quant à leurs structures de fonctionnement et leurs produits, arrangements qui sont intérimaires et qui repositionnent les acteurs en vue de la production d'autres arrangements. Ainsi, la construction des programmes se présente-t-elle comme un processus historique et contingent de genèse de situations par des situations antérieures. L'analyse explicative a consisté à reconstituer la causalité itérative dans la trame de construction du programme, jusqu'à ses attributs de qualité. Elle a cherché à montrer comment tel état du programme a évolué vers tel autre état du programme et comment les dimensions les plus évocatrices de la qualité se sont construites, ce que permettait la disponibilité de données longitudinales, recueillies à différentes phases de la planification et de l'évaluation, et qui témoignaient de l'évolution des programmes, acteurs et produits. Cette étape a conduit à mettre en relief des propositions théoriques explicatives à propos des modèles de structuration des programmes associés à tel attribut ou tel niveau de qualité.

La **troisième étape** a été celle d'un développement théorique d'un ordre plus général. Cette étape a procédé par l'analyse comparative des cas qui a d'abord consisté à ordonner approximativement les cas selon le degré de présence des dimensions de résultat (i.e. les différents attributs de la qualité des programmes) et à identifier les dimensions antérieures du processus qui ont influencé, de manière plausible, ce résultat. Puis l'analyse comparative a cherché, à partir des explications locales, à dégager des facteurs explicatifs de la qualité des programmes qui sont d'un ordre plus général, c'est-à-dire qui témoignent de la dynamique observée dans les quatre cas. Ce qui a donné lieu au développement théorique auquel conclue la recherche.

7 *LES FORCES ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE*

En recherche sociale et particulièrement en recherche sociale appliquée, des auteurs discutent de la qualité de la recherche non seulement en termes de crédibilité, c'est-à-dire au regard des caractéristiques de la méthode, mais aussi en termes d'utilité sociale, c'est-à-dire au regard de caractéristiques sociales. Pour la recherche appliquée, ces auteurs posent le principe de l'utilité des connaissances en termes de spécificité en regard de politiques et à de contextes spécifiques

(Dijk, 1986; Swanborn, 1996). Les choix théoriques et méthodologiques de notre recherche sont consistants avec ces préoccupations d'utilité sociale en visant la production de connaissances à partir desquelles peuvent agir les acteurs de la planification dans le champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être, des connaissances immédiatement utiles parce que spécifiques au contexte où ils œuvrent.

Au plan des critères ayant trait à la méthode, nous discutons des forces et limites de notre recherche à partir de l'adaptation, voire de la redéfinition, que mettent de l'avant un certain nombre d'auteurs (Lincoln & Guba, 1985; Kirk & Miller, 1986; Dijk, 1986; Guba & Lincoln, 1989; Smith, 1990; Yin, 1994; Swanborn, 1996 sont ici utilisés), partant des critères conventionnels de la science positive, de sorte qu'ils puissent dire quelque chose dans le contexte de la recherche d'observation et particulièrement de la recherche qualitative. Aux critères conventionnels de la validité interne, de la validité externe, de la fiabilité (dans le sens d'une reproduction littérale des mêmes résultats dans des conditions constantes) et de l'objectivité, Guba & Lincoln (1985, 1989) font correspondre des critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité (dans le sens de la reproductibilité des mêmes procédures sur les mêmes données) et d'intégrité pour la recherche naturaliste, en opposant ce type de recherche à la recherche expérimentale.

7.1 La validité interne de la recherche ou sa crédibilité

Le premier critère de qualité d'une recherche est celui de la correspondance de ses résultats au réel, quelle que soit la conception que l'on se fait de la réalité (Lincoln & Guba, 1985). Un moyen de favoriser cette correspondance, dans la mesure où l'on conçoit le réel comme étant formé des multiples représentations que s'en donnent les acteurs sociaux, est le recours à diverses sources d'information pour l'observation d'un même phénomène, de telle sorte à obtenir une représentation la plus étendue et la plus complète possible des représentations que différents groupes d'acteurs se font du phénomène (Lincoln & Guba, 1985; Von Glasersfeld, 1988; Blaikie, 1991). Dans notre recherche, la documentation est la principale source de données, bien que d'autres sources sont aussi utilisées, tels les *verbatim* des ateliers de la vraisemblance ou des données d'archives (relevés de clientèles, d'activités ou de services) qui sont rapportées dans les rapports d'activités des différents organismes ou dans les rapports d'évaluation de l'implantation.

Mais nous estimons que la diversité des sources d'information de notre recherche se situe surtout dans le fait que les documents utilisés ont été produits par les différents acteurs mobilisés dans la planification et l'évaluation, plutôt que d'être le produit des seules institutions publiques de planification (la Régie et sa DSP). Également dans le fait que ces documents ont été produits dans

différents contextes. Les mémoires (déposés à la Régie dans le cadre de la consultation), la correspondance, les compte-rendu de réunions et les rapports administratifs sont produits dans des contextes fort différents et certains mieux que d'autres permettent l'expression des points de vue des différents acteurs. À cet égard, les mémoires, les documents média, la correspondance, les compte-rendu de réunions transmettent de manière assez extensive les propos tenus par les acteurs et leurs représentations des situations, alors que les documents administratifs (ex : les différents rapports) expriment plutôt la position majoritaire et tendent plutôt à présenter l'accord entre les acteurs que les controverses qui y ont conduit. Aussi, certains documents (les compte-rendu de réunion, la correspondance, les représentations publiques, les mémoires) se sont montrés plus aptes que d'autres (les documents administratifs) à documenter certaines dimensions, tels les controverses ou les enjeux. La même observation s'applique aux données de l'évaluation. Alors que les *verbatim* des ateliers d'évaluation de la vraisemblance rapportent les diverses positions tenues par les acteurs, les rapports d'évaluation de la vraisemblance rapportent plutôt la position majoritaire. À titre d'exemple, l'analyse faite de la solidité des programmes (une dimension de la qualité) n'a pas puisé seulement aux rapports d'évaluation de la vraisemblance mais aussi aux spécifications et aux *verbatim* des ateliers d'évaluation de la vraisemblance. Il en résulte que la description de la solidité des programmes dans notre recherche est plus nuancée, plus complexe, différente de celle contenue dans les seuls rapports d'évaluation.

Le recours à différentes sources de données constitue aussi un moyen d'accroître la probabilité que les résultats et interprétations d'une recherche qualitative soient crédibles, en vertu cette fois du principe de la triangulation (Lincoln & Guba, 1985)⁶⁴. L'idée est celle de la corroboration des informations puisées à diverses sources. À cet égard, tel que nous l'évoquions précédemment à propos de la validité des données, nous avons observé que les différents types de documents tendaient à nous fournir des informations complémentaires sur un même thème, ou des informations qui se corroboraient. Par exemple, nous n'avons pas noté d'occasion où les données de la spécification des programmes, produites dans le contexte de l'évaluation, aient été contradictoires avec les données tirées des documents administratifs ou des compte-rendu de réunions. Ces différentes sources de données tendaient plutôt à être ou bien complémentaires, les spécifications et les compte-rendu de réunions étant généralement plus détaillées, ou bien à se confirmer.

À propos de la diversification des sources d'information, il nous semble que le recours à des données recueillies, par exemple, par entrevues auprès des acteurs, n'aurait pas accru la validité de la

⁶⁴ Lincoln & Guba (1985), se référant à Denzin (1978), distinguent quatre modes de triangulation : le recours à plusieurs et à différentes sources de données, méthodes, chercheurs et théories.

recherche puisqu'elles auraient été des reconstitutions à posteriori des processus avec les biais de mémoire, de sélection et de désirabilité sociale que comporte cette méthode de collecte de données. Les documents utilisés ont l'avantage d'avoir été produits par les différents acteurs engagés dans le processus étudié, dans une diversité de contextes, et ce, en temps réel dans le cours normal de leur activité. Nous estimons que la diversité des acteurs qui ont produit les documents et la diversité des contextes de production que l'on vient d'évoquer assurent une variabilité suffisante dans les sources de données de telle sorte que, bien que notre recherche n'ait pas eu recours à d'autres sources que les sources documentaires, par exemple les entrevues, cela ne constitue pas une limite à sa validité.

Une autre façon d'accroître la validité interne d'une recherche (dans le cas d'une recherche explicative) consiste à éliminer le fait que des facteurs autres que ceux considérés aient pu influencer le résultat observé (Yin, 1994). Une façon d'y parvenir est de s'appuyer sur les propositions théoriques de la recherche, qui reflètent les questions de recherche et la revue de la littérature dans le domaine. La stratégie d'appariement de modèle proposée par Yin (1994) répond à cette finalité. Dans notre recherche, le fait que le cadre conceptuel dérive d'une théorie générale et d'une revue extensive de la littérature qui sont pertinentes à notre question de recherche, également la construction exhaustive du cadre conceptuel en dimensions, sous-dimensions et indicateurs, sont des façons de favoriser que le phénomène soit bien défini par les dimensions étudiées. Notre cadre conceptuel ainsi opérationnalisé a dirigé la collecte des données. Tel que le soutient Yin (1994), le cadre conceptuel aide à focaliser la collecte des données sur les informations pertinentes à la question de recherche et à ignorer les autres.

Enfin, afin d'accroître la crédibilité des résultats de recherche, des auteurs suggèrent de lui appliquer une procédure de vérification externe, soit la vérification du processus de recherche et l'accord de la communauté scientifique sur ses résultats (Lincoln & Guba, 1985; Kirk & Miller, 1986; Swanborn, 1996); soit la vérification des données, des catégories d'analyse ou des conclusions auprès des acteurs mêmes de la situation (Lincoln & Guba, 1985). À cet égard, le fait que les documents produits par les différents regroupements d'acteurs au cours de la planification (les compte-rendu de réunions et les documents administratifs) et de l'évaluation (les spécifications, les rapports de l'évaluation de l'implantation et de la vraisemblance) aient été vérifiés et corrigés, donc validés par ces acteurs, répond partiellement à cette exigence. De plus, nous estimons que les deux rencontres de suivi, en cours d'analyse, avec notre direction et codirection de recherche, de même que le jugement porté par le jury de thèse, répondent aussi en partie à cette condition. Dans cet esprit, le fait de rendre explicites au lecteur les étapes qui ont conduit de la question de recherche à ses conclusions est une façon de favoriser qu'un réviseur externe soit en mesure de juger de la crédibilité de la

recherche. Également, les bases de données codifiées par thèmes et sources d'information, constituées à partir des sources documentaires, seront rendues accessibles sur demande de sorte à favoriser cette vérification.

7.2 *La validité externe de la recherche ou le domaine d'application de ses conclusions*

La question est ici de déterminer ce qui, dans la méthodologie de la recherche, nous permet d'en appliquer les conclusions à des contextes semblables. Swanborn (1996) précisera, quant à la recherche sociale appliquée, que si ses résultats doivent porter sur telle politique ou tel programme dans un contexte donné, le concept de validité externe doit référer à la généralisation des résultats à un domaine d'intérêt. Devant cette question, deux conceptions prévalent. L'une soutient que la généralisation des résultats d'une recherche par étude de cas est une question théorique. Il ne s'agit pas de généraliser les résultats d'un cas à un ensemble plus large de cas au sens d'une généralisation statistique. Il s'agit plutôt de généraliser les résultats au plan théorique, à l'instar de la sélection des cas qui est une sélection théorique, en vertu de la capacité du cas à supporter la question de recherche, plutôt qu'une sélection des cas en vertu de leur représentativité d'un ensemble plus large de cas (Yin, 1994). Dans cet esprit, Yin (1994) soutient que la théorie qui a conduit à la sélection d'un cas est la même théorie qui aide à sélectionner les autres cas auxquels les résultats sont applicables. Ce sont les théories pour la compréhension d'un phénomène dans différents milieux qui sont la cible de la généralisation d'une théorie élaborée pour la compréhension de ce phénomène par l'étude de cas. À cet égard, le développement théorique de notre recherche porte sur les conditions de la planification participative et de l'action en partenariat (surtout public – communautaire) qui favorisent la qualité des programmes publics dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, et ce développement théorique peut être considéré pertinent à la compréhension d'autres contextes, milieux, expériences, lorsque des processus de même nature sont en cause. Cependant, tel que le soutient Yin (1994), la généralisation théorique n'est pas automatique et une théorie doit être testée par la réplication des résultats dans un second, voire un troisième environnement. Dans notre recherche, la logique de réplication théorique qui prévaut, dans le sens où des cas montrent les conditions dans lesquels certains résultats se produisent et d'autres cas montrent les conditions dans lesquelles ils ne se produisent pas, renforce la valeur du développement théorique. Cependant, ce développement théorique serait renforcé s'il était testé et reproduit dans un autre contexte, si l'on considère que la variabilité des contextes étudiés dans notre recherche est plutôt faible, dans la mesure où les quatre cas découlent de la même démarche de planification socio-sanitaire dans une seule région, même si cette démarche n'a pas opéré de la même façon dans les quatre cas.

L'autre conception (Lincoln & Guba, 1985) est celle où l'applicabilité des résultats d'une recherche à d'autres contextes est une question empirique, dans le sens où elle s'établit sur la comparabilité du milieu receveur avec le milieu cédant. Rien ne peut être dit sur la transférabilité si on ne connaît que les caractéristiques du milieu cédant. Un moyen d'accroître la transférabilité des résultats de recherche est alors d'accumuler les données empiriques sur la comparabilité des contextes et à cet égard, la responsabilité du premier chercheur est celle de procurer des données descriptives suffisantes pour être en mesure d'établir la comparabilité des milieux. Lincoln & Guba (1985) ajoutent que le milieu receveur sera avisé s'il conduit une étude visant à vérifier la comparabilité des contextes. Dans cette perspective, nous estimons que la description du contexte de la démarche générale de planification et la mise en contexte de chaque cas comportent des données susceptibles de suffire à cette vérification.

7.3 *La fiabilité de la procédure de recherche*

Un moyen d'approcher la fiabilité de la procédure de recherche est de rendre explicite la chaîne de construction des conclusions, partant de la question de recherche, de sorte que la recherche puisse être reproduite et conduire aux mêmes conclusions (Yin, 1994). Un autre moyen est de rendre explicite cette même chaîne de construction mais cette fois pour qu'un audit de fiabilité puisse juger de la conduite du processus (fiabilité dans le sens de « *confirmability* ») (Kirk & Miller, 1986; Lincoln & Guba, 1985). Dans notre recherche, le fait d'avoir constitué une base de données codées et d'avoir rendu explicite la méthode et les outils d'analyse (diagrammes et matrices) répond à l'exigence de la vérification par un jury externe ou tout autre utilisateur des résultats de la recherche. Mais puisque l'analyse interne et inter-cas produite dans notre recherche, depuis la constitution de la base de données jusqu'à l'élaboration des conclusions, est une interprétation de la chercheuse, il n'y a pas de moyen de vérifier la fiabilité de la procédure dans le sens de la reproductibilité des mêmes résultats. Cette discussion sur la fiabilité de la procédure de recherche renvoie en fait le lecteur à l'argumentation précédente sur la crédibilité de la recherche et la façon de la contrôler en ayant recours à la vérification par un jury externe.

7.4 *L'objectivité ou l'intégrité de la démarche de recherche*

L'objectivité ou l'intégrité de notre démarche de recherche a été favorisée par un retour extensif à la littérature qui a précédé la démarche de recherche proprement dite, et par le fait de s'être dotée d'outils théoriques (cadre conceptuel et son opérationnalisation) et méthodologiques (les outils de l'analyse des données) de telle sorte à systématiser notre démarche de recherche. D'une part, ces outils nous ont permis de maintenir une distance vis-à-vis les expériences étudiées et d'autre part,

ces outils rendent transparentes les différentes étapes de production des conclusions de la recherche.

7.5 *Les considérations éthiques de la recherche*

L'analyse documentaire réalisée comporte peu d'enjeux éthiques. Les documents utilisés ont été produits dans le cadre de l'activité publique des différentes organisations et sont des documents d'accès public. À cet égard, l'accès à tous les documents utilisés a été autorisé à la chercheuse par les différentes organisations ou instances. Autrement, l'éthique de cette recherche réside principalement dans le respect de la confidentialité des informations relatives aux personnes, ce qui est assuré par la transmission de résultats dé-nominalisés. Cependant, les organisations et les différentes instances partenariales sont nommément mentionnées puisqu'il s'agit à notre avis d'informations publiques dont la mention n'affecte pas les personnes qui y travaillent, ces dernières n'étant pas mentionnées.

TROISIÈME PARTIE

L'ANALYSE INTERNE DES CAS

INTRODUCTION

L'analyse interne des cas dont il est question dans cette troisième partie de la thèse présente les deux premières étapes de notre stratégie de recherche, soit la description des événements et leur interprétation en vertu du cadre conceptuel de l'étude, et l'élaboration des propositions explicatives locales. Ces monographies représentent l'interprétation, la trame de signification tissée par la chercheuse entre les événements qui se sont passés, en vertu du cadre conceptuel et de la méthodologie d'analyse des données que s'était données la chercheuse. L'analyse interne de chaque cas comporte cinq chapitres.

Le premier chapitre est consacré à la mise en contexte de l'expérience étudiée. Il comporte un rappel des principaux éléments de la problématique et des politiques publiques qui habitent le champ et une analyse des acteurs en présence, leur position sociale et leur identité, leurs intérêts et les enjeux qu'ils associent à la structuration du programme. Ce qui correspond à la première dimension de l'analyse du sociogramme dans le cadre conceptuel de l'étude.

Le deuxième chapitre présente l'analyse de la problématisation, soit la formulation du problème et des solutions par le planificateur (dans le rôle du traducteur), les stratégies d'intéressement qu'il a déployées de telle sorte à mettre les acteurs du champ en mouvement autour d'un projet provisoire minimum, le positionnement des acteurs, les principales controverses qui animent la structuration du programme, les points de passage obligés qui s'imposent et les convergences qui se dessinent (ou non). Cette analyse se centre généralement sur les étapes des planifications stratégique et structurelle. Ce qui correspond, dans le cadre conceptuel de l'étude, à la deuxième dimension de l'analyse du sociogramme et aux premiers jalons de l'étude du technogramme.

Puis le troisième chapitre est consacré à l'analyse des arrangements inter-organisationnels et de l'évolution correspondante du produit. Elle porte sur l'enrôlement (prise de rôle) des acteurs dans le système d'action en construction et l'analyse des formes que prend la coopération, au double plan des rapports entre les acteurs (protocole, contrat, tables de concertation, comités, etc...) et de ce qu'ils produisent (cadres d'orientation, plans d'action, activités, etc...). Cette analyse est centrée généralement sur la planification opérationnelle. Ce qui correspond à la troisième dimension de l'étude du sociogramme et au développement du technogramme.

Le quatrième chapitre porte sur la qualité du programme et décrit les attributs de qualité du réseau et du produit. Cette analyse est centrée sur les étapes de l'évaluation et de la planification révisée 1998-2001. Ce qui correspond à la dimension de résultat dans le cadre conceptuel de l'étude. Enfin, le cinquième chapitre est consacré à l'élaboration des propositions explicatives, cherchant à

montrer comment les caractéristiques du processus de structuration du programme en conditionnent les attributs de qualité. Ce chapitre est clôt par un diagramme où le lecteur peut reconnaître les caractéristiques du sociogramme et du technogramme et les attributs de qualité qui sont mis en relation dans une même proposition explicative.

CAS 1

LES PROJETS DE *SENSIBILISATION* / *DÉPISTAGE*
DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

**CAS 1 : LES PROJETS DE *SENSIBILISATION* / *DÉPISTAGE*
DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES**

**CHAPITRE VIII
LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PRIORITÉ ET SES ACTEURS**

1 LE CONTEXTE

La priorité Violence faite aux femmes adoptée par la Régie régionale en 1994 arrive après six politiques et rapports gouvernementaux qui proposent à la société et ses institutions une compréhension du problème et des orientations en matière de prévention et de services.

Sous la pression du mouvement féministe, la violence conjugale a commencé à être reconnue comme problème social au milieu des années 1970. Les maisons d'hébergement ont été la première manifestation concrète du phénomène, en même temps que les premières ressources d'aide, et leur reconnaissance sociale s'est concrétisée par les premières subventions qui leur furent octroyées en 1977. La première politique qui vint concrétiser cette reconnaissance sociale du problème est la *Politique d'aide aux femmes violentées* de 1985 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (révisée en 1987), axée sur les services aux victimes. Elle fut suivie de peu (1986) par la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* des ministères de la Justice et du Solliciteur général du Québec qui affirme clairement le caractère criminel des actes de violence commis dans un contexte conjugal, propose la judiciarisation comme l'une des réponses au problème et vise à humaniser l'intervention judiciaire, notamment pour les victimes.

En proposant l'organisation des services publics destinés aux femmes victimes de violence, ces politiques marquent l'entrée en scène de nouveaux acteurs dans un champ jusque là occupé par le militantisme des groupes de femmes. Ces acteurs, principalement les CLSC pour la politique de 1985, et les services de police, les services judiciaires et correctionnels pour la politique de 1986, se sont donnés des formations, des outils, et donc une vision des problèmes et des solutions propre à leur mission. Ces visions et pratiques n'ont pas été sans heurter les positions féministes et militantes des pionnières, notamment parce que l'arrivée de ces acteurs comportait des enjeux de pouvoir, idéologiques et financiers. Les conflits issus de l'entrée en scène des services publics dans le champ, à côté des organismes communautaires, sont d'ailleurs toujours d'actualité.

Sont ensuite venus, en 1992, le document d'orientation du MSSS en matière d'intervention auprès des conjoints violents (MSSS, 1992c), puis la première politique gouvernementale intersectorielle, celle de 1995, dont le but principal est d'harmoniser le travail des différents réseaux qui, malgré

les acquis, demeurent encore cloisonnés (MSSS et al., 1995a,b). Cette politique et le document d'orientation qui l'a précédée marquent la reconnaissance, par les instances publiques, des organismes d'aide aux conjoints violents. Cette politique, issue d'une vaste consultation⁶⁵, fixe les rôles des services publics, non seulement des services sociaux et de santé, mais aussi des services policiers, judiciaires et scolaires, pour la promotion de nouvelles valeurs et rapport sociaux hommes/femmes, pour la prévention et la réduction de la tolérance sociale envers le problème, pour le dépistage systématique des femmes victimes, des enfants témoins et des conjoints violents, et pour l'intervention et le suivi systématique et structuré. Cette politique incarne aussi un virage vers la promotion et la prévention, en amont du problème, et est en cela cohérente avec la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a) qui comporte un objectif de réduction de la violence faite aux femmes⁶⁶.

Ce cadre politique porte en lui-même les grands jalons de la priorité adoptée par la Régie, recèle les fondements évoqués par presque tous les acteurs (à l'exception des maisons d'hébergement) pour légitimer leur action dans le cadre de la priorité et détermine grandement, on le verra, les rapports entre les acteurs au travers de la structuration de l'action.

2 LA CONSTITUTION DU RÉSEAU

Ce cas nous plonge dans une dimension plusieurs fois explorée du phénomène de la violence conjugale, celle de la réponse de la société à cette violence. Certains des aspects de cette réponse figurent en arrière plan du positionnement des acteurs dans la priorité. Mentionnons la reproduction, dans l'intervention professionnelle et institutionnelle, des rapports de pouvoir entre les sexes qui sont à l'origine de cette violence; le développement, en marge des institutions, d'une réponse que l'on veut adaptée, celle des maisons d'hébergement, centrée sur les droits des femmes, l'échange d'expériences et la démarche d'autonomie; les limites et l'inaptitude des services publics à répondre aux besoins des femmes et les ajustements progressifs de ces services; le constat de l'efficacité comparée de différentes approches d'intervention, notamment celle des maisons d'hébergement et l'intervention psychosociale institutionnelle (Bilodeau, 1987; Rinfret-Raynor & Cantin, 1994).

⁶⁵ Cette politique est née des travaux du Comité interministériel québécois de coordination en matière de violence conjugale et familiale (ministères de l'Éducation, de la Justice, de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique, secrétariat à la Condition féminine, Secrétariat à la Famille) créé en 1987 avec le mandat d'assurer la cohérence et la complémentarité de l'action gouvernementale. En 1993, ce comité se voit confier le mandat d'élaborer une politique. Une vaste consultation des organismes institutionnels et communautaires s'en suivit en 1994, additionnée de la création d'un comité consultatif représentatif des acteurs.

⁶⁶ Les deux autres politiques qui comportent des mesures visant à contrer la violence conjugale et familiale sont *La politique en matière de condition féminine* et *La Politique de périnatalité*, toutes deux de 1993.

Dans cette étude, nous ne regardons pas les acteurs de la réponse institutionnelle et communautaire dans leur capacité à se renouveler et à offrir aux femmes victimes de réelles options; plutôt, l'étude porte sur la capacité de ces acteurs à coopérer pour y parvenir. Dans ce cas, aux acteurs traditionnels de l'intervention auprès des femmes s'ajoutent les organismes communautaires d'intervention auprès des conjoints violents qui prennent position sur les options sociales qui doivent être offertes, aux femmes certes, mais aussi aux conjoints violents. Nous introduirons ces acteurs, leur position sociale et les enjeux qu'ils associent à la structuration de cette priorité, que résume le tableau 3 à la fin de cette partie.

2.1 Les maisons d'hébergement

Les maisons d'hébergement, qui sont autour de quatre-vingt au Québec dont une vingtaine (23) dans la région de Montréal, sont porteuses de l'héritage de services et de l'héritage féministe des mouvements qui leur ont donné naissance au cours des années 1970 (Beaudry, 1984)⁶⁷. Ce ne sont pas les seuls organismes communautaires à œuvrer auprès des femmes victimes de violence conjugale; à leur côté s'impliquent aussi les Centres de femmes (25 centres dans la région), les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (5 centres), et les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (1 centre), bien que ces derniers soient demeurés marginaux dans la structuration des projets de *Sensibilisation/Dépistage*. Les maisons d'hébergement se feront ici défenderesses de la perspective féministe du problème et des solutions. Devant le fait qu'elles ne sont financées par le MSSS, et donc officiellement reconnues, que pour leurs services d'hébergement, elles revendiqueront la reconnaissance de leur expertise et le plein financement de leur intervention, notamment des services de suivi aux ex-hébergées, et l'utilisation de leur potentiel dans l'intention du MSSS, dans la politique de 1995, de rendre accessibles aux femmes des services psychosociaux. Elles prendront aussi position pour préserver et développer les services aux femmes, devant les pressions de plus en plus grandes en faveur du développement de services psychosociaux à l'intention des conjoints violents.

2.2 Les établissements du secteur de la santé et des services sociaux

L'action des établissements publics dans le champ de la violence conjugale est largement déterminée par les politiques publiques en la matière. En ce sens, le MSSS figure comme un acteur de premier plan, notamment par la récente *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* entrée en vigueur en même temps que les priorités 1995-1998.

⁶⁷ Ces maisons sont regroupées au sein du *Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale* (50 maisons) et de la *Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec* (30 maisons) (MSSS et al., 1995a).

Les CLSC⁶⁸ sont les premiers acteurs institutionnels du secteur à être entrés en scène dans le champ de la violence conjugale, dans la foulée de la première politique de 1985 qui les interpellait pour le dépistage, la prévention et l'intervention auprès des victimes, en collaboration avec les autres acteurs. Les CLSC de la région de Montréal ont répondu à ce mandat de diverses façons. D'abord, ils ont doté leurs intervenants d'un guide et d'une formation au dépistage de la violence conjugale⁶⁹ dispensée en 1990-1991 à plus de 3 000 intervenants; ils ont mis sur pied un Comité aviseur en matière de violence conjugale et familiale pour être mieux en mesure d'assurer leur représentation à la Table de concertation en matière de violence conjugale de la Communauté urbaine de Montréal, mise en place sous les recommandations de cette politique⁷⁰; ils ont de plus actualisé un protocole d'entente avec le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM) (1990-1993) en vue de la référence⁷¹ qui leur vaut, tout comme au SPCUM, une notoriété outre frontière montréalaise⁷². C'est d'ailleurs à la formation et à cette collaboration avec le SPCUM, définies comme des événements déclencheurs, que les CLSC attribuent le début de leur réelle implication dans le dossier⁷³. Plus après, le Regroupement des CLSC de la région de Montréal s'est donné en 1994 des priorités triennales (1994-1997), où les objectifs de formation à l'intervention auprès des conjoints violents et des enfants témoins sont centraux. Mais persiste pour les CLSC la difficulté à établir leur crédibilité dans le champ : les femmes y consultent encore peu pour violence conjugale; l'action des intervenants n'est pas supportée par des protocoles et politiques organisationnelles; l'action spécifique des CLSC est encore mal définie, peu connue, questionnée.

⁶⁸ Il y a 29 CLSC dans la région de Montréal auxquels s'ajoute la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.

⁶⁹ R-CLSCMM (s.d.). *Guide de dépistage de la violence conjugale*; 2) R-CLSCMM & Fédération des CLSC du Québec (s.d.). *Guide d'animation sur le dépistage de la violence conjugale*; 3) Vidéocassettes : *Gardées sous silence* et *C'est aussi ton affaire*.

⁷⁰ À cette Table, la porte-parole du dossier Violence au Regroupement des CLSC de la région de Montréal (R-CLSCMM) ne possédait pas l'information nécessaire pour mettre de l'avant l'action spécifique des CLSC. Elle a mis sur pied ce comité pour l'informer et retourner l'information dans chaque CLSC sur le rôle qu'ils entendaient jouer dans le dossier. Ce comité, qui n'est pas une instance formelle du R-CLSCMM, est formé d'un représentant par CLSC (surtout des intervenantes). Il se réunit trois fois l'an.

⁷¹ L'initiative de ce protocole revient au SPCUM (1987), suite à l'adoption de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* des ministères de la Justice et du Solliciteur général (1986). Cette politique retire le pouvoir discrétionnaire aux policiers. En matière de violence conjugale, les contrevenants doivent être traduits devant les tribunaux, indépendamment de la volonté de la victime. Devant une majorité de victimes qui refusaient d'être référées en maisons d'hébergement, les policiers ont cherché à les orienter vers d'autres ressources. Le protocole de collaboration CLSC / SPCUM entré en vigueur en 1990 a été implanté de 1990 à 1993 dans les 29 CLSC et les 23 districts de la CUM. Il vise à assurer le suivi des victimes et à enrayer la récidive. Il prévoit que : 1) suite à un appel, le policier se rend chez la victime; 2) il veille d'abord à sa sécurité en la référant à une maison d'hébergement; 3) si la victime refuse, il lui suggère de la référer au CLSC (consentement écrit et confidentialité); 4) une intervenante du CLSC établit le contact en dedans de 48 heures et lui présente une offre de service; 5) la suite dépend du désir de la victime. Les données de 1994 indiquent que depuis 1990, le % de victimes qui acceptent d'être référées au CLSC de leur quartier est passé de 14% à 31%.

⁷² Selon le R-CLSCMM, le projet est utilisé ailleurs au Québec, à Paris et en Belgique. Aussi, pour ce protocole, le R-CLSCMM s'est mérité le trophée du partenariat au gala du SPCUM en 1997.

⁷³ Actuellement, les acquis de ce protocole sont menacés par le virage communautaire du SPCUM et le virage ambulatoire des CLSC : les postes de police de quartier à qui revient maintenant son application ne tiennent pas de statistiques sur les références, tel que le faisait le SPCUM; une baisse de motivation est appréhendée dans ce nouveau contexte. Une baisse des références a déjà été observée au cours de la dernière année (1997). La re-signature du protocole entre les commandants de quartier et les directions de CLSC devrait permettre de le relancer, selon la porte-parole du dossier au Regroupement des CLSC.

La politique de 1995 vient confirmer et préciser le mandat des CLSC, mais aussi des autres établissements du secteur de la santé et des services sociaux, de même que des autres secteurs. Son premier objectif est de rendre le dépistage (femmes victimes, enfants témoins⁷⁴ et conjoints violents) systématique et organisé dans tous les milieux. Le dépistage y est vu comme le pivot d'une intervention efficace, dans une société qui entend refuser et dénoncer la violence conjugale. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, à titre de portes principales d'entrée, les CLSC, CHCD⁷⁵ et cabinets de médecins sont interpellés comme des lieux privilégiés de ce dépistage systématique. Son deuxième objectif est de rendre accessibles aux femmes victimes les services requis, autre que l'hébergement, dans les ressources publiques, parapubliques et communautaires (ce qui inclut les CLSC et les maisons d'hébergement).

Les CLSC sont également vus comme un acteur important de l'objectif de réduction de la violence faite aux femmes dans *La Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a), qui s'actualise dans le cadre des priorités régionales. Leur rôle en matière de violence conjugale est en fait reconnu par différentes instances. Il est notamment pointé du doigt par les coroners⁷⁶ et les médias dans le cas de drames conjugaux, où on exhorte les CLSC, mais aussi les autres établissements publics, à appliquer leur mandat et à collaborer avec les autres ressources concernées. L'enjeu pour les CLSC est d'ailleurs de réussir à se positionner comme acteur crédible dans le champ.

Quant aux régies régionales, elles ont, dans le réseau de la santé et des services sociaux, le mandat de coordonner l'organisation des services et, comme instance administrative de l'État, de coordonner la mise en œuvre des politiques publiques dans leur région. À cet égard, la politique gouvernementale de 1995 leur confie la coordination des services dans le secteur de la santé et des services sociaux et la concertation intersectorielle⁷⁷. Aussi, la récente politique gouvernementale

⁷⁴ L'intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale en est encore à faire ses premières armes au Québec. Elle s'inscrit comme un moyen d'interrompre la transmission intergénérationnelle des modèles de rôle d'agresseur et de victime. La politique gouvernementale de 1995 les désigne de groupe à risque à être ciblé par des mesures de prévention secondaire. Actuellement, très peu de cas sont signalés pour ce motif à la Direction de la protection de la jeunesse et les enfants témoins dont la sécurité et le développement ne sont pas compromis ne sont pas accueillis par les centres jeunesse (CJM et Batshaw). Du côté des CLSC, de façon générale, cette problématique n'est pas abordée.

⁷⁵ La politique (1995a) soutient que 20% des femmes se présentant dans les urgences des hôpitaux subissent de la violence conjugale, alors que seuls 4% d'entre elles sont dépistées (p.40).

⁷⁶ Le rapport du Coroner Bérubé d'avril 1997 est évoqué (Audy et al., 1997); également un récent colloque de coroners où, dans l'étude de la «carrière dans les services publics» de 200 décès suite à la violence familiale (homicide, suicide, infanticide), aucun dépistage n'avait été fait (atelier d'évaluation de la vraisemblance).

⁷⁷ La concertation régionale, formelle et systématique, y est définie comme une condition essentielle d'efficacité des interventions. On parle ici de concertation entre les réseaux des maisons d'hébergement, des organismes d'aide aux conjoints violents, des centres d'aide aux victimes d'actes criminels, des centres de femmes, les secteurs de la justice, de la sécurité publique, et de la santé et des services sociaux. La jonction entre les différents secteurs y est définie comme une responsabilité sectorielle qui ne saurait se concrétiser sans imputabilité (MSSS et al., 1995a, pp 64-65; MSSS et al., 1995b, p. 23).

(1995a), en recentrant l'action autour des mesures éducatives, en amont du problème, et du dépistage systématique des femmes violentées, des enfants témoins et des conjoints violents, en appelle à un virage vers la promotion et la prévention. Le problème majeur actuel qui entrave la lutte à la violence conjugale, selon cette politique, est la quasi absence de dépistage précoce et le manque de référence aux ressources spécialisées, alors que des investissements majeurs sont faits pour traiter les symptômes. Cette politique est ainsi concordante avec *La Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a) et son objectif de réduction de la violence faite aux femmes. En ce domaine de la prévention – promotion, les directions de santé publique (DSP) nouvellement intégrées aux régies régionales sont particulièrement interpellées.

Outre les secteurs déjà interpellés par les politiques de 1985 et de 1986, dans son objectif de rendre le dépistage systématique dans tous les milieux, la politique de 1995 interpelle également différents organismes publics, parapublics, communautaires et privés les plus susceptibles de trouver parmi leurs usagers des femmes victimes, des conjoints violents et des enfants témoins (milieu scolaire; services de garde à l'enfance; ressources d'hébergement pour jeunes et maisons de jeunes; entreprises; système correctionnel (détention et probation); ministère de la Sécurité du revenu (Centres Travail-Québec); Offices municipaux d'habitation (gestionnaires des HLM)).

2.3 *Les organismes d'intervention auprès des conjoints violents*

Au Québec, le premier organisme de ce type a vu le jour à Montréal en 1982⁷⁸. L'entrée en scène de ces groupes est portée par l'idée que si les hommes sont au cœur du problème de la violence conjugale, ils constituent aussi un élément incontournable de la solution. La victimologie affirme que la reconnaissance de la violence comme une injustice est nécessaire afin de mobiliser les ressources pour s'en dégager. Or, le développement du sens de l'injustice se fait en présence d'options sociales. Le développement d'interventions auprès des hommes violents ou potentiellement violents élargit le spectre des options sociales offertes. Ces nouvelles options remettent aux hommes violents la responsabilité de leurs actes et envoient aux femmes victimes et à toute la société un message social additionnel à l'effet que la violence est inacceptable (Bilodeau, 1994). Dans son document d'orientation en matière d'intervention auprès des conjoints violents (1992c), le MSSS reconnaît que ces ressources répondent à un besoin social évident et sont complémentaires à l'intervention auprès des femmes et des enfants.

⁷⁸ Il s'agit de PRO-GAM. Ces organismes sont présents dans 11 des 18 régions socio-sanitaires du Québec (DSP, 1997, pp. 48-49).

Dans la région de Montréal, sept organismes constituent Concertation Homme Montréal⁷⁹. Son mandat est celui d'un partenariat plus efficace et la complémentarité des services. Sa position est la promotion de l'égalité des hommes et des femmes; la reconnaissance que la violence conjugale est un acte de contrôle; la prépondérance accordée à la protection et la sécurité des enfants témoins et des victimes (très majoritairement des femmes); la conviction que les services offerts aux hommes, curatifs ou préventifs, sont essentiels et complémentaires à ceux offerts aux victimes et témoins de violence; l'ouverture à une pluralité de modèles d'intervention fondés sur le respect des personnes et sur les valeurs démocratiques; l'importance des mesures préventives en vue que cesse la transmission intergénérationnelle de modèles de rôles. Le regroupement donne priorité à la sécurité des victimes, mais de manière proactive cette sécurité passe par l'intervention auprès des hommes afin de prévenir et contrer la violence et la récidive.

2.4 *La Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM*

La Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM a été créée en 1986, selon les recommandations de la politique de 1985, pour assurer sa mise en application et coordonner les actions au plan régional. Y sont représentés les organismes intervenant auprès des femmes victimes, auprès des hommes violents, le Service de police de la CUM et le secteur de la santé et des services sociaux. La Régie soutient cette table depuis 1987. Dans le contexte de la priorité, les organismes intervenant auprès des hommes y sont particulièrement actifs et l'utilise pour faire valoir leur point de vue. Quelques indicateurs portent à penser que cette Table jouit auprès de la Régie d'une bonne crédibilité à titre d'interlocuteur des acteurs du champ⁸⁰.

Ainsi, depuis la construction sociale du problème par les maisons d'hébergement dans les années 1970, les politiques publiques successives sont venues traduire, voire stimuler, l'évolution des rapports sociaux hommes/femmes eu égard à la violence conjugale (et la violence faite aux femmes). Par la mise en place des services découlant de ces politiques, qui concrétisent le caractère inacceptable de cette violence dans notre société, s'est constitué un nouveau champ d'action où la configuration des acteurs s'est passablement complexifiée au cours de la dernière décennie, certes avec l'entrée en scène des secteurs de la justice et de la sécurité publique,

⁷⁹ Ce comité regroupe Option et Pro-Gam Inc. qui offrent des services cliniques aux conjoints violents; et des organismes qui offrent des services préventifs aux hommes ayant des problèmes conjugaux : le Service d'Aide aux Conjoints Inc. (SAC) (intervention de groupe et individuelle); L'entraide pour hommes de Montréal Inc. (écoute téléphonique, référence, programme de groupe axé sur l'entraide); La Maison Oxygène, Carrefour familial Hochelaga-Maisonneuve (hébergement de courte durée); le Réseau Homme Québec fondé par le psychologue Guy Corneau (groupes autogérés de croissance masculine). Concertation Homme Montréal est membre d'une association provinciale, l'Association des ressources d'intervention auprès des hommes violents (ARIHV).

⁸⁰ Aux audiences d'avril 1995 sur le plan de transformation du réseau, la Régie et son Conseil d'administration reconnaissent à la Table cette crédibilité en acceptant son invitation à une réunion d'échanges sur les priorités régionales et l'organisation des services.

mais surtout des groupes d'intervention auprès des hommes, puisque avant eux, le champ d'action évoluait quasi à partir d'un paradigme unique (le féminisme). Les projets de *Sensibilisation/Dépistage* qui évolueront dans l'arène de l'organisation des services dans le champ seront donc particulièrement marqués par les rapports sociaux hommes/femmes, représentés par les maisons d'hébergement pour femmes et les groupes d'hommes.

Tableau 3
Intérêts fondamentaux des acteurs du champ de la violence faite aux femmes
en fonction de leur position sociale et leur identité

ACTEURS	INTÉRÊTS FONDAMENTAUX /ENJEUX ASSOCIÉS À LA STRUCTURATION DE LA PRIORITÉ	POSITION SOCIALE / IDENTITÉ
RÉGIE	Mettre en place des mesures préventives et améliorer l'organisation régionale des services aux victimes et aux agresseurs. Proposer des solutions d'organisation des services qui rallient les acteurs. Intégrer son nouveau mandat de prévention / promotion; résoudre les tensions et les résistances internes entraînées par l'intégration de la DSP.	Organisme d'État dont le mandat a été révisé avec la Réforme Côté et qui consiste en l'organisation des services de santé et des services sociaux au plan régional et l'application des politiques publiques. Nouvellement chargé du mandat de prévention / promotion en intégrant une direction de la santé publique.
DSP	Positionner les mesures préventives dans le champ de la violence faite aux femmes. Se positionner comme acteur régional de la planification des mesures en prévention – promotion de la SBE à l'intérieur de la Régie t dans la région. Réussir à agir comme agent de changement, mobilisateur et médiateur pour une action concertée.	Instance publique de planification socio-sanitaire régionale en prévention – promotion de la santé et du bien-être. Nouvelle direction de la Régie issue de la fusion des 7 départements de santé communautaire de la région.
Regroupement des CLSC de la région de Montréal	Se positionner comme acteur crédible dans le champ de la violence conjugale et familiale auprès des femmes victimes, des enfants témoins et des conjoints violents.	Organismes publics de prestation de services préventifs et curatifs de 1 ^{ère} ligne à toutes clientèles pour toutes problématiques. Chaque CLSC est autonome au plan administratif.
OC- F surtout les M d'H	Assurer la reconnaissance et l'utilisation de l'approche féministe et de l'expertise psychosociale des OC-F (notamment aux fins de la formation). Se positionner en leader dans le dossier de la prévention – promotion. Assurer la reconnaissance financière des activités de prévention – promotion et des services psychosociaux offerts aux femmes, outre l'hébergement. Assurer la reconnaissance de la perspective féministe de criminalisation des actes de violence. Transfert des services destinés aux hommes violents au ministère de la Justice. Assurer la préservation des fonds publics consacrés à la violence conjugale pour l'intervention auprès des victimes, femmes et enfants, devant les pressions pour le développement de services destinés aux hommes violents.	Groupes communautaires de lutte pour la reconnaissance sociale du problème de la violence faite aux femmes et le développement de services d'aide, nés dans la foulée du mouvement féministe. Histoire de lutte pour la reconnaissance et l'utilisation du modèle d'analyse féministe du problème et des solutions, dans les services publics et dans l'ensemble de la société.
OC-H	Positionner les services aux conjoints violents dans le réseau public de la SSS et dans les services communautaires d'aide.	Organismes communautaires de pression pour le développement des services psychosociaux d'intervention auprès des hommes violents.
Table concertation violence conjugale de la CUM	Dégager des compromis parmi des acteurs à l'histoire conflictuelle, défendant des positions le plus souvent antagoniques.	Assise multi-sectorielle composée de 4 groupes : le groupe Femmes, le groupe Hommes, le groupe Santé et services sociaux, le groupe Justice-Sécurité publique. Bonne crédibilité aux yeux de la Régie.

CHAPITRE IX

LA SECTORISATION DU CHAMP EN ZONES D'EXCLUSIVITÉ ET DE CONTRÔLE : LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE

Lors de la planification stratégique, d'avril à décembre 1994, en vue de déterminer les priorités, la diminution de la violence sous toutes ses formes, faite aux femmes, aux enfants et chez les adolescents arrive au deuxième rang du sondage auprès de la population et auprès des organisations. Elle est la deuxième priorité du Regroupement des CLSC de la région de Montréal (R-CLSCMM), tout comme de l'ensemble des dispensateurs de services. Elle figure au troisième rang des partenaires municipaux et au premier rang pour les Commissions scolaires. Puis elle figure au deuxième rang pour les organismes communautaires, toutes clientèles confondues, et au premier ou second rang pour les organismes communautaires voués à la condition des femmes.

De cette première consultation découleront quatre actions prioritaires en Violence faite aux femmes adoptées par le CA de la Régie en décembre 1994. Suivit une autre consultation dans le cadre de la planification structurelle, cette fois auprès d'acteurs du champ de la violence faite aux femmes, sur un plan de mise en œuvre conçu par la DSP. Il en a résulté des ajustements au plan proposé, qui fut adopté par la DSP en décembre 1995. Ce plan d'action comporte les six projets de *Sensibilisation / Dépistage* que nous étudierons dans ce cas. Cette démarche de planification n'a pas emprunté la voie de la concertation mais plutôt celle de la consultation où la Régie régionale (puis sa DSP à l'étape de la planification structurelle), par son mandat d'État, agit comme instance décisionnelle (E1)⁸¹. Ces deux consultations ont été le lieu d'expression et de positionnement des acteurs dans l'évolution du statut de la priorité et des services à offrir pour y répondre. Les principales controverses qui ont marqué cette évolution, par la façon dont elles ont ou non été résolues, ont façonné la priorité et les projets qui ont fini par être réalisés. Voyons comment ces controverses ont évolué.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME

1.1 L'étape de la planification stratégique : De la première problématisation au positionnement des acteurs

L'intéressement des acteurs à la priorité a été amorcé par une première problématisation soumise par la Régie à la consultation en vue de l'établissement des priorités. Celle-ci témoigne d'une position non encore arrêtée chez le planificateur, proposant une conception large de la violence

⁸¹ Les éléments qui documentent les paramètres de la structuration de l'action et de sa qualité sont rassemblés en une *Matrice de la dynamique processus – résultat*, présentée à la fin de la 4^e partie de l'étude de chaque cas. Ces éléments portent un numéro afin de faciliter leur repérage.

conjugale et familiale qui inclut les femmes victimes et enfants témoins, les hommes agresseurs, les personnes âgées ou handicapées victimes d'abus, les enfants victimes d'abus et de négligence, les adolescents violents dans leurs relations amoureuses. Cette proposition couvre aussi la violence sexuelle et sociale en introduisant dans les solutions des politiques publiques et des interventions en sécurité urbaine. Devant des services qu'elle décrit comme morcelés, disparates et peu portés vers la prévention et le dépistage, la Régie propose la concertation, dans un ensemble de mesures allant de la promotion des conduites pacifiques et des rapports égalitaires entre hommes et femmes (incluant les jeunes) jusqu'aux services aux victimes et aux agresseurs. Cette problématisation évoque le morcellement des services sans identifier les acteurs, ni l'historicité de leurs rapports, ni les systèmes de pensée et les intérêts qui orientent leurs prises de position et leurs actions et qui sont à l'origine de ce morcellement. Mis à part cet appel à la concertation, cette problématisation à caractère technocratique ne propose aux acteurs aucune avenue où leurs intérêts respectifs pourraient être au moins partiellement pris en considération de manière à favoriser la coopération (E 2).

Trois groupes d'acteurs du champ se positionnent (en répondant à l'appel de mémoires) pour la structuration de la priorité, soit les regroupements d'organismes communautaires d'intervention auprès des femmes victimes de violence (OC-F); la porte-parole du dossier Violence au R-CLSCMM et la Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM. À cette étape, les organismes d'intervention auprès des hommes violents (OC-H) ne se font pas entendre autrement que par le biais de la Table de concertation. Évidemment, la Régie, et sa DSP nouvellement intégrée qui contribue à la formulation de la proposition sans en avoir l'entier contrôle, prendront aussi position. Au-delà de son constat de morcellement des services, on n'observe pas à cette étape-ci d'efforts de mobilisation de la Régie auprès de tiers acteurs tels l'AMOM (Association des médecins omnipraticiens de Montréal), les CHCD pourtant considérés névralgiques dans la politique de 1995, ou les autres secteurs concernés (E3).

Les enjeux que les acteurs associent à la structuration de la priorité donnent lieu à trois controverses principales : à propos de la cible de la priorité, qui inclut ou non les hommes violents selon la perspective systémique ou féministe que l'on adopte; à propos de son niveau d'action, orienté vers la prévention ou la consolidation des services; et à propos de la reconnaissance de l'expertise communautaire aux fins de la formation.

1.1.1 Première controverse : la cible de la priorité (E4)

Ici, trois positions se démarquent, portées par des acteurs aux intérêts différents, voire divergents. Nous écartons d'entrée de jeu un créneau large et hétérogène d'acteurs non traditionnels du champ, demeurés marginaux dans le débat, qui voulaient que soit considérées toutes formes de violence dans la société, raciale ou autres, ce qui inclut la violence envers les personnes âgées ou handicapées.

♦ *La position du Regroupement des CLSC de la région de Montréal (R-CLSCMM)*

S'appuyant sur une approche systémique de l'intervention, les CLSC considèrent la violence conjugale et ses répercussions sur le système familial, en retenant comme **cible** les femmes victimes, les enfants témoins et les conjoints violents, ce qui n'inclut pas les enfants victimes d'abus ou de négligence, les femmes victimes de viol, d'inceste ou de harcèlement sexuel. Leur argumentaire s'appuie sur leur mandat, tel que défini par la loi sur la santé et les services sociaux, qui consiste à dispenser des services préventifs et de première ligne à toutes clientèles, pour toutes problématiques. Les hommes violents qui demandent de l'aide aux CLSC, et ils seraient de plus en plus nombreux, doivent pouvoir y trouver réponse. La récente politique gouvernementale (MSSS et al., 1995a) vient confirmer et préciser ce mandat. Son objectif de dépistage systématique de la violence conjugale (femmes victimes, enfants témoins et conjoints violents) touche directement les CLSC, à titre de porte d'entrée du système. Son objectif d'accessibilité à des services psychosociaux, dans les ressources publiques et communautaires, pour les femmes victimes, les interpelle aussi directement. Ils sont finalement interpellés pour offrir eux-mêmes des services aux enfants témoins et aux conjoints violents ou pour les référer à des services spécialisés.

L'enjeu pour les CLSC est d'être en mesure de se positionner et d'être reconnus comme une ressource publique valable pour l'intervention et le suivi auprès des femmes. Si seulement 15% des femmes victimes acceptent d'être référées en maisons d'hébergement par les policiers, tel que le soutiennent les CLSC, ceux-ci se voient un rôle important dans la prise en charge de ce problème (Poulin et al., 1998a. Projet 4.2-4.4, p. 9). L'enjeu est aussi d'être à la hauteur de leur mandat en ce qui a trait à l'intervention auprès des enfants témoins et des conjoints violents. En ce qui a trait à ces derniers, l'intention des CLSC est d'appliquer l'intégralité de leur mission, ce qui va au-delà de la référence à un organisme spécialisé.

♦ *La position des regroupements d'organismes communautaires – femmes*⁸²

Porteur de la tradition féministe, ces organismes demandent que soit considérée la violence faite aux femmes, conjugale / familiale et sexuelle, ce qui inclut le viol, l'inceste et le harcèlement sexuel mais qui exclut l'action auprès des hommes violents. Leur **cible** est celle des femmes victimes et des enfants victimes ou témoins. L'**enjeu** est double. D'abord au plan idéologique, celui de la reconnaissance et de l'adoption de la perspective féministe comme fondement à la prise de décision. Leur perspective conçoit que la violence des hommes envers les femmes, dans le contexte conjugal comme dans le contexte plus large de la société, doit être considérée comme un acte criminel, et conséquemment, le développement et le financement des services destinés aux hommes doivent être placés sous la responsabilité du ministère de la Justice. Essentiellement, la perspective féministe consiste à remettre aux agresseurs la responsabilité de leurs actes et à apporter protection et soutien aux victimes, femmes et enfants. Ensuite, un enjeu est lié au contrôle des ressources, c'est-à-dire l'impératif de ne pas devoir partager les fonds publics traditionnellement consacrés aux organismes communautaires œuvrant auprès des femmes, qui sont une enveloppe protégée et fermée, avec les organismes œuvrant auprès des hommes. Reconnaître les conjoints violents dans la cible signifierait d'accepter un partage des ressources, réduisant d'autant le financement de l'aide aux femmes⁸³. Ceci est une raison de plus de revendiquer que le développement des services auprès des hommes soit assumé par le ministère de la Justice.

♦ *La position de la Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM*

Sans prendre appui sur une perspective théorique ou l'autre, la Table défendra la position de cibler les femmes victimes, les enfants témoins et les conjoints violents, en ajoutant la violence sexuelle envers les femmes et les enfants (viol, inceste, harcèlement), l'enjeu pour elle étant de réussir à agir en porte-parole des différents groupes qui la composent.

♦ *La position de la DSP*

S'appuyant sur une conception écologique de la prévention / promotion de la santé et du bien-être, la position de la DSP est, certes, de considérer la violence conjugale / familiale, sexuelle, mais plus généralement la violence sociale envers les femmes, de manière à introduire des actions plus

⁸² La Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec – regroupement de Montréal; le Regroupement des maisons d'hébergement de Montréal; la Table régionale des Centres de femmes de Montréal (18 centres).

⁸³ En 1995-1996, sur un budget global du SOC (programme de soutien à l'action communautaire du MSSS) de 6 939 221\$ consacré à la violence faite aux femmes pour la région de Montréal-Centre, seuls 4% vont aux quatre organismes d'aide aux conjoints violents (275 000\$). Le budget va aux 23 maisons d'hébergement (75.6% du budget), 16 Centres de femmes (15.6% du budget) et quatre CALACS (4.8%). Les recommandations de la Régie pour la répartition des sommes additionnelles issues du plan de transformation du réseau (800 000\$ sur 3 ans) accordent aux organismes communautaires – hommes 10% des ressources additionnelles, alors que pour les Centres de femmes aucune somme additionnelle n'est prévue.

en amont, en matière de sécurité urbaine, de contrôle des armes et de développement de conduites non sexistes, non discriminatoires et pacifistes chez les jeunes. Sa cible est, au plan de la prévention, celle de la société en général et des jeunes, mais aussi, pour réduire les conséquences de la violence, celle des femmes victimes, des enfants témoins et des hommes violents qui doivent être davantage rejoints et par des services mieux appropriés. L'enjeu pour la DSP est de positionner des mesures préventives dans le champ de la violence faite aux femmes, susceptibles de réduire l'ampleur du problème et ses conséquences, tel que le lui confère son mandat, et du même coup, de se positionner comme un acteur majeur du champ de la prévention - promotion de la santé et du bien-être.

La Régie a clos temporairement cette controverse en déposant à son CA une priorité qui retient toutes formes de violence faite aux femmes⁸⁴ plutôt que de se restreindre à la violence conjugale et familiale. En même temps, elle restreint la cible aux femmes victimes et aux enfants victimes ou témoins, en écartant les hommes violents. Alors que sa première proposition découlait davantage d'une position systémique en ce qu'elle abordait la violence conjugale et familiale en considérant tous les acteurs de ce système, celle retenue tient davantage d'une position féministe. La Régie favorise en cela la position des regroupements d'organismes communautaires-femmes au détriment des CLSC qui cherchent à accroître leur action auprès des conjoints violents. Cependant, la priorité adoptée ne change en rien les règles du jeu en ce qu'elle n'élargit pas la configuration des acteurs (E3), ni ne comporte de proposition de compromis qui leur attribuerait des rôles en vertu de leur interdépendance, tout en tenant compte de leurs intérêts.

1.1.2 Deuxième controverse : le niveau d'action de la priorité (E5)

Ici, trois questions ont cours : L'action doit-elle se situer en amont du problème pour en réduire l'ampleur, principalement dans les générations futures? Ou viser l'amélioration des services, de sorte à en réduire les conséquences? Doit-elle y parvenir par une amélioration de la qualité de l'intervention et/ou un ajout significatif de ressources? L'enjeu fondamental pour l'ensemble des acteurs est ici de déterminer à quel niveau d'action sera consacré le budget des priorités.

La DSP se positionne ici comme le plus important défenseur des mesures préventives, soit des mesures éducatives auprès des jeunes et la recherche d'interventions efficaces auprès des enfants témoins de violence conjugale, dans la perspective de rompre la transmission familiale des modèles

⁸⁴ Ce qui inclut la violence conjugale / familiale, qui peut être physique, sexuelle, psychologique, verbale, économique; la violence sexuelle au cours de l'enfance ou à l'âge adulte, qui inclue les agressions sexuelles, l'inceste et le harcèlement sexuel; la violence sociale, qui comporte l'insécurité des femmes en milieu urbain et l'accès aux armes.

violents; elle prône aussi des mesures visant la réduction des facteurs environnementaux d'insécurité des femmes en milieu urbain. La DSP obtient sur ce terrain l'appui des principaux acteurs du champ, soit des regroupements d'organismes communautaires-femmes et du R-CLSCMM qui se dit en outre prêt à collaborer aux mesures préventives auprès des jeunes. L'enjeu pour la DSP est le positionnement de mesures préventives (et leur financement) dans le champ de la violence faite aux femmes devant les pressions en faveur des services aux victimes et agresseurs.

Cependant, l'essentiel des demandes des principaux groupes d'acteurs porte sur l'amélioration des services par la formation des intervenants, la concertation, la consolidation financière des ressources communautaires et la mise en place d'équipes d'intervention sous-régionales multisectorielles (24 heures / 7 jours). Le Regroupement des CLSC de Montréal souligne l'urgence d'une formation à l'intervention auprès des hommes violents et des enfants témoins; puis la Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM souligne le besoin de formation au dépistage et à l'intervention dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (notamment les CH psychiatriques et de courte durée) et dans bon nombre d'organismes. Même position des organismes communautaires-femmes qui est celle d'un renforcement du dépistage systématique en CLSC, en CH, en cabinet privé de médecins et en milieu scolaire, assorti de la référence aux ressources appropriées.

Le moyen que privilégie la DSP pour l'amélioration des services est celui du dépistage systématique et d'une intervention efficace auprès des victimes (femmes et enfants) et des agresseurs. À ses yeux, ces mesures ont un caractère préventif par leur potentiel de résolution des situations de violence. Étant donné l'impact négatif de la violence sur la santé physique, psychologique et sociale des personnes; étant donné que la violence conjugale s'accroît, avec le temps, en fréquence et en intensité; attendu que la seule solution reconnue efficace en vue de sa cessation est le changement de situation (qui passe par la rupture de l'union) et que cette transition est favorisée par une intervention soutenue (Prud'homme, 1994; Rinfret-Raynor, 1994); étant donné également qu'une réponse inappropriée de la part des services contribue au prolongement des situations de violence (Bilodeau, 1994), un dépistage précoce et une intervention efficace sont des éléments-clés devant contribuer à freiner l'escalade de la violence et éventuellement à mobiliser et soustraire les victimes à cette violence. Ces mesures, complémentaires aux mesures préventives, sont donc susceptibles d'entraîner des gains en santé et bien-être.

La Régie retiendra la position de la DSP en faveur de mesures préventives, tout en écartant les mesures les plus en amont visant l'éducation auprès des jeunes; elle retiendra aussi la réduction des conséquences, non seulement par l'amélioration du dépistage et de l'intervention, promue par la DSP et la plupart des acteurs, mais aussi par la consolidation des ressources communautaires demandée tout particulièrement par les regroupements d'organismes communautaires-femmes. La Régie, principalement préoccupée par l'organisation des services et nouvellement amenée à se préoccuper de mesures préventives, ne résoudra pas cette question à l'étape de la planification stratégique et renverra le problème tout entier à la planification structurelle, pilotée par la DSP.

1.1.3 Troisième controverse : la reconnaissance de l'expertise en intervention auprès des femmes victimes, aux fins de la formation (E6)

Il est question ici de la perspective théorique inspirant la formation des intervenants et du choix des acteurs chargés de la dispenser ainsi que de la reconnaissance de l'expertise, qui est en fait la question du rapport entre les savoirs institutionnels et communautaires.

À cet égard, les organismes communautaires-femmes demandent que soient reconnues et utilisées l'intervention féministe et leur expertise, étant donné que cette approche d'intervention, qui a ses propres fondements théoriques, avait fait la preuve de son efficacité en maison d'hébergement et dans les services publics (les organismes réfèrent à Rinfret-Raynor & Cantin, 1994, p. 341-361). Cette controverse abrite un **enjeu fondamental** et historique, celui de la reconnaissance par le réseau public de l'intervention psychosociale en maisons d'hébergement, au-delà de leur fonction d'hébergement et avec le financement en conséquence, et par ricochet, la reconnaissance de leur expertise aux fins de la formation.

Le Regroupement des CLSC (qui privilégie l'approche systémique) se positionne comme détenteur d'une expertise dans l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale. L'enjeu pour eux est d'être reconnus comme un acteur crédible de l'intervention auprès des victimes et des agresseurs, de voir leur expertise reconnue de même que le recours à diverses perspectives théoriques à l'appui de la formation et de l'intervention. Les CLSC ne veulent pas se voir inféodés par le réseau des maisons d'hébergement et la perspective féministe dans le champ de la violence conjugale et familiale. Selon la Fédération des CLSC, le modèle féministe d'intervention a fait ses preuves mais a aussi montré des limites; au-delà du modèle d'intervention, la compétence des intervenants fait souvent la différence. Le choix revient alors à l'intervenant, qui utilise l'approche féministe et/ou systémique selon la situation et son expertise.

Quant à la DSP, elle ne prend pas partie pour l'une ou l'autre approche; elle reconnaît différentes expertises existantes dans le réseau des maisons d'hébergement, des CLSC, des centres jeunesse, des universités et des services policiers, pour réaliser la formation. Elle propose plutôt une approche technocratique de définition de la formation qui écarte, du moins à l'étape de la planification stratégique, les enjeux théoriques et idéologiques : d'abord, tracer un portrait des formations déjà réalisées et des besoins qui persistent dans les réseaux concernés (policiers, hôpitaux, médecins, CLSC, services juridiques, maisons d'hébergement); ensuite, actualiser les programmes en fonction des nouvelles connaissances. L'enjeu pour la DSP est de se positionner en médiateur capable de générer des compromis sur ce terrain, entre des acteurs aux positions historiquement antagoniques. La reconnaissance a priori d'une expertise existante chez une diversité d'acteurs ouvre la voie à une négociation où les positions seraient moins campées.

À l'issue de la planification stratégique, la Régie met de l'avant une mesure visant une formation plus adéquate des intervenants institutionnels et communautaires et ne prend pas position sur l'expertise disponible pour la réaliser. Pas davantage que sur la question de la cible de la priorité, la Régie ne propose ici d'avenues de compromis. C'est à l'étape de la planification structurelle que cette controverse prendra réellement forme, lors du choix des projets et des mandataires, où les enjeux liés à la reconnaissance de l'expertise deviendront centraux.

1.2 L'étape de la planification structurelle : la non-résolution des controverses et les solutions qui se sont imposées

Pour lancer la planification structurelle (mars 1995), la Régie adopte un plan allouant à la Violence faite aux femmes 415 800\$ des 2,7M\$ annuels disponibles pour les nouveaux programmes initiés dans le cadre des priorités et elle en confie la responsabilité à la DSP. Tout comme lors de la planification stratégique, le processus de décision est centralisé au niveau de la Régie (dans ce cas-ci, sa DSP). Au sein du comité de pilotage de la priorité mis sur pied par la DSP pour actualiser ce mandat, outre des professionnels de la DSP, se retrouvent des professionnels des autres directions de la Régie, traditionnellement centrées sur l'organisation des services, dont le soutien aux tables de concertation⁸⁵. Au sein même de ce comité se confronteront donc les tenants des mesures préventives et ceux de la consolidation des services, institutionnels et communautaires. À ce comité, l'intérêt d'associer des partenaires externes à la Régie fut plusieurs fois soulevé, mais on se rallie à la ligne directrice de la DSP en bonne partie à cause de l'échéancier.

⁸⁵ La Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM et la Table de concertation en matière d'agressions à caractère sexuel de la CUM. La participation et le soutien (financement, secrétariat) de la Régie à ces Tables, depuis 1987, ont été interrompus au cours du plan triennal suite à un exercice de rationalisation.

L'approche de planification de la DSP consiste en des consultations bilatérales sur des actions proposées à partir de mesures reconnues efficaces, auprès d'acteurs pressentis pour les réaliser; puis en ajustements conçus de manière à associer ces acteurs à la mise en œuvre (E7). Cependant, dans les faits, certains des acteurs concernés n'ont pas attendu d'être invités pour interpellier la Régie et le comité de pilotage⁸⁶. Une consultation informelle à l'été, sur un plan préliminaire de la DSP, précéda la validation formelle de novembre 1995⁸⁷. Il ne faut pas négliger le fait qu'en même temps que les comités de pilotage de chaque priorité tentent de préparer, quasi en vase clos, un plan de mise en œuvre, la Régie tenait des audiences publiques sur le plan de transformation du réseau où les mêmes acteurs étaient consultés (avril 1995).

Dans cette opération, des acteurs ont souhaité une collaboration plus étroite avec la DSP⁸⁸. Le R-CLSCMM indique apprécier l'ouverture qui leur fut faite en venant valider les hypothèses les concernant; il rappelle à la DSP qu'au-delà de la planification, les projets devront être développés en partenariat et la réclame dans le rôle de coordination. Si plusieurs acteurs expriment le souhait d'être impliqués, aucun n'a réclamé, voire même mentionné, que le plan de mise en œuvre soit le fruit d'un travail concerté, ce qui milite en faveur de la stratégie d'intéressement de la DSP⁸⁹. C'est dire que les rapports entre les acteurs du champ sont tels que ceux-ci sont peu enclins à des négociations multilatérales dont l'issue tiendrait lieu de planification engageant les parties. Ils se positionnent plutôt dans un rôle d'influence et laissent les arbitrages au planificateur (E8).

La DSP, pour sa part, ne cherchait pas en premier lieu à obtenir un consensus parmi les principaux acteurs mais plutôt à mettre en place des actions en prévention - promotion par une stratégie d'appel d'offres à des acteurs ciblés pour devenir des partenaires d'un plan de mise en œuvre qu'elle aurait déterminé (E7). Dans un contexte où de fortes pressions s'exerçaient en faveur de la consolidation des ressources, cette option lui conférait plus de contrôle sur les orientations. Pour

⁸⁶ 1^o Mai 1995: Représentation de Pro-Gam à la période de question du CA de la Régie sur l'urgence de mettre en place des services 24heures/7jours pour hommes violents; et sur la nécessité de services de prévention destinés aux hommes. 2^o Mai 1995: Téléphones répétés de Pro-Gam au coordonnateur du Comité de pilotage pour que la priorité tienne compte des conjoints violents et développe des services 24heures/7jours. 3^o 1^{er} juin 95: Conférence de presse de Pro-Gam à la Régie. 4^o Mai-juin-juillet 95: Rencontres entre le R-CLSCMM (à sa demande) et le Comité de pilotage afin de faire le point sur les services en CLSC et sur les orientations; remise du plan d'action préliminaire. 5^o Juillet 95: Pressions exercées sur le Comité de pilotage pour le financement des services d'urgence en matière d'agressions sexuelles dans les CH désignés. 6^o Mars 95: Rencontre entre la Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM (à sa demande) et la Direction de la Régie sur le plan de transformation du réseau et sur la répartition de l'enveloppe de la priorité entre les différentes mesures (la DSP n'est pas présente à cette rencontre).

⁸⁷ Cette validation a été réalisée auprès des tables de concertation, des deux regroupements de maisons d'hébergement, de Concertation Homme Montréal, du R-CLSCMM; de l'Office des services de garde à l'enfance; du Regroupement des garderies du Montréal métropolitain; de l'organisme Le Québec dit non à la violence; de Tandem Montréal; du Family Violence Council (McGill-SPCUM); du Centre Mariebourg; du CRI-VIFF; de la Fondation Docteur Philippe-Pinel.

⁸⁸ Le R-CLSCMM, les organismes communautaires-hommes, la Table de concertation en matière de violence conjugale de la CUM.

⁸⁹ Les données de l'évaluation de la vraisemblance confirment cette compréhension. Les acteurs refusent d'appuyer une recommandation de planification partenariale en vue de favoriser la concertation et le décloisonnement des services. Ils associent une telle approche à l'imposition du partenariat alors que celui-ci doit être établi sur une base volontaire.

la mise en œuvre des projets, la DSP a opté pour ne pas prendre sur elle de créer et de gérer des partenariats mais plutôt d'en confier la responsabilité aux mandataires.

La stratégie d'intéressement de la DSP rapporte quelques fruits. Lors de la validation, des organismes se positionnent comme mandataires (ex : les deux regroupements de maisons d'hébergement), ou sollicitent d'être collaborateurs (ex : les organismes communautaires-hommes). Si cette stratégie contourne les controverses, elle ne permet pas de mobiliser les acteurs que la DSP souhaite pourtant associer, notamment les établissements du réseau tels les CHCD visés par le dépistage systématique et les établissements scolaires visés dans les programmes éducatifs destinés aux jeunes. En écartant la Table de concertation en violence conjugale de la planification structurelle, elle ne permet pas non plus d'associer les secteurs de la justice et de la sécurité publique, directement concernés par l'amélioration des services recherchée dans les projets de *Sensibilisation / Dépistage (E3)*. Ces acteurs n'auront pas contribué à la conception du plan. Par son approche de négociations bilatérales, la DSP met en place des conditions qui conduiront à la transformation des projets d'organisation des services en projets de formation des intervenants.

Par cette stratégie, la DSP a réussi à positionner définitivement les mesures préventives et à écarter la consolidation des ressources des actions prioritaires, résolvant ainsi la controverse sur le niveau d'action de la priorité. Pour ce faire, la DSP a fait valoir auprès des autres directions de la Régie l'autorité que lui confère son mandat et a appuyé sa position de réserver l'entièreté des 2,7M\$ des priorités aux mesures préventives sur l'importance de mobiliser les acteurs sur des interventions efficaces. Or, consolider des organismes et des établissements n'offre pas de garanties suffisantes en ce sens. Par ailleurs, les coûts projetés dans les plans des comités de pilotage des quatre priorités engageant déjà l'entièreté du budget aux mesures préventives, la DSP recommande plutôt d'utiliser les 13,6M\$ du plan de transformation du réseau pour la consolidation des ressources, notamment dans le domaine de la violence faite aux femmes.

Dans les débats entourant la structuration des projets, deux controverses persistent et leur résolution sera déterminante pour la qualité des projets. Les débats sur la cible et sur la reconnaissance de l'expertise se croisent autour d'une question : Quelle approche, systémique ou féministe, doit être privilégiée dans la formation des intervenants ? Et, question corollaire, qui des femmes victimes ou des conjoints violents, doivent y être considérés?

Une nouvelle controverse naît, cette fois à un niveau plus opérationnel, celui des moyens susceptibles d'améliorer le dépistage et l'intervention dans les établissements publics. Ces moyens doivent-ils se centrer sur l'amélioration des habiletés des intervenants? Doivent-ils aussi viser à améliorer les conditions organisationnelles qui favorisent la mise en place d'un dépistage systématique dans l'ensemble des services d'une organisation?

1.2.1 Évolution des controverses sur la cible et la reconnaissance de l'expertise

S'appuyant d'entrée de jeu sur l'approche écologique, la Régie (sa DSP) avait introduit l'intervention auprès des conjoints violents dans la première problématisation soumise à la consultation, qu'elle avait retirée de la priorité adoptée par son CA, répondant ainsi aux pressions des groupes de femmes. Cette question est à nouveau centrale dans la formulation des projets de *Sensibilisation/Dépistage*. Tout en s'interrogeant sur la latitude dont elle dispose devant la priorité votée, la DSP ne veut pas d'une problématisation réduite. De façon minimale, elle inscrira à son plan de mise en œuvre la formation à l'intervention auprès des enfants témoins. Sous la pression des CLSC et des organismes communautaires-hommes, lors de la validation de ce plan, la formation à l'intervention auprès des conjoints violents sera réintroduite (E4).

♦ *L'argumentaire du Regroupement des CLSC (R-CLSCMM)*

Le R-CLSCMM fait valoir que le travail en amont signifie aussi d'intervenir auprès des agresseurs. Il soutient que cette volonté d'intervenir presque exclusivement auprès des victimes est entièrement valable pour les maisons d'hébergement, mais que leurs établissements reçoivent de plus en plus d'hommes parmi leur clientèle et leurs intervenants réclament des outils de dépistage et d'intervention auprès des conjoints violents. Sans vouloir s'appropriier ce champ d'intervention, puisque des organismes y ont développé une expertise et s'acquittent bien de leur mandat, l'objectif des CLSC est de dépister correctement et de faire une intervention qui permette la référence de façon professionnelle à ces organismes. L'enjeu pour eux est de positionner dans leur réseau les services psychosociaux aux hommes violents et d'accroître leur capacité d'intervention par la formation de leurs intervenants.

♦ *L'argumentaire des organismes communautaires – hommes*

Forts de la reconnaissance par l'État de leur rôle de services auprès des hommes violents (MSSS, 1992c) et de l'importance de la prévention auprès des hommes à risques (MSSS et al., 1995a,b), les organismes communautaires-hommes réclament en premier lieu des services psychosociaux pour les hommes violents dans le réseau de la santé et des services sociaux, au minimum le

dépistage et la référence⁹⁰. Ils obtiennent à cet égard l'appui des CLSC⁹¹ (E9). En ce qui a trait aux projets de formation, ils demandent que les intervenants des CLSC soit formés pour le dépistage et la référence, notamment pour mieux évaluer les risques de suicides et d'homicides chez les conjoints violents, et que leur protocole d'intervention soit révisé en conséquence.

En fait, dans cet arène de l'organisation des services, les organismes communautaires-hommes défendent et justifient le développement des services pour hommes dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ils trouvent critiquable leur absence dans les projets, d'autant que l'orientation principale avancée par la DPS en est une de prévention. Ils remettent en question la vision réductionniste de la problématique et le parti pris en faveur d'une épistémologie (le féminisme) alors qu'à leurs yeux, « *chaque épistémologie a ses limites et qu'il faut donner priorité à une approche plus éclectique qui tienne compte de la complexité de la problématique* » (Correspondance entre DSP et OC-H, consultation sur la planification structurelle, oct-nov. 95). Pour ces organismes, le bien-fondé d'une intervention psychosociale (plutôt que la seule filière judiciaire) auprès des conjoints violents s'appuie sur le fait que la violence conjugale n'est pas un type de criminalité conventionnelle. Le rapport entre une femme violentée et son conjoint est éminemment plus complexe, intime et affectif. Ce qui explique pourquoi les femmes violentées hésitent tant à collaborer pleinement avec le système judiciaire même lorsqu'elles ont fait appel à une intervention de la police.

Cherchant à s'imposer dans le champ et donc à nouer des alliances, ces acteurs souhaitent que la formation soit regardée dans un contexte large d'organisation de services et de collaborations inter-organisationnelles, notamment avec les maisons d'hébergement et les services publics (CLSC), de manière à favoriser la complémentarité. Ils demandent à la Régie une stratégie d'intervention cohérente entre les ressources. Devant ces avancées, les maisons d'hébergement chercheront plutôt à préserver les acquis et montreront peu d'ouverture devant l'idée d'un élargissement du partenariat aux groupes d'hommes, même s'ils ne réclament pas un partage des budgets ou de la responsabilité de la mise en œuvre. Ils demandent de plus à la DSP que la Table de concertation en matière de violence conjugale, où ils sont très actifs, soit mandatée pour remanier les projets en vue d'un appui plus large et consensuel des réseaux impliqués.

⁹⁰ Leurs revendications couvrent un large spectre, de l'ajout de ressources (ligne téléphonique 24h/7j, équipe d'urgence, services préventifs pour hommes en crise, services thérapeutiques) à la promotion de valeurs et comportements non-sexistes.

⁹¹ En mai 1995, la Fédération des CLSC du Québec s'associait à l'Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIHV) pour adresser un communiqué conjoint au Comité interministériel sur la violence conjugale et familiale (qui a produit la politique de 1995), recommandant une ligne téléphonique 24 heures / 7 jours et une équipe d'intervention d'urgence pour hommes en crise. En juin 1995, un communiqué de presse conjoint de la Fédération des CLSC et de Pro-Gam réclamait une ligne téléphonique d'urgence pour les hommes en crise (un tel service existerait depuis près de 20 ans en Ontario).

Les controverses qui animent les acteurs sur la question de la formation se situent, certes, au niveau des théories fondatrices de l'action mais elles sont aussi motivées par des enjeux de gains et de pertes de ressources et de statut. Un premier enjeu est le positionnement des acteurs dans le champ. Là, les CLSC et les maisons d'hébergement se voient en concurrence sur les approches d'intervention et la reconnaissance de l'expertise aux fins de la formation (E10); également pour l'offre de services aux femmes victimes et l'accès aux ressources, avec l'entrée en scène de la nouvelle politique gouvernementale (E11). Par ailleurs, les CLSC, qui n'ont pas en vertu de la récente politique le mandat de développer la gamme complète de l'intervention auprès des hommes violents, voient plutôt des zones de convergence avec les organismes communautaires - hommes, avec lesquels ils partagent une approche commune (l'éclectisme) (E9). Un second enjeu, déjà évoqué, est le contrôle des ressources où les maisons d'hébergement sont en concurrence avec les organismes d'hommes (E12).

Vu leurs idéologies antagoniques et leurs positions sociales historiquement conflictuelles, devant ces controverses, se pose la question de la capacité des acteurs en présence de travailler ensemble pour accroître la qualité de l'aide aux victimes, mais aussi aux agresseurs. Aussi, devant ces intérêts concurrents, la DSP s'interroge sur sa capacité à être mobilisateur et médiateur pour une action concertée et efficace. Ces conflits que montre la planification structurelle et les lacunes qu'ils entraînent sont les mêmes que celles soulevées dans la Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995a), à savoir un manque de coordination entre les différents partenaires concernés par le problème.

Dans le même contexte, la position de la Régie dans son plan de transformation du réseau sera d'inciter ou de contraindre à la coordination. La Régie met de l'avant une proposition de coordination des ressources aux femmes victimes et aux conjoints violents, sur une base sous-régionale (4 sous-régions), où 4 CLSC ont un mandat de coordination (75 000\$ chacun). En même temps, la Régie alloue aux maisons d'hébergement des ressources additionnelles (30 000\$ par organisme) pour les services psychosociaux auprès des femmes, ce qui va dans le sens de leur revendication traditionnelle et de la politique gouvernementale⁹². En limitant dans le futur l'ajout de nouvelles ressources, la Régie croit pouvoir moduler la mobilisation des acteurs en vue de la complémentarité recherchée.

⁹² Jusqu'à la politique de 1995, le MSSS n'a toujours financé les maisons d'hébergement que pour leurs services d'hébergement.

1.2.2 Nouvelle controverse sur les moyens d'assurer un dépistage systématique et une intervention efficace (E13)

Cette controverse met en présence deux positions. Celle qui dit que, pour favoriser le dépistage systématique de la violence conjugale, il faut renforcer les habiletés des intervenants et se doter de politiques organisationnelles claires. C'est la position, à la fois de la DSP et des maisons d'hébergement. Des programmes de formation au dépistage ont certes été dispensés en CLSC, mais sans l'élaboration de politiques d'établissement. Or, l'engagement des gestionnaires est une condition essentielle à la mise sur pied de programmes de dépistage systématique (i.e. dans tous les services d'un établissement) et la DSP considère que cet objectif est encore à atteindre dans les CLSC de la région de Montréal. La DSP cite à l'appui l'expérience du CLSC St-Hubert qui s'est doté, en vue du dépistage systématique de la violence conjugale, d'un plan d'organisation engageant tous les services, assorti d'un protocole. C'est pourquoi le projet mis de l'avant par la DSP comporte la sensibilisation des gestionnaires à l'importance du dépistage systématique et l'établissement de protocoles dans les CLSC participants, préalablement à la formation des intervenants. L'enjeu pour la DSP est de déployer, dans le cadre du plan de mise en œuvre, des projets qui selon elle ont plus de chances de donner des résultats.

L'autre position, celle du Regroupement des CLSC, soutient que le dépistage de la violence conjugale (femmes victimes) est une priorité de leur réseau depuis 1990, qu'ils se sont dotés d'outils et de formation, que l'engagement des directions est acquis dans ce dossier, tout en soutenant que l'adhésion à cette priorité relève de l'autonomie des CLSC et que l'adoption de politiques organisationnelles est une question de régie interne des établissements. Leurs besoins, plus pointus, seraient maintenant ceux de la formation de leurs intervenants à l'intervention auprès des conjoints violents et des enfants témoins.

Cependant, les CLSC ne contestent pas la critique qui leur est faite sur leurs services aux femmes victimes de violence conjugale. Les deux regroupements de maisons d'hébergement soutiennent que les services psychosociaux du réseau public sont inégaux et loin de ce que prévoyait la politique de 1985. Recherches à l'appui, ils soutiennent que le dépistage y est difficile et que les interventions spécifiques à la violence tendent à relever davantage de l'intérêt des intervenants que d'une politique organisationnelle⁹³. Ils ajoutent que seuls les services policiers, les urgences des CH, SOS Violence conjugale et les maisons d'hébergement offrent des services 24 heures/7 jours

⁹³ Ils réfèrent à Breault-Chayer (1992) et Paquet-Deehey (1992) et évoquent les statistiques sur les sources de référence en maisons d'hébergement. Ainsi, de 1986 à 1992, seuls 18% des femmes hébergées en maisons d'hébergement provenaient des CLSC. Ce que conteste la Fédération des CLSC du Québec en alléguant qu'ils réfèrent les femmes à SOS violence conjugale qui voit à les orienter. (Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec & Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1994).

aux femmes, alors que durant les heures ouvrables les CLSC devraient pouvoir répondre aux besoins. Ils font le même constat d'inadéquation en ce qui a trait aux services de soutien et de suivi à plus long terme. Les CLSC justifient ces écarts par le fait que le mandat qui leur fut octroyé par le MSSS en 1985 ne fut pas assorti d'un budget additionnel pour son application. L'enjeu pour eux est ici d'arriver à atteindre des standards de qualité dans leur réseau tout en respectant l'autonomie des établissements.

Devant la position non négociable des CLSC, cette controverse s'est soldée par l'élimination de toute allusion au rôle des directions de CLSC dans la version validée du plan de mise en œuvre. Les projets retenus maintiennent toutefois une consolidation de la formation des intervenants au dépistage et à l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale en CLSC, bien que celle-ci ne figure pas dans les priorités des CLSC; ils comportent une formation en vue du dépistage et de la référence des conjoints violents et une formation à l'intervention auprès des enfants témoins, répondant aux priorités des CLSC.

2 *L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME : UNE FORMATION MORCELÉE ET DÉCONNECTÉE DE L'ORGANISATION DES SERVICES*

De la proposition soumise à la consultation d'avril 1994, à la priorité Violence faite aux femmes adoptée par le CA en décembre 1994, au plan de mise en œuvre obtenu au terme de la planification structurelle, la formulation des solutions a passablement « évolué ». La conception de la violence s'est trouvée plus globalisante et des mesures préventives ont été positionnées⁹⁴. Elles sont complétées par des mesures d'amélioration des services, sous le seul aspect de la formation des intervenants, dans six projets destinés aux intervenants de CLSC, CHCD, maisons d'hébergement, services publics des autres secteurs (E14).

Conséquemment à l'approche de planification (négociations bilatérales) et aux controverses non-résolues, les projets de *Sensibilisation/Dépistage* seront réduits à des projets de formation des intervenants, qui renforceront une approche morcelée et sectorisée de l'aide aux victimes et aux agresseurs. Seuls les CLSC et les organismes communautaires-hommes collaboreront pour la formation en CLSC. Il n'y aura pas d'arrimage devant favoriser une continuité et une complémentarité des options offertes aux femmes entre CHCD, maisons d'hébergement et CLSC (E15). Et, conséquemment au peu de mobilisation des décideurs des établissements publics, le plan consacrera la déconnexion de la formation par rapport à l'organisation des services (E16).

⁹⁴ Développement de conduites pacifistes et non-sexistes chez les jeunes; sécurité des femmes en ville; sensibilisation du public.

À ces projets morcelés de formation, s'ajoutera un projet de politique de « *tolérance zéro* » envers la violence faite aux femmes dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, visant l'engagement des directions en vue de créer des conditions organisationnelles favorables, reprenant ainsi les termes de la planification stratégique de la Régie (1994) en faveur d'un engagement ferme des établissements à « *intervenir chaque fois qu'est présente la violence faite aux femmes* ». Ce projet de concertation inter-établissement, sorte d'utopie dans le contexte, conduirait, selon la DSP, à dégager une philosophie commune en vue d'harmoniser les diverses actions. Cette politique est vue comme une conséquence des projets de formation, plutôt que de concevoir la formation comme une composante d'une politique inter-établissement. Ce projet n'a finalement donné lieu à aucune suite au cours du plan triennal 1995-1998 (E17).

Les six projets de formation adoptés en décembre 1995 ont donc finalement été les suivants :

- ◆ Deux projets sont destinés aux CLSC, l'un consacré au dépistage systématique et à l'intervention auprès des femmes victimes, l'autre à l'intervention auprès des hommes violents. Suite au retrait du volet destiné aux gestionnaires sur le dépistage systématique (dans tous les services), sous les pressions de la porte-parole du dossier violence conjugale au R-CLSCMM, ce projet s'adresse aux seuls intervenants et est axé sur les compétences cliniques. Le mandat de sa réalisation a été confié au CLSC que cette porte-parole dirige.
- ◆ Un projet est consacré à l'intervention auprès des enfants témoins et est destiné aux intervenants des CLSC, centres jeunesse (Centre jeunesse de Montréal et Centre Batshaw) et maisons d'hébergement. Il est axé sur les compétences cliniques et placé sous la responsabilité du Centre Batshaw.
- ◆ Trois projets sont confiés à un mandataire externe aux réseaux concernés, en l'occurrence un comité de maisons d'hébergement, reflet du peu de mobilisation des acteurs. L'un porte sur le dépistage systématique de la violence conjugale en CHCD et comporte la sensibilisation des gestionnaires, l'élaboration de politiques d'établissement, la formation d'au moins un formateur par établissement et le soutien pour l'application du programme. Les deux autres visent la sensibilisation des milieux déjà ou peu sensibilisés à la problématique (justice, sécurité publique, éducation et services de garde).

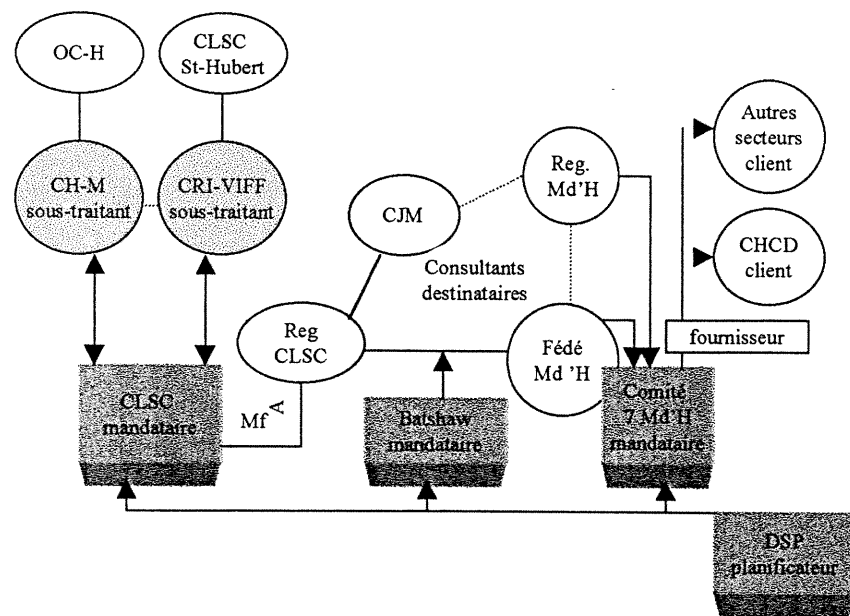
Ce plan correspond donc aux ajustements entre l'appel de propositions fait par l'instance régionale de planification et l'offre faite par les organismes ou regroupements institutionnels et communautaires, à l'issue des consultations et des négociations bilatérales entre la DSP et chaque acteur.

CHAPITRE X
 LE MORCELLEMENT DE L'ACTION :
 L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME :
 DES ARRANGEMENTS PONCTUELS ET RESTREINTS, CONTRÔLÉS PAR LES MANDATAIRES

Suite à l'adoption du plan de mise en œuvre par la DSP en décembre 1995, prennent forme divers arrangements pour la réalisation des projets. La DSP s'assure de la mise en œuvre en désignant des mandataires à qui elle recommande la mise sur pied de groupes de travail formés des différents collaborateurs, mais elle n'est plus l'acteur central de la démarche. Naîtront des arrangements ponctuels et restreints, contrôlés par les mandataires, selon l'esprit de la sectorisation installée aux étapes précédentes et à l'image du fonctionnement technocratique de la DSP (E18). Ils sont mis en place autour de trois acteurs, tel que le montre la figure 3. Le CLSC Olivier-Guimond s'associe deux sous-traitants de façon ponctuelle pour la réalisation des formations; le Centre Batshaw met sur pied un groupe consultatif et ponctuel, formé des destinataires de la formation; le comité de maisons d'hébergement s'associe des consultants sur une base ad hoc pour la validation de son plan.

Figure 3
 Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel des projets *Sensibilisation / Dépistage*



Budget 1995-1998 :	
CLSC -femmes victimes	20 000\$
CLSC -hommes violents	30 000\$
Batshaw -enfants témoins	90 000\$
Md 'H -CHCD +autres	205 000\$

Légende :
 A : autonomie des établissements
 Mf : mobilisation faible
 h

1.1 L'arrangement mis en place par le CLSC mandataire

Afin de déterminer le concept des formations visant ses intervenants, le CLSC mandataire s'associe un expert reconnu du domaine, le CRI-VIFF⁹⁵ (E20), qui organise la consultation auprès du Comité aviseur en matière de violence conjugale et familiale du R-CLSCMM et auprès des intervenants par la tenue de *focus groups*⁹⁶. Il propose un mécanisme permanent de formation, soit la mise sur pied dans chaque CLSC d'une équipe de trois accompagnateurs-conseil qui recevraient les formations et agiraient comme multiplicateurs et soutiens auprès de leurs collègues. Le concept comporte aussi un guide d'intervention, des modalités de supervision et l'identification d'un cadre responsable du dossier de la violence dans chaque CLSC. Ce concept d'accompagnateur-conseil, mis de l'avant par le Comité aviseur formé essentiellement d'intervenants et non de décideurs, apparaît comme une nouvelle fonction en CLSC et comporte une dimension administrative évidente (définition du rôle, conditions d'exercice) dont la définition n'a pas impliqué les directions des CLSC. Le CLSC mandataire du projet n'avait donc pas de mandat du R-CLSCMM pour le déploiement de cette fonction dans leur réseau. Il en va de même du dépistage systématique, qui comporte aussi des dimensions organisationnelles évidentes, qui fut intégré dans la formation et sur lequel n'avaient pas préalablement pris position les directions de CLSC. Par conséquent, les demandes du CLSC mandataire à ses homologues ont été minimales, soit la délégation de trois intervenants et l'identification d'un cadre responsable, sans référence aux conditions organisationnelles. La réponse des 29 CLSC fut positive. Le projet démarre donc avec un engagement faible des directions de CLSC (E19).

Pour la réalisation des formations aux intervenants ayant accepté le rôle d'accompagnateurs – conseil, le CLSC mandataire établit des ententes bilatérales de sous-traitance (E18) avec le CRI-VIFF pour la formation à l'intervention auprès des femmes et avec Concertation Homme-Montréal (CMH) pour l'intervention auprès des hommes (E20). Ces deux protocoles s'appuient sur des principes de réciprocité (reconnaissance mutuelle de l'expertise; transfert réciproque de connaissances). Le protocole avec le CRI-VIFF reconnaît l'analyse féministe comme fondement à l'intervention en matière de violence conjugale et le protocole avec Concertation Homme Montréal (CHM) reconnaît la responsabilité des agresseurs dans la violence conjugale, comme fondement de l'intervention.

⁹⁵ Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, créé en 1992, affilié à l'Université de Montréal, qui regroupe des chercheurs des Universités de Montréal, Laval, McGill, et des praticiens de la Fédération des CLSC et de Relais-femmes.

⁹⁶ Deux « focus groupes » (10 et 13 intervenants) ont été tenus en juin 1996 et ont regroupé des intervenants de 20 des 29 CLSC et de la Clinique communautaire Pointe St-Charles.

Pour réaliser son mandat, le CRI-VIFF s'associe le CLSC St-Hubert (*E20*) pour l'expertise qu'ils ont conjointement développée dans le domaine du dépistage systématique⁹⁷. Il ne s'est associé que marginalement deux maisons d'hébergement⁹⁸, sur l'aspect singulier des particularités ethniques, au même titre que le SARIMM⁹⁹ et le CLSC Côte-des-Neiges. Le CRI-VIFF a de plus agi comme consultant auprès de Concertation Homme Montréal. Seul le protocole avec CHM mentionne un objectif de développement de collaborations efficaces avec les groupes d'aide aux conjoints violents. L'arrangement reconnaît l'expertise universitaire, reconnaît les organismes d'intervention auprès des hommes comme des ressources spécialisées et des lieux d'expertise, et positionne les CLSC comme détenteurs d'une expertise. Il relègue à la marge l'expertise et le rôle du réseau des maisons d'hébergement sur la question du dépistage, de l'intervention et du suivi auprès des femmes victimes de violence conjugale. L'arrangement reconduit et accentue le cloisonnement entre CLSC et maisons d'hébergement (*E21*), alors qu'il pose l'assise de collaborations entre CLSC et organismes-hommes (*E22*).

1.2 L'arrangement mis en place par le Centre Batshaw

Pour réaliser la formation à l'intervention auprès des enfants témoins, le Centre Batshaw met sur pied un groupe consultatif composé des destinataires de la formation, soit des représentants des CLSC, des Centres jeunesse de Montréal et des deux regroupements de maisons d'hébergement. Le mandat de ce groupe en est un d'expertise pour l'élaboration et la validation du contenu¹⁰⁰ et non celui de la gestion partenariale du projet. En marge, le mandataire consulte aussi des experts externes¹⁰¹ pour la validation du plan. Le mandataire dirige donc seul le projet (*E18*), ce qui conduira le Regroupement des maisons d'hébergement de Montréal à en démissionner pour deux motifs : 1^e) le peu de reconnaissance de leur expertise qui se voit notamment dans l'octroi de l'entièreté du financement à Batshaw; et 2^e) l'insuffisance du travail en partenariat dans la définition du contenu, de sorte à répondre aux besoins des différents milieux.

⁹⁷ Le CLSC St-Hubert est engagé depuis 1989 dans l'implantation du dépistage systématique de la violence conjugale dans son établissement. Il s'est associé le CRI-VIFF pour l'élaboration d'un outil de dépistage et pour l'évaluation de la faisabilité du dépistage systématique et son impact sur le CLSC et sur les femmes. Ce projet est reconnu comme une expérience phare actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

⁹⁸ La Maison Flora Tristan et la Maison Réconfort II.

⁹⁹ Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants du Montréal métropolitain.

¹⁰⁰ Trois rencontres du groupe ont été tenues de septembre 1996 à mars 1997 et la validation du plan auprès de chaque membre a été faite par télécopie et téléphone en avril et mai 1997; une rencontre du groupe s'est tenue en juin 1997.

¹⁰¹ Chercheur de l'Université McGill, chercheur affilié au CLSC Côte-des-Neiges, personne-ressource du Children Aid Society.

Bien que le Centre Batshaw ait antérieurement développé un programme d'intervention de groupe auprès des enfants et des adolescents, assorti d'une recherche évaluative, cette démission représente dans les faits une perte importante d'expertise. Il demeure que la pratique auprès des enfants témoins s'est d'abord développée en maisons d'hébergement, interpellées qu'elles sont par le problème depuis plusieurs années en hébergeant les femmes. Le Regroupement des maisons d'hébergement de Montréal est celui des deux regroupements qui a le plus systématisé cette expertise en se donnant un réseau d'intervenantes auprès des enfants témoins¹⁰², et en ce qu'il a déjà dispensé une formation à ses membres et qu'il dispose d'un programme de formation, qu'il a conséquemment refusé de rendre disponible au groupe de travail. Cette expertise est d'ailleurs reconnue dans la politique gouvernementale de 1995 (p. 53). Cependant, cet arrangement vient en quelque sorte désigner le Centre Batshaw comme principal pôle régional d'expertise dans le domaine (E23). Être rémunéré pour dispenser une formation demeure encore, particulièrement pour les organismes communautaires, la forme la plus tangible de reconnaissance de l'expertise.

Seules les maisons membres de la Fédération des ressources d'hébergement participeront à une formation mixte avec les CLSC. Les centres jeunesse (CJM et Batshaw) ont pour leur part opté pour une formation séparée. L'engagement des CJM dans cette formation s'est faite attendre, vu leur contexte de restructuration, et a dû être « encouragée » par la DSP.

1.3 L'arrangement mis en place par le comité de maisons d'hébergement

L'arrangement mis en place ici est celui d'un comité « unipartite » de maisons d'hébergement¹⁰³ (E18) qui offre un programme de formation sur mesure à des établissements publics et services gouvernementaux, en établissant un rapport de fournisseur-client (E24). Sa stratégie d'offre consiste à repérer dans les milieux ciblés des gestionnaires et intervenants-clés que l'on tente d'intéresser au projet. Suite à quoi, une évaluation des besoins est effectuée auprès du répondant de l'établissement. Les conditions de participation sont celles de l'intérêt de l'établissement à améliorer l'intervention dans son milieu et son engagement à dégager un intervenant pour collaborer à titre de co-formateur (condition facultative). Le programme développé par le comité comporte 21 modules conçus pour répondre à la pièce aux besoins de chaque établissement. Ces modules ont été validés auprès de dix intervenantes de maisons d'hébergement, de deux

¹⁰² Le *Rassemblement des intervenantes auprès des jeunes exposés à la violence conjugale* compte sept maisons d'hébergement de la région de Montréal, toutes membre du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale – regroupement de Montréal.

¹⁰³ La Dauphinelle, la Maison Dalauze et la Maison Flora Tristan qui sont membres de la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec – regroupement de Montréal; le Refuge des femmes de l'ouest, la Maison du Réconfort, Multi-femmes, Assistance aux femmes (fiduciaire), qui sont membres du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victime de violence conjugale.

chercheuses de l'Université de Montréal (dont une du CRI-VIFF), d'un intervenant auprès des conjoints violents, et auprès des milieux receveurs¹⁰⁴. Il ne l'a cependant pas été auprès des CLSC, ni des centres jeunesse (CJM ou Batshaw), ni auprès des organismes d'aide aux conjoints violents (seul un intervenant a été consulté). Le comité a obtenu, pour cette formation, qu'elle soit accréditée auprès de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et qu'elle conduise à une attestation de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le produit livré porte donc un sceau de qualité et procure de surcroît des crédits. Ce projet vise à former les intervenants de façon ponctuelle en vue d'accroître leurs capacités cliniques; il n'adopte pas une perspective de formation de multiplicateurs au sein des établissements.

En positionnant les CHCD comme clients plutôt que partenaires, ce projet ne répond pas à l'esprit de la politique de 1995, qui les interpelle au même titre que les CLSC, pour l'instauration d'un dépistage systématique de la violence conjugale. Il ne répond pas non plus à l'esprit de la planification structurelle de la DSP qui visait à s'associer les directions des CHCD pour l'élaboration de politiques d'établissement et la formation de formateurs, afin d'assurer la continuité. Ici, le projet s'éloigne de son mandat pour mieux s'ajuster à la position du mandataire. La désignation d'un mandataire externe au réseau d'établissements visés par le changement ne favorise pas leur engagement ni leur imputabilité (E24). Et les maisons d'hébergement ne disposent en aucune manière de leviers d'influence vis-à-vis les directions de CHCD. Envers les autres secteurs, cette offre de formation se rapproche davantage de l'esprit de la politique de 1995 qui veut que les différents secteurs soient responsables de la modification de leurs propres pratiques et de leur propre formation.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME

Cette sectorisation de la formation donne lieu à deux approches qui reflètent la position stratégique des acteurs. Elles recèlent des conceptions différentes de l'expertise, du développement et du maintien des compétences dans les lieux d'intervention.

Les CLSC, qui conçoivent que chaque réseau doit développer son expertise propre, ont mis de l'avant une approche par multiplicateur, qui s'appuie sur l'expertise déjà présente, cherche à la développer (ex : par la formation plus intensive de quelques intervenants) et favorise sa multiplication en mettant en place une structure qui permette l'exercice du rôle de formateur

¹⁰⁴ Un médecin chef d'une unité de médecine familiale du CHUM; 20 intervenants des CH M.-Rosemont, Notre-Dame et Ste-Justine; 2 de la Société d'habitation du Québec; 5 des Offices municipaux d'habitation; 1 du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration; 1 du ministère de la Sécurité du revenu (Travail-Québec); 8 policiers du SPCUM.

auprès de ses pairs. Cette approche fait en sorte que les établissements puissent s'approprier et maintenir l'expertise par la formation continue. Appliquée à un réseau, elle permet le développement d'une masse critique d'expertise et une parenté de l'intervention d'un établissement à l'autre. Pour que la formule soit efficace, elle requiert l'appui des directions pour l'aménagement des conditions organisationnelles d'exercice. Le mandataire de la formation, interne au réseau d'établissements imputables du changement, se trouve en position d'influence et a un certain pouvoir sur les structures. Il peut donc penser la formation dans une perspective organisationnelle et de continuité (E25).

L'approche des maisons d'hébergement¹⁰⁵, qui en est une d'expert externe, place plutôt leur expertise au centre de la formation de tous les services, de sorte à assurer la complémentarité des interventions. Cette approche consiste à s'associer un intervenant du milieu de sorte à favoriser l'adéquation des contenus et vise la formation des intervenants, ainsi que la sensibilisation des gestionnaires, selon les besoins exprimés par l'établissement. L'expert dispense une formation ponctuelle et met des outils à la disposition des établissements. Il est cependant de la responsabilité de ces derniers de s'assurer du changement de leurs pratiques organisationnelles. Les promotrices soutiennent que de nombreux milieux ne disposent pas d'une expertise de base qui leur permettrait d'agir en multiplicateur et il leur est difficile de s'en constituer une à cause de leur organisation du travail (roulement du personnel, horaires rotatifs). Conçue par un mandataire externe au réseau où le changement est escompté, la continuité de la formation et l'ajustement de l'environnement organisationnel ne sont pas intégrés au modèle (E26).

Sur le terrain, ces deux approches ont donné lieu à deux blocs de projets (Batshaw en est un hybride) sans communication entre eux, pourtant dispensés sur les mêmes thèmes, à des acteurs interpellés par la même politique pour dispenser à une même population des services complémentaires et coordonnés.

Les formations en CLSC étaient concordantes avec les demandes des intervenants (*focus groups*). Quant à celle dispensée par Batshaw, elle fut développée à partir de l'étude des besoins du seul réseau des CLSC, où la concordance fut appréciée positivement. L'évaluation (Poulin et al., 1998b) note que la formation est demeurée standard pour tous les milieux et l'absence de co-formatrice n'a pas permis d'ajustement. En CHCD et autres secteurs, l'ajustement aux besoins est partout la première étape de la formation (E27). Les thèmes abordés dans les formations sont présentés au tableau 4, avec les données de participation et de satisfaction.

¹⁰⁵ C'est une approche semblable qu'a adopté le Centre Batshaw pour la formation en centres jeunesse et maisons d'hébergement.

Tableau 4
Thèmes abordés dans les projets de formation,
participation et satisfaction

PROJETS CLSC		PROJET BATSHAW	PROJET MAISONS D'HÉBERGEMENT
FEMMES VICTIMES DURÉE 4 JOURS	CONJOINTS VIOLENTS DURÉE 5 JOURS	ENFANTS TÉMOINS DURÉE 4 JOURS	TOUTES CIBLES NB SÉANCES SUR MESURE
THÈMES ABORDÉS			
1) Rôle d'accompagnateur-conseil et de formateur en CLSC (dimensions interpersonnelles); 2) intervention féministe et systémique; 3) différences culturelles, eu égard à la violence et à l'intervention; 4) dépistage systématique, qui porte sur l'expérience du CLSC St-Hubert (dimensions organisationnelles plus largement abordées).	1) Complexité de la demande (qui est le client? le tiers référent ou l'homme violent? parle-t-on de demande de changement ou de mesures obligatoires?) et création d'un lien thérapeutique avec le client; 2) évaluation du risque suicidaire et « homicidaire » et contrat de non-agression; effets de la violence et transmission intergénérationnelle des modèles de rôle; 3) défenses du client, motivation et résistances, dans un contexte d'aide contrainte; 4) intervention thérapeutique, conditions du suivi, encadrement des récidives; 5) conditions favorisant la référence auprès d'un organisme spécialisé et règles de la circulation de l'information.	1) Stratégies de dépistage; 2) reconnaissance des symptômes et conséquences de la violence sur l'enfant; 3) évaluation du risque; 4) intervention en situation de crise et à plus long terme; 5) intervention de groupe; 6) utilisation du jeu en intervention.	Sur les 21 modules, 12 sont consacrés à : ♦ formation de base : définition, ampleur, cycle de la violence, conséquences, évaluation des situations de violence, processus judiciaire, prévention, ressources existantes; ♦ intervention dans des contextes multiethniques et destinée aux clientèles particulières. Neuf modules portent sur : ♦ dépistage, ♦ intervention minimale, ♦ suivi individuel, ♦ ressources, et sont consacrés à chacune des 3 clientèles (femmes victimes, enfants témoins, hommes violents).
PARTICIPATION			
⇨ Réalisée de septembre à décembre 1996 en un seul lieu; ⇨ intervenants par CLSC participant; ⇨ 75% des 87 inscrits ont participé aux 4 jours.	⇨ Réalisée de janvier à avril 1997 en 6 sous-régions; ⇨ 93 participants dont 73% avait participé à la formation antérieure sur les femmes victimes.	⇨ La majorité des acc.-conseil sont inscrits; ⇨ difficultés de recrutement auprès des CJM; ⇨ dispensation prévue de janvier à mars 1998.	À la tombée de l'évaluation ^a , 150 h. de formation avait été dispensées à 322 intervenants, dans les milieux suivants : ⇨ des 11 CHCD sollicités (2 avaient signé une entente) ¹⁰⁶ ; ⇨ des 5 ass. prof. sollicités ¹⁰⁷ ; ⇨ des 6 services gov. ciblés ¹⁰⁸ ; ⇨ des 9 cibles judiciaire ¹⁰⁹ .
SATISFACTION			
➤ 75% de satisfaction ; ➤ 50% ont préféré le thème 3; ➤ 50% n'ont pas aimé le thème 1.	➤ 80% de satisfaction.	➤ Non disponible avant la tombée de l'évaluation ^a .	➤ Satisfaction élevée des intervenants : formation concrète, pratique et pertinente pour l'intervention. ➤ Témoignage de satisfaction de gestionnaires envers l'approche sur mesure.
^a La tombée de l'évaluation était à la fin septembre 1997.			

¹⁰⁶ Les hôpitaux engagés sont Ste-Justine, M.-Rosemont, Général de Montréal, Notre-Dame et St-Luc; ceux n'ayant pas répondu sont Sacré-Cœur, Royal-Victoria, L.-H. Lafontaine, Hôtel-Dieu de Montréal, Hôpital pour enfants de Montréal, Urgence-Santé.

¹⁰⁷ Les Associations visées étaient: l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, l'OIIQ, l'Association des médecins de famille du Canada (section Québec), l'Association des urgentologues, l'AMOM. L'évaluation ne dit pas qui a accepté l'offre.

¹⁰⁸ Société d'habitation du Québec; Offices municipaux d'habitation; CSST, section IVAC (indemnisation des victimes d'actes criminels); ministères de l'Immigration et de l'Emploi et de la Solidarité. Travail-Québec n'avait pas donné suite à l'offre.

¹⁰⁹ Le SPCUM, le Service de médiation familiale de Montréal, le Barreau du Québec ont accepté la formation; ceux qui n'avaient pas donné suite à la fin septembre 1997 sont la Sûreté du Québec, la Cour municipale de Montréal, la Cour provinciale du Québec, l'Association des juges du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Association des médiateurs familiaux du Québec.

Aux formation des intervenants en CLSC, la participation a été généralement élevée, de même que la satisfaction (*E28*). La participation, dans une large mesure, des mêmes intervenants aux trois formations est la seule composante organisationnelle du rôle d'accompagnateur – conseil qui fut accomplie. Pour plus de la moitié des répondants, la session consacrée au rôle d'accompagnateur-conseil fut la moins appréciée, parce que trop générale et ne comportant pas d'information précise sur ce rôle au sein des CLSC (Poulin et al., 1998b). Et l'outil devant soutenir les accompagnateurs-conseil dans leur rôle de multiplicateur n'a pu être produit, la subvention demandée au MSSS à cet effet n'ayant été accordée (*E29*).

À la formation dispensée par les maisons d'hébergement, la réponse des établissements atteignait à peine la moitié de ceux ciblés à la tombée de l'évaluation, bien que ce déploiement se soit poursuivi. La satisfaction est là aussi très élevée (*E28*). La composante des co-formateurs, bien que présentée aux établissements comme une condition facultative, fut remplie dans la plupart des cas. En vue de la sensibilisation régulière et continue et du soutien au dépistage systématique en CHCD, une grille d'intervention et un bottin de ressources ont été fournis. Les promotrices avaient prévu un calendrier de rencontres pour favoriser le transfert des connaissances et le suivi de la formation, également la collaboration à l'élaboration de protocoles de référence. Étant donné la fin du projet en mars 1998, d'autres formes de suivi n'ont pu être envisagées. Selon l'esprit du modèle, on note dans un CHCD (Ste-Justine) une retombée, soit le développement d'un protocole de référence et de collaboration interne. Quant aux établissements que visait Batshaw selon la même approche, la formation fut dispensée par la seule ressource du Centre Batshaw, n'ayant pu obtenir des milieux receveurs l'association d'une co-formatrice, conséquence des choix budgétaires du mandataire.

CHAPITRE XI

L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION : LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE

L'évaluation de la priorité a été coordonnée par une professionnelle de l'équipe d'évaluation de la DSP (Poulin et al., 1998a; 1998b). Cette étape a été initiée par la spécification des projets au printemps 1997, tel que le prévoyait le devis d'évaluation. Le recueil et l'analyse des données d'implantation ont été réalisés par les évaluatrices et validés auprès des acteurs. L'évaluation de la vraisemblance a emprunté deux modes : 1°) une approche clinique où l'évaluatrice a soutenu la réflexion critique des acteurs de chaque projet; 2°) une approche plus scénique où tous les acteurs des projets de *Sensibilisation / Dépistage* se sont retrouvés pour un forum de discussion et de réflexion critique sur la question des conditions devant favoriser le dépistage systématique et la concertation inter-organismes, soutenus par une personne-ressource du CRI-VIFF.

1 LA SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION

Les acteurs définissent la logique d'action de leurs projets autour des composantes suivantes : 1°) s'assurer de la participation des intervenants dans les établissements visés; 2°) s'assurer de développer un contenu pertinent et qui réponde aux besoins; 3°) s'assurer que la formation soit dispensée aux intervenants. Pour le projet CLSC, s'ajoutent la mise sur pied dans chaque CLSC d'une équipe d'accompagnateurs-conseil et le développement des compétences de tous les intervenants par le soutien de ces derniers (Poulin et al., 1998a). Dans le jugement porté, les acteurs des trois blocs de projets s'entendent pour dire que ces composantes ont été appropriées pour satisfaire les conditions cliniques (habilitation des intervenants) (E30); qu'elles sont certes nécessaires, mais qu'elles n'ont pas été suffisantes pour assurer les conditions organisationnelles (E31) de l'instauration du dépistage systématique et d'une intervention efficace. Ces constats reflètent aussi l'expérience du CLSC St-Hubert.

1.1 *Le défaut des conditions organisationnelles d'un dépistage systématique et d'une intervention efficace*

Dans le projet CLSC, le bilan est à l'effet que l'engagement initial des directions envers la fonction d'accompagnateur-conseil était insuffisant (E32). La mandataire et porte-parole du dossier au R-CLSCMM soutient que seule une minorité de directions a donné suite à la recommandation du Comité aviseur de former une équipe d'accompagnateurs-conseil dans chaque CLSC, de telle sorte qu' « ...une majorité d'intervenantes ... inscrites (à la) formation ... n'avaient jamais entendu parler de ce(rôle) » (R-CLSCMM, 1997a. p.4). Cela serait typique du peu

d'influence qu'exerce le Comité aviseur auprès des directions de CLSC. Le groupe des accompagnateurs-conseil, nouvellement constitué et qui s'est positionné en acteur par la voie de l'évaluation (E20), demande une définition claire du rôle, sa reconnaissance formelle dans les charges des employés, l'engagement de leur direction envers ce rôle et envers le dépistage systématique; des arrangements organisationnels pour que ce rôle soit intégré dans leur établissement, et dans tous les CLSC. Pour soutenir l'exercice du rôle, ils demandent une formation plus approfondie, des outils pour soutenir leurs collègues, une forme de supervision (E33). Actuellement, note l'évaluation, rien n'est prévu pour l'implantation du rôle dans les établissements et « *il revient à chacun ... de mettre en place des structures favorisant l'échange entre les intervenants et l'équipe locale d'accompagnateurs-conseil* » (Poulin et al., 1998b. p. 82). Et, si l'implantation dans les CLSC d'un protocole d'intervention est souhaitée dans les prochaines années, actuellement « *il revient ... à chacun... de mettre en place ses... (propres) modalités* » (Poulin et al., 1998a. Projet 4.2-4.4. p. 15).

En conséquence, le modèle d'action a été révisé pour inclure des ajustements organisationnels et une systématisation des pratiques d'un CLSC à l'autre. Le plan d'action 1997-2000 du R-CLSCMM (1997b) introduit au chapitre de la formation la mise en place de structures de support professionnel du type équipe d'accompagnateurs-conseil, de supervision à distance ou de recours à un service de contentieux dans les cas litigieux (E34).

Le jugement ne va pas si loin chez les acteurs du projet Batshaw. Pour les CLSC, la formation répondait à un besoin et elle peut, progressivement conduire à l'adaptation des pratiques, mais leur plan d'action 1997-2000 (1997b) ne prévoit aucun suivi. Pour les CJM, il s'agit d'abord d'établir si l'intervention auprès des enfants témoins est de leur mandat. Ils concluent donc à l'ajout au modèle d'une possible mise sur pied, conjointement (CLSC et centres jeunesse), d'une intervention de groupe pour les enfants témoins.

Dans le projet du comité de maisons d'hébergement, si les promotrices¹¹⁰ jugent positivement sa percée auprès des milieux ciblés et l'attribue à leur modèle de formation sur mesure, elles soulignent la limite de son caractère ponctuel tout en indiquant qu'il ne relevait pas de leur mandat d'assurer la mise en place des conditions organisationnelles du dépistage systématique en CHCD. En tant qu'actrices externes, elles ajoutent au modèle deux composantes, l'une qui consiste à dispenser la formation de manière continue, notamment en intensifiant la promotion auprès des gestionnaires, pour rejoindre davantage d'intervenants; l'autre qui consiste en moyens cliniques de

¹¹⁰ Les établissements receveurs n'étaient pas conviés à l'évaluation participative du projet.

suiwi des intervenants formés, telles la consultation et la supervision par une personne-ressource. Elles ajoutent que des politiques internes d'établissement et l'adoption de codes professionnels d'éthique seraient des moyens de renforcer chez les intervenants les attitudes favorables au dépistage. Replacée dans la logique du fournisseur-client, cette révision du modèle d'action consiste en fait à prolonger le contrat de service pour rendre la formation continue et soutenir les intervenants (E35).

1.2 Le peu de pression de la Régie et de la DSP

Les acteurs des projets CLSC et Batshaw, qui ont éprouvé de la difficulté à assurer la participation des décideurs, dénoncent le peu de pression exercée par la Régie et sa DSP auprès des directions d'établissements en faveur de l'application de la politique gouvernementale de 1995. Selon la mandataire du projet CLSC, « *contrairement au maintien à domicile ou (à la) santé mentale, ... la pression vient surtout des médias quand un meurtre conjugal se produit, ou de nos partenaires du milieu communautaire* » (R-CLSCMM, 1997a. p.5). Il en résulte que les directions de CLSC ont peu de compte à rendre sur leur participation à la mise en œuvre de la politique. Les acteurs du projet Batshaw soutiennent qu'il est du mandat de la Régie régionale d'informer les conseils d'administration d'établissements du rôle qui leur revient selon la politique et il est utopique de penser mobiliser les établissements autrement que s'ils sont conviés directement par la Régie. Des pressions des pouvoirs supérieurs, en l'occurrence la Régie régionale, sont donc considérées comme un facteur qui accroît la vraisemblance d'implantation des politiques et programmes dans les établissements publics (E36).

1.3 Les zones de concurrence entre acteurs à l'origine du défaut de considérer les conditions inter-organisationnelles du dépistage et de l'intervention

Les deux modèles de formation, cloisonnés, entraînent au plan de la qualité le défaut de considérer les conditions inter-organisationnelles du dépistage et de l'intervention, soit le développement de réciprocité permettant le maintien et le renouvellement de l'expertise, le développement d'ententes et de protocoles permettant la référence, l'intervention conjointe, la continuité et la complémentarité des interventions. Cela constitue un résultat limité, eu égard à l'intention de la priorité.

Les maisons d'hébergement soutiennent de leur côté qu'« *il faut que (leur) expertise soit au centre (de la formation des différents services)* », puisqu'elles accompagnent les femmes dans leurs démarches auprès de ces services et connaissent leur spécificité. Devant quoi, la porte-parole

des CLSC rétorque qu'il n'y a pas qu'une vision de vraie et que le « *sectarisme* » des maisons d'hébergement explique leur incapacité à travailler ensemble. Selon elle, la condition de base pour être formateur, c'est d'avoir une pratique avec les femmes violentées ou avec les conjoints violents. « *La maison d'hébergement a une vision de la réalité, le CLSC en a une autre, le centre hospitalier un autre, la police aussi. C'est l'ensemble de ces visions qui fait une ressource* ». La vision des victimes qui ne veulent aller en maisons d'hébergement, ce sont les CLSC qui l'ont et qui ont développé une autre façon d'y répondre, soutient-elle (Journée d'évaluation de la vraisemblance, 25 novembre 1997). Du côté des CLSC, on soutient donc plutôt que chaque réseau a une lecture du problème et des solutions selon sa clientèle et son mandat; et que chacun développe une expertise et une intervention qui lui est propre et qui est peu exportable d'un réseau à l'autre.

Dans ce discours de l'expertise non exportable, les CLSC n'ont cependant pas distingué la part de l'expertise plus facilement exportable et qui fait qu'ils affirment par ailleurs avoir été formés grâce à l'expertise des maisons d'hébergement, qu'ils reconnaissent et ont recours avec satisfaction à l'expertise des organismes d'intervention auprès des conjoints violents, ou encore que les maisons d'hébergement dispensent à des établissements publics de différents secteurs un contenu qui semble les satisfaire. Et dans leur discours sur l'expertise unique, les maisons d'hébergement n'ont pas tenu compte de la vision intersectorielle qui veut que chaque secteur, chaque réseau, puisse construire sa propre réponse à partir de l'artillerie des réponses qu'il offre aux situations, en vertu de son mandat. Ce type de développement profite d'une co-fertilisation des expertises, assortie d'un effort d'adaptation, de sorte à assurer leur renouvellement. C'est de cette façon que l'intervention policière s'est modélisée et modernisée, en empruntant à l'expertise des maisons d'hébergement, tout en demeurant une intervention policière.

La révision des modèles d'action n'est donc pas allée jusqu'à inclure les dimensions inter-organisationnelles du dépistage systématique et de l'intervention, conditions qui apparaissent pourtant dans les recommandations de la planification révisée 1998-2001 de la DSP. On y soutient qu'en vue d'assurer la formation continue, les CLSC devront établir des collaborations avec les maisons d'hébergement, les organismes d'intervention auprès des conjoints violents et les centres jeunesse pour développer des mécanismes de suivi et de soutien de leurs intervenants formés. Et pour favoriser la concertation, la DSP recommande que les CLSC soient proactifs en impliquant ces mêmes organismes dans la référence et le suivi auprès des femmes victimes, des conjoints violents et des enfants témoins (E37).

Les faiblesses notées à la solidité des modèles d'action dénotent leur peu d'ancrage dans la réalité. Dans le projet CLSC, la solution mise de l'avant n'est pas endossée, du moins dans ses dimensions organisationnelles, par des acteurs stratégiques que sont les DG; elle ne concorde pas avec la réalité des CLSC qui, bien qu'appartenant à un réseau public de services, n'en sont pas moins des établissements autonomes. Aussi, les acteurs du projet, sa mandataire en tête, ont-ils révisé les a priori sur lesquels ils ont établi leur modèle d'action.

D'abord, ils font une relecture de **l'état des services dans leur réseau**. Devant le plan de la DSP de 1995 qui maintenait la formation au dépistage systématique et à l'intervention auprès des femmes victimes, la mandataire soutenait que leur réseau se situait bien au-delà et que leurs besoins, plus « pointus », se situaient maintenant du côté de l'intervention auprès des conjoints violents et des enfants témoins. Or, dans son bilan du plan d'action 1994-1997 du R-CLSCMM (1997a), la mandataire soutient qu'en présence d'indices, le dépistage des femmes victimes n'est pas encore systématique et que le réseau n'en est qu'à ses «*premiers balbutiements dans l'intervention auprès des agresseurs et à la phase de sensibilisation quant à l'intervention auprès des enfants témoins* » (p. 17). Et les *focus groups* ont indiqué que les intervenants souhaitaient en connaître davantage sur l'expérience du CLSC St-Hubert et souhaitaient la participation d'un cadre de leur établissement à la formation afin qu'il soit en mesure d'influencer la direction (E38). Aussi, reprogramme-t-elle pour 1997-2000 (R-CLSCMM, 1997b) une reprise de l'œuvre de formation au dépistage systématique en rendant disponibles les outils du CLSC St-Hubert. Et pour être mieux en mesure de documenter et défendre leur manière de s'acquitter de leur mandat, les CLSC programment pour 1997-2000 de pallier le manque de données sur leur pratique par des ajustements à leur système d'information.

Les acteurs font aussi une relecture de l'a priori de **l'engagement des directions**. Si, à l'étape de la planification structurelle, la mandataire soutenait que cet engagement était acquis et qu'il n'était pas indiqué de maintenir les actions de sensibilisation qui leur étaient destinées, cette étape a été réintroduite dans le modèle d'action et on retrouve au plan d'action 1997-2000 du R-CLSCMM (1997b) des objectifs en ce sens (E39).

Autre a priori révisé, celui de **l'autonomie des CLSC**. Sans remettre en question le principe de l'autonomie des établissements, le plan d'action 1997-2000 du R-CLSCMM (1997b) propose une série de mesures de nature à «*consolider les pratiques d'un CLSC à l'autre* », soit : se donner un

protocole commun d'intervention; adopter un cadre théorique commun qui tient compte de la réalité de la pratique en CLSC et d'une vision intégrée de la violence conjugale, afin d'éviter que les services soient décousus entre les membres d'une même famille; et surtout, se doter de structures de planification réseau plus efficaces, qui proposeraient des modalités d'implication des CLSC dans les politiques gouvernementales et les priorités régionales (E40).

Quant au projet du comité des maisons d'hébergement, la révision du modèle d'action eu égard à son ancrage dans le contexte et notamment en considérant la politique gouvernementale de 1995 a été principalement faite par la DSP dans son exercice de planification révisée 1998-2001. La réflexion critique du comité mandataire n'a pas abordé la logique du fournisseur-client à la base du modèle d'action, où le fournisseur est mandataire du changement attendu chez le client. Elle n'a pas discuté non plus de la déviation observée par rapport à l'esprit du projet (tel que défini dans la planification structurelle) qui visait à associer les directions de CHCD pour l'élaboration de politiques d'établissement et la formation de formateurs. Une telle révision du modèle aurait pu conduire à placer le Comité dans un rôle de sous-traitant plutôt que de mandataire (E41). Afin de renforcer le rôle des CHCD dans le projet, la DSP recommande, pour 1998-2001, de clarifier les responsabilités du comité mandataire et de la DSP et d'accroître sa propre implication en vue de sensibiliser les gestionnaires et d'établir avec les CHCD des liens propices à la mise en place du dépistage. Elle recommande également d'évaluer les changements dans les pratiques. À défaut d'un arrangement qui engage la responsabilité des CHCD, la DSP cherche à exercer des pressions auprès de leur direction par le contrôle de l'atteinte des résultats (E41).

3 LA FORCE D'ENTRAÎNEMENT DU PROJET

Le seul projet qui ait montré une force d'entraînement est celui en CLSC et ce, à la faveur du bilan critique favorisé par l'évaluation. La nouvelle structure de planification réseau annoncée au Plan d'action 1997-2000 du R-CLSCMM (1997b) traduit cette volonté de créer une instance constituée de cadres (au lieu du Comité aviseur formé de professionnels), qui dispose donc d'un pouvoir accru d'influence auprès des décideurs. Cette nouvelle structure figure comme un mécanisme d'enrôlement des directions dans la mise en œuvre des politiques publiques. Sa logique d'action est celle de l'obligation impartie aux CLSC d'appliquer les politiques gouvernementales et les priorités régionales et de réaliser le mandat qui leur est dévolu. Son effet d'entraînement est présumé (E42).

Par ailleurs, peu de conséquences s'observent au moment de l'évaluation sur le développement de collaborations avec d'autres acteurs du champ. En même temps, le bilan de la mandataire (R-CLSCMM, 1997a) soutient que les chances de succès de l'intervention sont accrues là où les CLSC ont développé des collaborations, évoquant le protocole d'entente avec le SPCUM et les ententes de collaboration avec les organismes d'intervention auprès des conjoints violents. Pourtant, le développement de collaborations avec le réseau des maisons d'hébergement y est encore abordé avec prudence, pour des volets bien circonscrits tels la « *co-animation dans l'intervention de groupe ou le suivi des poupons dont les mères sont hébergées* » (p. 18), tel un perpétuel effort d'appivoisement. Pourtant, les pressions de l'environnement sont de plus en plus manifestes en faveur d'une coopération. Dans son plan de transformation du réseau de 1995, la Régie positionne et finance les CLSC dans le rôle de coordonnateur, sur une base sous-régionale, des ressources institutionnelles et communautaires. Et la politique gouvernementale de 1995 rend les collaborations plus que souhaitables en interpellant CLSC et maisons d'hébergement pour rendre accessibles aux femmes victimes des services psychosociaux et de suivi à plus long terme.

Tableau 5

MATRICE DE LA DYNAMIQUE PROCESSUS – RÉSULTAT DES PROJETS DE SENSIBILISATION / DÉPISTAGE

PARAMÈTRES ANTÉCÉDENTS		PARAMÈTRES DE RÉSULTAT	
Processus de structuration du programme		Qualité	
Planification stratégique et structurelle		Évaluation / planification révisée	
Sociogramme		Planification opérationnelle	
Problématisation / intéressement	Contraverses / convergences	Arrangements inter-organisationnels	Solidité/ ancrage/ viabilité
<p>Planificateur en position d'autorité dans le rôle décisionnel E1</p> <p>Problématisation technocratique E2</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ propriété technique ♦ non mobilisatrice <p>Pas de mobilisation d'acteurs névraïgiques sectoriels (AMOM, CHCD) ni autres secteurs E3</p> <p>Consultations / Valuations bilatérales tiennent lieu de négociation E7</p> <p>Acteurs défavorables à planification partenariale : acteurs rôle d'influence / DSP arbitre E8</p>	<p>Contraverses : Sur la cible et le modèle d'action E4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ position systémique F H E (CLSC + DSP + OC-H) VS ♦ position féministe F E : (OC-F) <p>Sur le niveau d'action E5:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ prévention (DSP) VS ♦ consolidation (OC-F) <p>Sur la reconnaissance de l'expertise-formation E6:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ en CLSC VS ♦ en OC-F <p>Sur conditions org. du dépist.syst. E13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ assurées (CLSC) VS ♦ à développer (DSP + Md'H) <p>Zones de concurrence : CLSC >< OC-F :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ pour expertise (\$\$) aux fins de la formation E10 ♦ pour offre de services aux F E11 <p>OC-F >< OC-H :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ pour contrôle des ressources E12 <p>Zone de convergences : CLSC <> OC-H :</p> <p>sur approche d'intervention, complémentarité expertise et services E9</p>	<p>Arrangements ponctuels et restreints, contrôlés par le mandataire (sous-traitance, groupe consultatif ou unitaire) E18</p> <p>Faible mobilisation des directions CLSC envers acc.-conseil E19</p> <p>Entrée en scène d'acteurs influents: CRI-VIFF + CHM + CLSC St-Hubert + gr. des acc.-conseil E20</p> <p>Non reconnaissance OC-F/ cloisonnement CLSC >< Md'H E21</p> <p>Reconnaissance OC-H /arrimage CLSC <> OC-H : entente de coll. pour continuité / référence E22</p> <p>Non reconnaissance expertise OC-F enfants témoins Md'H << Batshaw E23</p> <p>Arrangement Md'H ↔ CHCD + autres : rapport fournisseur-client ne favorise pas engagement et imputabilité E24</p> <p>Pressions du gr. des acc.-conseil sur les directions de CLSC E33</p>	<p>Solidité du modèle d'action : (+) Satisfait aux conditions cliniques E30</p> <p>(-) Ne satisfait pas aux conditions org. du dépistage syst. et de l'intervention E31</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ faible engagement des DG-CLSC E32 <p>(+) Révision du modèle CLSC E34 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ sens. DG à acc. -conseil ♦ ajustement org. à acc. conseil ♦ systématisation entre CLSC <p>(-) Révision du modèle Md'H E35 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Intensification des services dans le rapport fournisseur-client <p>(-) Peu de pressions de la Régie et DSP pour application politiques publiques E36</p> <p>(-) Ne satisfait pas aux conditions inter-organisationnelles du dépistage sys. et de l'intervention E37</p> <p>Ancrage du modèle d'action : (-) Faible ancrage / révision des a priori projet CLSC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ sur l'état des services CLSC E38 ♦ sur l'engagement des directions E39 ♦ sur l'autonomie des CLSC E40 <p>(-) Faible ancrage projet Md'H dans contexte politique gouv. E41 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ défaut d'arrangement engageant la responsabilité des CHCD ♦ non révision modèle fournisseur-client contrôle des résultats par la DSP
<p>Technogramme</p> <p>Mesures préventives et formation en vue du dépistage syst. et intervention efficace H F E E14</p> <p>Sectorisation de la formation selon gr. d'intérêt E15</p> <p>Déconnexion de la formation prp org. des services E16</p> <p>Politique régionale de tolérance zéro E17</p> <p>Deux approches de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ approche CLSC par multiplicateurs –mandataire interne au réseau, pouvoir d'influence E25 ♦ approche Md'H expert externe -mandataire externe au réseau, peu de pouvoir d'influence E26 <p>Légende : F : femmes victimes; H : hommes violents; E : enfants victimes/témoins; I : institutions; OC-H : Organismes communautaires – hommes; CHM : Concertation-Homme-Montréal; OC-F : Organismes communautaires – femmes; Md'H : maisons d'hébergement; CHCD : centres hospitaliers de courte durée; AMOM : Association des médecins omnipraticiens de Montréal; DG-CLSC : directeurs généraux des CLSC</p>		<p>Implantation du plan</p> <p>Concordance générale des formations avec les besoins des intervenants E27</p> <p>Participation de moyenne à élevée; satisfaction élevée E28</p> <p>Faible implantation conditions org. (outil non produit, implantation inégale des multiplicateurs, pas de protocole) E29</p>	

CHAPITRE XII

LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION

La matrice présentée à la page précédente rassemble, selon la chronologie du processus, les éléments de la structuration de l'action et ses attributs de qualité. Le but de ce chapitre est de proposer une explication de la qualité de l'action, éclairée par l'évolution du processus. Puisque les projets de *Sensibilisation / Dépistage* étudiés concernent l'organisation des services dans le champ de la violence faite aux femmes, c'est sous cet aspect que nous discuterons de leur qualité, et particulièrement sous celui des conditions inter-organisationnelles qui lui font défaut pour assurer cette qualité. Leur principale force, soit leur capacité à développer les compétences cliniques des intervenants, relève du mandat de gestion interne des organisations et intéresse peu notre propos sur le partenariat.

La dynamique de l'organisation des services, en bonne partie façonnée par les acteurs politiques et planificateurs, et dans laquelle se sont développés les projets, nous semble avoir largement déterminé les arrangements inter-organisationnels à l'origine de leurs attributs de qualité. Nous aborderons cette dynamique sous trois aspects. D'abord, au palier central, la tendance des politiques publiques à placer les acteurs en positions antagoniques; puis au palier régional, le manque de vision intersectorielle de la planification stratégique et structurelle; enfin au niveau des établissements, la désignation de mandataires en position d'influence dans les réseaux visés par le changement. La figure 4 à la fin du chapitre illustre les facteurs en cause dans les trois propositions explicatives qui suivent.

1 DES POLITIQUES PUBLIQUES QUI PLACENT LES ACTEURS EN CONCURRENCE

Le contexte créé par les politiques publiques successives dans le champ de la violence faite aux femmes n'apparaît pas favorable à la concertation au moins sur deux fronts, celui du rapport entre l'État et les organismes communautaires, et celui des rapports sociaux hommes/femmes.

D'abord, en ne reconnaissant pas aux fins du financement les services psychosociaux en maisons d'hébergement, alors qu'il les reconnaît dans les énoncés des politiques successives, le MSSS ne favorise pas les partenariats institutionnels-communautaires. Ce fait est à la base des conflits autour de la non-reconnaissance de l'expertise. D'autant que la politique de 1995 interpelle les CLSC pour le développement de l'intervention psychosociale auprès des femmes victimes là où, précisément, le réseau des maisons d'hébergement réclame depuis longtemps la reconnaissance de son expertise et de sa pratique, et le financement qui l'accompagne, au-delà de sa mission

d'hébergement. CLSC et maisons d'hébergement se retrouvent donc en compétition sur le même terrain, celui de l'intervention auprès des femmes victimes, certes pour l'accès aux ressources additionnelles que l'État pourrait y consentir, mais aussi pour la reconnaissance de leur savoir faire auprès des autres acteurs et surtout auprès des femmes, alimentant la controverse sur la proportion de femmes qui acceptent d'aller en maisons d'hébergement (que les données policières estiment à 15%), comme s'il s'agissait d'options exclusives plutôt que complémentaires. Ces conditions découlant des politiques heurtent les revendications traditionnelles du mouvement communautaire en faveur de la reconnaissance de son autonomie et du financement de l'intégralité de ses pratiques, dans ses rapports avec l'État; elles témoignent en cela du peu de vision intersectorielle du MSSS dans l'élaboration des politiques publiques.

Puis sur le front des rapports sociaux hommes / femmes, centraux dans le champ de la violence faite aux femmes, le MSSS tend à exacerber les tensions sociales en voulant développer les services psychosociaux auprès des hommes violents à même les ressources dévolues à l'aide aux victimes. Devant un consensus social à l'effet que la violence conjugale soit reconnue comme un crime (tel qu'en témoignent les politiques successives depuis 1985), le développement, par le secteur de la santé et des services sociaux, de services d'aide aux hommes violents qui ne soient pas explicitement rattachés aux mesures correctionnelles, et donc balisées par le secteur de la justice, se trouve à évacuer le traitement judiciaire normalement accordé aux actes criminels et apparaît inacceptable du point de vue des groupes de femmes. Puis, en voulant aider les hommes avec le même argent que l'on essaie d'aider les femmes, c'est-à-dire en rajoutant des acteurs sans rajouter de ressources, le MSSS place les maisons d'hébergement et les groupes d'hommes, médiateurs du rapport social hommes/femmes dans le champ de l'organisation des services, en concurrence pour l'accès aux ressources. Là où les ressources ne suffisent déjà pas aux besoins des femmes, l'avenue du partage des ressources signifie de vouloir réduire les options sociales offertes aux femmes afin d'accroître celles offertes aux hommes en alternative à la judiciarisation. Ce qui signifie de confondre qui est la victime et qui est l'agresseur, perspective qui est aussi inacceptable du point de vue des groupes de femmes dont la mission est de représenter et de défendre les intérêts des victimes, femmes et enfants.

Dans ce rapport de concurrence, la représentativité intersectorielle restreinte de la configuration des acteurs a entraîné une polarisation autour des approches féministe et systémique, de telle sorte que des acteurs tels les CLSC, qui incarnent les services publics dans la société, se sont positionnés dans les rapports sociaux hommes/femmes en alliés objectifs des groupes d'intervention auprès des hommes violents, à la défense du développement d'options sociales pour

les hommes violents, contribuant à une marginalisation de l'approche féministe dans le champ régional de l'organisation des services.

2 *LE MANQUE DE VISION INTERSECTORIELLE DE LA PLANIFICATION*

Le propre de la problématisation proposée par la Régie et sa DSP a été d'adopter la même approche (technocratique) pour positionner les mesures préventives dans le champ que pour mobiliser les acteurs autour de l'organisation des services. Si cette approche s'est montrée appropriée pour le premier objectif, elle ne l'était point vis-à-vis du second. La DSP a opté pour ne pas recourir à l'instance de concertation intersectorielle existante en vue d'assumer un mandat d'amélioration des services; elle a plutôt opté pour la négociation d'ententes bilatérales de manière à contourner les controverses. Elle venait par là d'évacuer les dimensions inter-organisationnelles et intersectorielles de l'organisation des services et de réduire la problématisation aux seules dimensions intra-organisationnelles, que les acteurs ont à leur tour réduites à la seule question de la formation des intervenants. Les acteurs interpellés ne sont dès lors plus les décideurs mais les intervenants, réduisant d'autant le potentiel de changement sur les dimensions structurelles de l'organisation des services.

Dans la foulée de la construction de la violence conjugale comme problème social, sous l'égide du mouvement féministe, la première réaction sociale instituée au problème est venue du secteur de la santé et des services sociaux, notamment par le financement des maisons d'hébergement (1977), puis par la première politique publique en la matière (1985), suivie de près par la réponse des services judiciaires (1986), ce qui confère au secteur socio-sanitaire un rôle de leader de la réponse institutionnelle et justifie le rôle d'instigateur de la concertation intersectorielle que lui confie la politique de 1995. Or, non seulement la Régie (et sa DSP) n'a pas mobilisé les acteurs de son propre secteur mais elle n'a pas agi en leader de la concertation.

Une coordination de l'action qui adopte une vision intersectorielle aurait cherché à interpeller les acteurs incontournables du champ et à faire cohabiter la diversité des paradigmes d'action. Pourquoi, en effet, la vision systémique devrait-elle avoir raison de tout ? Et pourquoi l'expertise des maisons d'hébergement serait-elle la seule valable pour tous les secteurs d'intervention ? Si la reconnaissance d'une même cible et la complémentarité de leurs actions envers un problème commun est à l'origine du partenariat entre organisations, dans le cas de la violence faite aux femmes, les acteurs en présence étaient divisés sur la question de la cible et sur la question de l'action. Ici, la mobilisation de tiers acteurs, en l'occurrence les secteurs de la justice et de la

sécurité publique, éminemment concernés par l'organisation des services, aurait pu modifier les enjeux et accroître l'intérêt à coopérer. En fait, ces secteurs apparaissent incontournables dans l'organisation des services du fait même que l'État a défini la violence conjugale comme un crime. En conséquence, le secteur de la santé et des services sociaux ne peut définir seul l'intervention auprès des hommes violents. Ainsi, l'option de la judiciarisation aurait été introduite plutôt que le projet n'en demeure un de services sociaux pour hommes violents.

Dans un contexte intersectoriel, la mise de l'avant d'un seul paradigme ne permet pas d'entraîner les acteurs. Il faut voir que, du point de vue des maisons d'hébergement, il n'y a pas d'intérêt à participer à un exercice administratif de la Régie régionale en vue de l'organisation des services si leur vision du problème et des solutions n'y est pas au moins partiellement reconnue. Et la position systémique adoptée tant par la DSP que les CLSC et les groupes d'hommes, qui admet les services d'aide aux hommes violents sans qu'ils soient assortis de mesures correctionnelles, va justement à l'encontre de la vision féministe des maisons d'hébergement. Pour ces précurseurs de la construction sociale du problème, il peut être tout aussi important, dans un tel contexte, de demeurer à l'extérieur de ces mécanismes de façon à maintenir leur pouvoir critique. L'introduction du secteur de la justice et des services policiers aurait ici permis d'élargir la vision du problème et des solutions, elle aurait pu favoriser une re-problématisation aux fins d'un projet d'amélioration des services où les maisons d'hébergement auraient pu mieux se situer. Du point de vue des services judiciaires et policiers, les problèmes auxquels ils font face et que peuvent aider à résoudre les services sociaux et de santé, ce sont précisément les services où référer les femmes (ce qui concerne les maisons d'hébergement, CHCD, CLSC) et les services où la détresse des hommes (pouvant aller jusqu'au suicide) peut être considérée, au-delà des mesures judiciaires (ce qui concerne les CLSC et les groupes d'hommes).

3 DES MANDATAIRES EN POSITION D'INFLUENCE DANS LE RÉSEAU VISÉ PAR LE CHANGEMENT

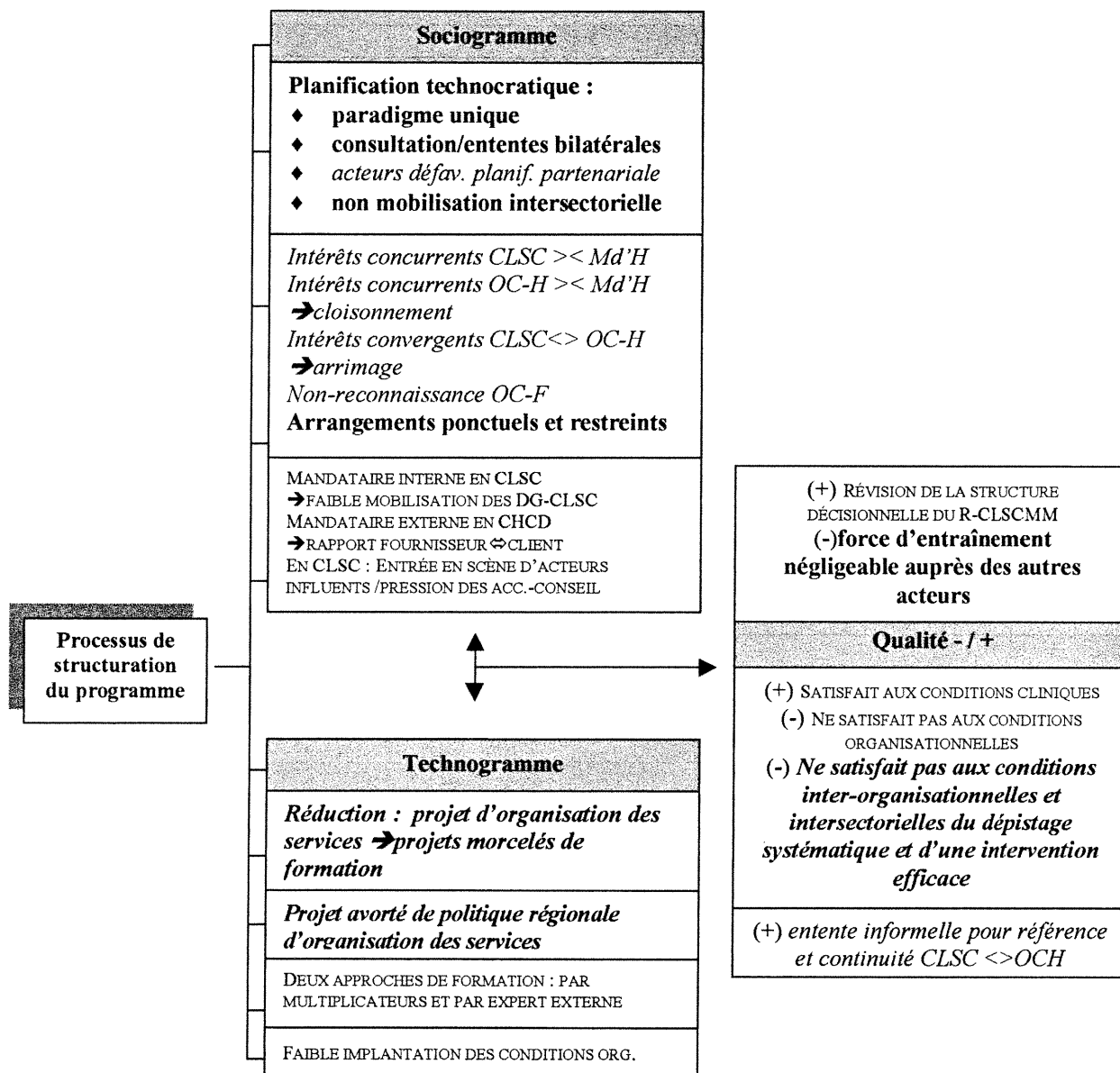
On l'a vu dans la comparaison des deux modèles de formation, la désignation de mandataires en position de pouvoir dans le réseau d'établissements concernés et imputables du changement escompté tend à favoriser (bien que de façon modérée) l'effet d'entraînement auprès des acteurs décisionnels. Le domaine des services publics fonctionne selon cette logique administrative où des lois, politiques ou programmes encadrent les mandats des établissements et où l'engagement des acteurs décisionnels se fait en fonction de leur imputabilité en regard de ces mandats. D'ailleurs, dans tous les projets, on a tablé sur l'imputabilité des établissements envers la mise en œuvre de la politique gouvernementale en faisant appel à l'exercice du rapport d'autorité de la

Régie comme facteur de mobilisation des décideurs. L'expérience montre qu'un arrangement qui sait tirer profit de cette imputabilité a plus de chance de rassembler des conditions de qualité, même si cet effet demeure mince dans le cas étudié.

L'imputabilité envers la mise en œuvre de la politique gouvernementale entraîne la mandataire du projet CLSC, par le concours de l'évaluation, à réviser les a priori de son modèle d'action et à placer au centre d'un modèle reprogrammé pour 1997-2000 des acteurs et des expériences ayant acquis une notoriété dans le domaine. Aussi, sous la pression de la mandataire et du groupe des accompagnateurs-conseil entré en scène à la faveur de l'évaluation, la structure décisionnelle du R-CLSCMM a été remise en cause, entraînant des recommandations dans le sens de prises de position réseau et d'un engagement des directions dans les dossiers où les CLSC ont des comptes à rendre.

Force est d'admettre que la priorité Violence faite aux femmes a été au cours du plan 1995-1998 un enjeu marginal pour les CLSC, devant l'enjeu central du virage ambulatoire dans le contexte de la reconfiguration du réseau, où beaucoup de pressions se sont exercées de toutes parts et où s'est jouée leur carrière d'établissement public. Leur peu d'empressement initial envers le dossier de la violence, sans doute expliqué par l'importance relative de l'enjeu, a entraîné des conséquences négatives importantes sur la qualité du produit.

Figure 4
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité
Projets Sensibilisation / Dépistage



Trois propositions théoriques explicatives des attributs de qualité du programme :

P₁ : Des politiques qui placent les acteurs en concurrence

P₂ : Le manque de vision intersectorielle de la planification

P₃ : DES MANDATAIRES EN POSITION D'INFLUENCE DANS LES RÉSEAUX VISÉS

CAS 2

LE PROJET *INFORMATION DES FEMMES* DE LA PRIORITÉ CANCER DU SEIN

CAS 2 : LE PROJET *INFORMATION DES FEMMES DE LA PRIORITÉ CANCER DU SEIN*

CHAPITRE XIII

LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA PRIORITÉ ET SES ACTEURS

1 LE CONTEXTE

Le cancer du sein est, dans nos sociétés occidentales, une maladie grave, fréquente et pour laquelle il existe un potentiel d'intervention. Ce constat est le leitmotiv de l'émergence des interventions socio-sanitaires préventives dans le domaine (prévention secondaire¹¹¹). La morbidité due au cancer du sein n'a cessé de s'accroître au cours des deux dernières décennies, le taux de femmes atteintes étant passé au Canada, de 1969 à 1996, de 78 à 106,6 par 100 000 femmes (Goggin et al., 1996a); et en considérant l'espérance de vie des femmes qui se situe au-delà de 85 ans, on estime actuellement qu'une femme sur neuf en sera atteinte au cours de sa vie. À plus de 75%, ces cancers se retrouvent chez des femmes de 50 ans et plus. Il s'agit chez les québécoises du cancer le plus fréquent et de la deuxième cause de mortalité par cancer, après le cancer du poumon. Pendant la même période de 25 ans, la mortalité due au cancer du sein est demeuré inchangée, autour de 32 décès par 100 000 femmes, ce qui signifie peu de gain de survie parmi les personnes atteintes au cours de cette période. Au Canada, le cancer du sein est responsable du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues¹¹², parmi tous les cancers féminins.

L'état actuel des connaissances sur les causes ne permet pas d'envisager des mesures visant à prévenir l'apparition du problème. L'enjeu actuel le plus important de ce champ d'action et où les controverses sont les plus vives est d'ailleurs celui de l'importance de la recherche sur les causes environnementales de la maladie (ex : radiations, pesticides, hormones) par rapport à la recherche biomédicale sur le diagnostic et le traitement¹¹³. La question de l'information des femmes sur le dépistage de la maladie se situe donc dans une zone de relatif consensus. L'idée centrale est celle des mesures d'identification précoce de sorte à réduire la mortalité en traitant précocement. À cet égard, le taux de survie dépend de la taille et du stade de développement de la tumeur et donc de la

¹¹¹ La terminologie de la planification socio-sanitaire distingue la prévention primaire, qui cherche à agir sur les causes d'un problème pour en prévenir l'apparition; la prévention secondaire, qui n'empêche pas la survenue d'un problème mais vise à en atténuer les conséquences, tel le dépistage précoce; et la prévention tertiaire qui consiste au traitement et à la réadaptation, soit dans le cas du cancer du sein, l'amélioration des traitements et le soutien des personnes atteintes.

¹¹² Le nombre d'années potentielles de vie perdues est, en épidémiologie, le nombre d'années qu'un individu décédé avant 70 ans n'a pas vécu (généralement exprimé sous la forme d'un taux pour 1 000 sujets).

¹¹³ Ce débat était particulièrement présent au 2^e Congrès mondial sur le cancer du sein (Ottawa, juillet 1999) où on a fait état des enjeux politiques sous-jacents aux choix de recherche et de répartition des budgets (ex : aux États-Unis, l'Institut de santé environnementale, où se font surtout les recherches sur les causes environnementales, dispose de 382 millions contre 15,7 milliards pour l'Institut de la santé) (*La Presse*, 28-30 juillet 1999).

précocité de détection des masses cancéreuses. À ce chapitre, le pronostic est plutôt intéressant. Alors que le taux de survie à 5 ans du cancer du poumon est de 15 à 20%, il est de 73% pour l'ensemble des cancers du sein (incluant les tumeurs plus grosses) et de 95% pour les petites tumeurs (<1cm) détectables seulement par mammographie (s'il n'y a pas envahissement des ganglions) (Goggin et al., 1995). Jusqu'à la fin des années 1970, il y eut peu de dépistage du cancer du sein et la majorité des cas étaient identifiés par les femmes elles-mêmes, souvent à un stade très avancé. « *Des recommandations en matière de dépistage ne sont apparues qu'après la publication des premières études, dans les années 1970, démontrant un bénéfice de la mammographie comme outil de dépistage* » (Goggin et al., 1996a, p.9).

Selon les connaissances actuelles, l'efficacité des programmes de dépistage par mammographie repose sur 3 conditions : que ces programmes ciblent les femmes de 50 à 69 ans; qu'ils atteignent un taux de participation d'au moins 70%; qu'ils répondent à des normes élevées de qualité des mammographies; auxquelles s'ajoutent bien évidemment un diagnostic et un traitement optimal. Dans ces conditions, on peut s'attendre à une réduction de 30 à 40% du taux de mortalité sur une période de 7 à 10 ans.

Voilà, pour l'essentiel, la problématique qui a conduit plusieurs pays occidentaux à se doter de programmes de dépistage systématique du cancer du sein, à commencer par l'Angleterre, en 1988. Au Canada, cinq provinces ont implanté des programmes de dépistage¹¹⁴. Au Québec, c'est la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a) qui marque le coup d'envoi d'une telle mesure préventive, en inscrivant à ses objectifs celui de la réduction de 15% de la mortalité par cancer du sein, pour l'an 2002. Ce qui conduit à l'élaboration et aux travaux de pré-implantation du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (MSSS, 1995c)¹¹⁵.

Le programme québécois propose un partage de responsabilités entre le pallier central et le pallier régional. Il est défini, coordonné et évalué au niveau provincial. Pour permettre son adaptation aux caractéristiques particulières de la population, il sera géré, réalisé et adapté au niveau régional. Le MSSS assume les dimensions de l'accréditation des centres de dépistage, sous la recommandation des régies régionales, et du suivi de la qualité. L'information du public est une

¹¹⁴ La Colombie britannique en 1989, l'Alberta et l'Ontario en 1990, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan en 1991.

¹¹⁵ Le modèle québécois propose un programme de dépistage intégré aux services existants, plutôt que l'implantation de structures parallèles (les expériences d'Angleterre et du Canada montrent des difficultés dans l'implantation de programmes en parallèle). À l'instar de la majorité des programmes, le programme québécois vise un dépistage systématique aux deux ans auprès des femmes de 50-69 ans qui y seront invitées par lettre personnalisée, y auront accès par autoréférence ou sous référence médicale; il vise un dépistage sélectif chez les femmes de moins de 50 ans et de 70 ans et plus, sous référence médicale. Le MSSS prévoit implanter le programme sans un ajout significatif de ressources en misant sur une diminution des mammographies, chez les femmes non ciblées, par une information adéquate (Bernard L. et al., 1995; MSSS, 1995c).

responsabilité partagée. Le plan de communication provincial vise à informer sur le cancer du sein et sur le programme de dépistage, alors que les plans de communication régionaux devront tenir compte des caractéristiques particulières de leur population et faire connaître quand et comment se réalisera le programme provincial.

C'est avec l'objectif de supporter régionalement l'implantation du programme provincial de dépistage systématique par mammographie que prit forme la priorité Cancer du sein, soit pour assurer la mise en place de ses composantes techniques (organisation des services, formation des intervenants) et pour favoriser la participation des femmes, dans une région à forte composition multiethnique et à forte concentration de pauvreté, partant du fait que ces populations ont moins tendance à utiliser de telles mesures préventives. D'où le projet d'*Information des femmes sur le cancer du sein*.

La priorité régionale est donc dépendante du programme provincial, notamment de son calendrier d'implantation qui est soumis à la conclusion d'ententes autour d'enjeux majeurs. Ces enjeux, principalement ceux de la rémunération des radiologistes et de la sélection des centres de radiologie accrédités, sont accentués par le contexte actuel de restriction budgétaire et de réorganisation des centres hospitaliers universitaires. Alors qu'il devait être lancé en 1996, à l'automne 1998 le programme provincial de dépistage démarre lentement. Les négociations avec les radiologistes ont été conclues en décembre 1997 et douze centres de dépistage sont accrédités dans la région montréalaise. Le système d'information devant assurer la gestion du programme est en rodage et présente encore de nombreux problèmes. Le programme n'est donc pas encore en mesure d'accueillir les femmes selon les modalités prévues. Il démarre seulement avec la référence des médecins et l'autoréférence des femmes. De plus, il faut évaluer le gain réel des femmes à être dépistées si le système de soins ne peut leur assurer présentement un traitement sans délai. Dans ce contexte de décroissance ou de croissance zéro des dépenses publiques de santé, plusieurs s'interrogent d'ailleurs sur l'efficacité potentielle d'un programme de dépistage si aucun budget n'est prévu pour soutenir les activités diagnostiques et curatives, là où les délais qui se mesurent parfois en mois peuvent aussi faire toute la différence.

2 LA CONSTITUTION DU RÉSEAU

La structuration de la priorité Cancer du sein présente peu d'enjeux pour les acteurs traditionnels de la prévention – promotion de la santé et du bien-être que sont les CLSC, les organismes communautaires, les différents acteurs intersectoriels. Ce champ d'action est principalement occupé

par les acteurs biomédicaux, spécialistes des technologies du dépistage, du diagnostics et du traitement (radiologistes, chirurgiens, oncologues), et par les spécialistes de la santé publique, médecins et épidémiologistes, qui abordent la maladie selon une approche populationnelle et de prévention secondaire. Seul le volet d'*Information des femmes sur le cancer du sein* intéresse les acteurs de la promotion - prévention.

2.1 Les acteurs institutionnels

En s'appuyant principalement sur les théories et recherches en épidémiologie, les spécialistes de la santé publique du MSSS mettent de l'avant des mesures de dépistage systématique auprès de populations ciblées en fonction de leur profil de risques, là où une réduction significative de la morbidité ou de la mortalité est prévisible, compte tenu de l'efficacité des moyens technologiques disponibles (sont ciblées les femmes de 50 à 69 ans pour une mammographie de dépistage aux deux ans). La DSP, porteuse du programme provincial dans la région montréalaise, est le premier acteur de la priorité. En plus d'endosser pleinement la perspective épidémiologique du programme provincial, en s'appuyant sur les théories de la promotion de la santé et particulièrement sur le modèle écologique, elle élargira la perspective pour mettre l'accent sur une information juste et complète conduisant les femmes à prendre une décision éclairée en ce qui concerne leur santé, quelle que soit leur origine ethnique ou leur condition socioéconomique. Les CLSC, et en premier lieu le CLSC Pierrefonds dans l'ouest de l'île de Montréal qui a pris les devants dans la région pour l'implantation du programme provincial, figureront dans cette priorité comme des acteurs de relais de la DSP au niveau local. L'intérêt des acteurs institutionnels est d'assurer un taux de participation le plus élevé possible des femmes cibles au programme provincial de dépistage, l'objectif annoncé étant de 90%. L'enjeu est pour eux de s'associer des lieux de proximité et d'identité que sont les organismes communautaires et les organismes ethniques comme des relais vers les milieux de pauvreté et les communautés ethniques, réputés plus difficiles à rejoindre. À cause du portrait socio-démographique de la région montréalaise, une définition du problème et des solutions acceptable du point de vue du milieu communautaire et des organismes ethniques constitue un point de passage obligé pour l'atteinte d'un taux de participation des cibles le plus élevé possible.

2.2 Les acteurs communautaires : le Centre de santé des femmes de Montréal

Devant un système traditionnel de santé, érigé en système expert, qui s'appuie essentiellement sur les technologies et la pharmacologie, dans la foulée des grands questionnements féministes des années 1970 sont nés différents regroupements de femmes pour remettre en question le pouvoir

médical, la surmédicalisation croissante (des différentes étapes de leur vie) qu'elles subissent et le sexisme qui prévaut dans les pratiques. Le second acteur d'importance de la priorité, le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM), émane de cette tradition féministe de prise en charge et d'auto-santé. Le CSFM, créé en 1975, fait partie d'un réseau de centres à travers le Québec. Il se définit comme « *un important lieu de défense des droits des femmes, d'intervention et d'expertise développées à l'endroit des femmes /.../ Il se veut un lieu de rassemblement, d'échanges, d'information et de concertation* » (extrait d'une lettre du 13 juillet 95 du CSFM à la DSP). Le CSFM est financé par le SOC (programme de Soutien aux organismes communautaire du MSSS, géré par les régions régionales) et par le Programme de soutien à l'éducation populaire autonome (PSÉPA) du MEQ. Le Centre cherche une prise en charge individuelle et collective de sa santé par les femmes et cherche à concrétiser dans ses luttes les revendications des femmes pour l'obtention de services de santé qui respectent leurs droits. Dans la priorité Cancer du sein, les intervenantes du Centre se reconnaîtront dans la volonté de la DSP de favoriser l'information juste et complète des femmes, mais n'endosseront pas la position du programme provincial qui fait peu de place à l'auto-santé et donc à l'auto-examen des seins comme méthode de dépistage. Leur **intérêt** est d'orienter le développement de la priorité selon la perspective féministe de la santé des femmes, ce qui met **en jeu** la reconnaissance de leur expertise et la valorisation de leur créneau de pratique surtout orienté vers l'image sociale des seins et les pratiques d'auto-santé.

2.3 *Les réseaux*

Inspiré du mouvement féministe, mais aussi de la philosophie des groupes d'entraide, un autre groupe d'acteurs du champ ne peut être passé sous silence à cause de son influence certaine sur le discours médical dominant, bien qu'il ne soit pas directement impliqué dans le projet étudié. Il s'agit des regroupements de femmes atteintes, représentant les intérêts des combattantes du cancer du sein auprès des acteurs médicaux et politiques. Ces regroupements visent à maximiser l'information aux combattantes; à faire valoir leurs besoins; à promouvoir la prise en charge de sa santé et la responsabilisation des femmes sur les questions de leurs droits, du choix et de la qualité des traitements. Ces regroupements soutiennent que devant un système de santé essentiellement tourné vers les technologies, la pharmacologie et les solutions professionnelles, le citoyen se trouve séparé de sa responsabilité à prendre sa santé en main. Leur optique est celle du partage de l'information et de la prise de décisions conjointe dans le cadre de la relation patiente-médecin.

Signe de l'ouverture de la pratique médicale à une approche plus humaniste, l'*Initiative canadienne sur le cancer du sein*¹¹⁶, lancée en 1992 par le Gouvernement fédéral (Santé Canada), favorise l'émergence de projets pilotes d'échange d'information sur le cancer du sein et de réseaux de combattantes dans cinq régions du Canada, dont le Québec. C'est ainsi qu'est né le *Réseau d'échange d'information québécois sur le cancer du sein* (REIQCS) qui vise l'établissement de liens entre les partenaires institutionnels et communautaires concernés dans le but de favoriser la circulation d'information et de coordonner les efforts en matière de cancer du sein. Dirigé par un médecin, son secrétariat est à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Outre les acteurs médicaux et professionnels des institutions publiques, participent aussi à ce réseau des regroupements de femmes atteintes dont ceux nés à la faveur de l'*Initiative* fédérale. Il s'agit du *Réseau provincial du cancer du sein* né en 1995, qui représente les 18 régions socio-sanitaires du Québec, le détachement québécois du *Canadian Breast Cancer Network* (CBCN) formé en 1994. Le REIQCS sera un acteur significatif dans l'évolution du projet étudié, dans le rôle de référent auprès duquel les acteurs iront valider leurs orientations.

2.4 *L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)*

Le dernier acteur de la priorité agit de façon générale envers le réseau de la santé et des services sociaux. Il a été mobilisé par la DSP vu le caractère pluriethnique de la région montréalaise. Cet organisme provincial, né en 1987, se consacre à l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux communautés ethniques. Il est une fédération d'organismes non gouvernementaux à but non lucratif qui offrent des services directs aux personnes issues des communautés ethniques ou fournissent des services d'adaptation et d'intégration aux nouveaux arrivants. Cet organisme tient différentes activités d'information destinées à ses membres, représente les intérêts des communautés ethniques auprès des instances décisionnelles en matière de santé et de services sociaux et réalise des recherches sur l'adéquation de ces services en vue de leur pleine utilisation par les communautés ethniques. Il réalise également des activités de rapprochement entre le réseau public et les communautés ethniques (colloques, séances de consultation) et intervient dans des comités du réseau public. Dans cette priorité, ses **intérêts** sont ceux de l'accessibilité du programme provincial et du programme régional d'information aux femmes des communautés ethniques, par l'adaptation des outils d'information et par la sensibilisation et la formation des intervenants des services publics à la diversité ethno-culturelle. L'**enjeu** pour ACCÉSSS est de se

¹¹⁶ Fonds destiné à la recherche fondamentale, clinique et psychosociale sur le cancer du sein (25M\$ prévus sur 5 ans; 6,5M\$ en 1996). En outre, le fonds accorde un financement à la communication interdisciplinaire et entre les patientes et le corps médical.

positionner en interlocuteur crédible des groupes qu'il défend et d'établir avec les autres acteurs un rapport tel qu'il puisse tirer profit du partenariat pour ces communautés.

Par les acteurs qu'il mobilise, ce projet interpelle donc en premier lieu les rapports sociaux historiques entre le féminisme et le système médical, auquel se combine le rapport institutionnel / communautaire dans le contexte québécois de la reconfiguration du réseau des services de santé et des services sociaux. Secondairement, ce projet interpelle le rapport entre les communautés ethniques et les institutions publiques de leur société d'accueil. Le tableau 6 résume le positionnement des acteurs en présence.

Tableau 6
Intérêts fondamentaux des acteurs du projet
Information des femmes sur le cancer du sein
en fonction de leur position sociale et leur identité

ACTEURS	INTÉRÊTS FONDAMENTAUX /ENJEUX ASSOCIÉS À LA STRUCTURATION DE LA PRIORITÉ	POSITION SOCIALE / IDENTITÉ
MSSS DSP CLSC	Assurer au plan régional le plein déploiement du programme provincial de dépistage du cancer du sein, avec un taux de participation de la population cible le plus élevé possible.	MSSS : Instance étatique : concepteurs /planificateurs des politiques publiques et bailleurs de fonds. DSP : Instance publique de planification socio-sanitaire régionale en prévention – promotion de la santé et du bien-être. CLSC : Organisme public de prestation de services préventifs et curatifs de 1 ^{er} ligne.
CSFM	Positionner la perspective féministe de la santé des femmes dans le développement de la priorité. Assurer le respect et le positionnement de leur expertise et de leur pratique en matière d'information des femmes, d'auto-santé et d'auto-examen des seins.	Organisme communautaire issu du mouvement féministe, promoteur de la responsabilisation face à sa santé et des droits des femmes dans le système de santé dominé par le pouvoir médical.
ACCÉSSS	Favoriser l'accessibilité du programme provincial et du projet régional d'information aux femmes des communautés ethniques.	Organisme de promotion et de défense des droits des communautés ethniques à l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé.

CHAPITRE XIV

UNE AMORCE DE STRUCTURATION DU PROJET *INFORMATION DES FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN* : LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE

À l'étape de la planification stratégique, la proposition Cancer du sein figure, avec d'autres problèmes de santé physique (telles les maladies cardiovasculaires et respiratoires), parmi celles qui n'ont suscité que peu d'intérêt auprès de la population (au 8^e rang du sondage) et des organisations (13^e ou 14^e rang). Seule l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) l'a retenue parmi ses trois premiers choix. Cette priorité résulte donc plutôt d'un choix basé sur l'ampleur et la gravité du problème. Les décideurs¹¹⁷ ont ici considéré le fait que le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez les montréalaises, devançant le cancer du poumon, et les années de vie perdues qui lui sont attribuables sont 50% plus importantes dans la région de Montréal qu'ailleurs au Québec.

Ainsi, dans le cadre de cette consultation en vue d'établir les priorités, peu d'acteurs sont venus proposer une conception différente des problèmes et des solutions. La proposition comportait deux éléments, soit l'information des femmes et la mobilisation des intervenants, puis la mise en place du programme provincial de dépistage. Celle-ci a été enrichie de quelques précisions dans sa version adoptée par le CA en décembre 1994, notamment de veiller à l'accessibilité de l'information aux femmes des communautés ethniques. Dans son document de réaction aux priorités, le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal donne son appui à cette priorité en évoquant un récent colloque où il était mentionné que les cancers affectant les femmes sont l'objet de moins de recherches et d'investissements que les cancers affectant les hommes. Le Regroupement ne manquera toutefois pas de souligner que l'effort pour rejoindre les femmes des milieux défavorisés n'a pas été inclus dans le modèle d'action. Il rappelle à cet égard l'engagement de la Régie envers les groupes défavorisés comme principe directeur de l'exercice des priorités.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME

1.1 La problématisation et l'intéressement des acteurs

Pour rendre opérationnelle l'action prioritaire d'information des femmes, la Régie proposait une collaboration avec le RÉIQCS, sans stratégie plus précise. C'est à l'étape de la planification

¹¹⁷ La Régie et sa DSP s'étaient donné trois critères de choix: 1^o) l'importance d'agir (gravité, ampleur, urgence); 2^o) la capacité d'agir (appui et mobilisation des acteurs, contrôle sur les outils de changement et efficacité des interventions); 3^o) les coûts et la disponibilité des ressources.

structurelle que ce volet a commencé de prendre forme, avec l'intérêt manifesté par certains acteurs. Au travers d'échanges bilatéraux entre le planificateur et ces acteurs pressentis pour être partenaires, s'est amorcée la structuration du projet (*E1, E2a,b,c,d*)¹¹⁸.

C'est ainsi qu'en février 1995 les intervenantes du CSFM faisaient valoir auprès de la DSP leur implication de longue date dans le dépistage du cancer du sein, puis leur intérêt à partager leur expérience avec le milieu institutionnel et à prendre une part active aux stratégies visant la réduction de la mortalité par cancer du sein, objectif qu'elles partagent. Le CSFM se présente comme un organisme complémentaire et différent des institutions publiques, qui joue un rôle de premier plan en santé physique, sexuelle et reproductive. Ses priorités sont les cancers du sein et de l'utérus, la planification des naissances, les MTS et la ménopause. Ses intervenantes soutiennent que les Centres de santé des femmes du Québec mettent l'accent sur une approche globale et multidisciplinaire de la santé des femmes, répondant ainsi à leurs besoins. Ils cherchent à sensibiliser les femmes à l'importance du dépistage précoce, à développer un réseau de multiplicatrices en auto-santé, à transmettre des connaissances objectives, vulgarisées et accessibles, à développer une prise de conscience et à briser le rapport de dépendance des femmes envers le système médical. En matière de cancer du sein, le CSFM offre depuis ses débuts de l'information et des ateliers de formation à l'auto-examen des seins (AES). Le CSFM cherche à modifier l'imaginaire négatif des femmes par rapport à leur corps et leur permettre d'établir leur propre normalité, aussi à ce que les femmes connaissent leur corps et soient capables de faire du dépistage préventif (détecter des masses suspectes). Le CSFM connaît une certaine notoriété dans le domaine : ses ateliers¹¹⁹ sont offerts dans les groupes communautaires, les institutions du réseau et les entreprises privées; il est impliqué au RÉIQCS et participe à une recherche canadienne (subventionnée par SBE Canada), où il a le mandat de répertorier les formateurs de l'AES au Québec (*E2b*).

Vu l'emphase mise par la DSP sur l'intégration d'une approche globale de santé dans le volet information de la priorité, le CSFM trouve là une zone de convergence suffisante avec sa philosophie d'action pour qu'il s'associe au projet. Les deux parties posent l'assise d'un partenariat autour des principes suivants : profiter du déploiement du programme provincial pour inscrire le dépistage du cancer du sein dans une approche globale de promotion de la santé des femmes de 50 ans et plus (avec la possibilité de rejoindre les femmes de 40-49 ans); dans le cadre du programme d'information,

¹¹⁸ Les éléments qui documentent les paramètres de la structuration de l'action et de sa qualité sont rassemblés en une *Matrice de la dynamique processus – résultat*, présentée à la fin de la 4^e partie. Ces éléments portent un numéro afin de faciliter leur repérage.

¹¹⁹ Le Centre de santé des femmes de Montréal publiait en 1986 *L'auto-examen, un geste de santé* aux éditions Remu-ménage.

considérer le dépistage comme un geste de santé s'inscrivant dans une approche plus large qui vise une meilleure connaissance de son corps. L'entente stipule également la possibilité de réaliser une étude des intérêts des femmes afin de définir la teneur d'un programme d'information qui leur soit destiné; puis la possibilité d'influencer les messages qui seront véhiculés auprès des femmes dans le cadre du programme provincial. Voilà donc le cadre idéologique sur lequel s'entendent la DSP et le CSFM, qui tient à la fois de l'approche globale en prévention – promotion de la santé et du bien-être, où notamment l'autonomie des personnes et des groupes est recherchée, et de la perspective féministe de prise en charge de sa santé et de choix éclairé des femmes (E3).

C'est aussi en manifestant son intérêt que le CLSC Pierrefonds, fort d'une priorité locale accordée au cancer du sein, sollicitait la DSP à la fin août 1995 pour être partenaire de la priorité et pour obtenir de la DSP de l'expertise et une aide financière en vue de rejoindre les femmes de son territoire (E2c). L'association du CLSC Pierrefonds au projet n'a pas donné lieu à des considérations idéologiques, celui-ci endossant, tout comme la DSP, la position du programme provincial. Il s'avérait aussi un choix opportun puisque ce territoire de CLSC abrite une large mosaïque ethnique, à l'image de la région montréalaise (E3).

ACCÉSSS fut pour sa part sollicité plus tardivement par la DSP, en fin de 1995, pour contribuer à l'adaptation culturelle du projet d'information des femmes, particulièrement de ses outils de communication. ACCÉSSS se voit aussi une ressource pertinente pour intervenir directement auprès des femmes des communautés ethniques et pour la production et la diffusion d'outils de communication (E2d, E3).

Construite au travers d'un processus de négociations bilatérales entre la DSP et quelques acteurs, la première problématisation du projet positionne d'entrée de jeu les acteurs, leur position sociale, leur vision de la question, leurs intérêts, en même temps que les zones de convergence susceptibles de les rallier et leur permettre de coopérer. Cette problématisation possède un caractère dynamique en ce qu'elle ouvre une mise en mouvement des acteurs autour d'un projet provisoire (E1).

1.2 Les principales controverses et les convergences conduisant à l'action

On l'évoquait précédemment, le volet d'*Information des femmes sur le cancer du sein* nous place devant une problématique principalement dominée par la science médicale et la perspective institutionnelle qui y trouve son fondement, et où les savoirs communautaires ne remettent pas foncièrement en cause l'énoncé du problème et des solutions. Les intervenantes du CSFM s'y

réfèrent pour appuyer le bien fondé des solutions qu'elles mettent de l'avant tout en tirant leurs propres applications eu égard aux pratiques d'auto-santé des femmes. Ainsi, le CSFM s'appuie sur les résultats mêmes de la recherche biomédicale pour donner aux femmes une information juste sur les forces et limites de la mammographie, sur sa capacité à détecter des masses non-palpables, mais aussi sur les faux positifs et les faux négatifs qu'elle entraîne, n'étant pas une méthode parfaite. D'où l'importance pour les femmes de s'auto-examiner et d'apprendre à le faire, du point de vue du CSFM, mais aussi du point de vue institutionnel. Le champ se trouve dominé par une source principale de savoir; les autres sources de savoir, par exemple qui documentent la perspective d'auto-santé et de responsabilisation des femmes à l'égard de leur santé, ne lui étant pas opposées.

Ceci dit, des controverses ont tout de même habité la structuration du projet. Elles ont trait aux fondements théoriques à la base des décisions et à la reconnaissance des savoirs et des pratiques communautaires, en l'occurrence des acquis du féminisme. Ces controverses, ce sont celle de la valeur et de la place de l'auto-examen des seins et celle du rôle des femmes dans le modèle d'action féministe par rapport au modèle de planification de la santé découlant de l'approche épidémiologique. Au-delà des points de ralliement qui sont apparus aux acteurs à l'amorce de leur partenariat, ces préoccupations sont demeurées vives et ont donné lieu à des compromis continuellement renégociés entre les partenaires au cours du projet.

1.2.1 La valeur de l'auto-examen des seins

♦ *La position du programme provincial du MSSS*

S'appuyant sur les recherches effectuées dans le domaine, le programme provincial soutient qu'actuellement, dans un contexte de dépistage systématique, seule la mammographie offre des perspectives encourageantes de réduction de la mortalité et ce, chez les femmes de 50-69 ans (aucun avantage n'est démontré chez les femmes de 49 ans et moins). Par ailleurs, le programme ne comporte aucune mesure de soutien à l'auto-examen des seins (AES) et à l'examen clinique des seins (ECS), puisque leur efficacité n'est pas prouvée dans un contexte de dépistage systématique. Cependant, il ne les écarte pas dans un contexte clinique, reconnaissant leur valeur au plan de la continuité des soins, de l'approche globale et de la prise en charge de sa santé. Aussi, dans son programme le MSSS entend mettre l'accent sur une information honnête, dans un langage simple, incitant les femmes à la prise en charge de soi-même et de sa santé.

♦ *La position de la DSP*

La position de la DPS est plutôt celle de la complémentarité des trois mesures de dépistage, soit la mammographie, l'examen clinique des seins (ECS) et l'auto-examen des seins (AES), en s'appuyant sur l'argumentaire suivant.

D'abord, le recours aux trois moyens de dépistage serait plutôt élevé chez les femmes montréalaises des trois groupes d'âge (40-49, 50-59 et 60-69 ans), selon une enquête réalisée par la DSP (Goggin et al., 1995) qui concorde avec les enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992. Selon ces enquêtes basées sur l'auto-déclaration, les trois quarts des femmes pratiqueraient l'AES, bien que moins de la moitié le pratiqueraient sur une base mensuelle régulière¹²⁰; autour de 90% auraient déjà eu un ECS dont environ la moitié au cours de la dernière année; la proportion de femmes de 40-69 ans ayant subi au moins une mammographie se serait accrue depuis 1987, pour atteindre des niveaux qui dépassent maintenant 80% dans le groupe cible (50-69 ans) et 72% chez les 40-49 ans¹²¹. Toutefois, les données administratives de la RAMQ¹²² suggèrent à la DSP que le taux réel de couverture de la mammographie serait plus bas que les données d'enquête¹²³. Il serait de 31% pour les femmes de 40-49 ans, de 43% chez le groupe des 50-69 ans; de 34% entre 60 et 69 ans, et de 15% chez les 70+ (données de 1992 à 1994). Ainsi, l'objectif de rejoindre 70% de la population cible pour une mammographie de dépistage aux 2 ans ne serait pas encore atteint.

Par ailleurs, si le recours aux trois pratiques de dépistage semble assez élevé, il s'effectue de façon désordonnée et insuffisamment ciblé en fonction de l'âge. De plus, d'une part, les centres de radiologie ne sont pas tous accrédités sur le plan de la qualité et d'autre part, l'ECS et l'AES ne font l'objet d'aucune forme de supervision ou de contrôle. En effet, la plupart des études sur l'AES documentent la fréquence ou la capacité perçue chez les femmes¹²⁴ mais aucune ne documente leur compétence réelle à le pratiquer. Avant la formation, les habiletés rapportées par les femmes elles-mêmes, les habiletés observées par des examinateurs externes ou les capacités des femmes à détecter des masses dans des modèles de silicone sont généralement pauvres. Ces habiletés peuvent cependant être accrues par la formation. Le même constat s'applique pour

¹²⁰ Les femmes de langues maternelles autres que le français et l'anglais seraient moins nombreuses à le pratiquer.

¹²¹ Ce qui montre même un recours inapproprié à la mammographie chez les 40-49 ans étant donné que son efficacité pour réduire la mortalité dans ce groupe d'âge n'est pas démontrée. Cependant, comme les résultats des essais cliniques sont contestés par certaines associations médicales, elles continuent de recommander la mammographie à partir de 40 ans. Aussi, des femmes demandent cet examen et des médecins continuent de le recommander dès 40 ans par prudence (Goggin et al., 1995, p.1).

¹²² Régie de l'assurance maladie du Québec.

¹²³ Cet écart peut être attribué à des biais de désirabilité sociale, de mémoire ou d'échantillonnage.

¹²⁴ Dans l'enquête de Montréal (Goggin et al., 1995), 75% des femmes qui pratiquent l'AES se sentent capables de découvrir des masses ou quelque chose d'anormal dans leurs seins. Cette perception de capacité est moins élevée chez les allophones.

l'ECS. Peu d'études documentent la compétence des professionnels qui le réalisent. Les quelques études sur la compétence des médecins à déceler des masses dans des modèles de silicone ont montré des lacunes importantes dans la pratique.

Bien que les études sur le rapport entre l'AES et la réduction de la mortalité soient contradictoires, un certain consensus¹²⁵ se dégage selon la DSP sur le rôle complémentaire de l'AES par rapport à la mammographie et à l'ECS dans la détection précoce, car environ 10% des cancers du sein ne sont pas visibles sur la mammographie¹²⁶. De plus, l'AES peut permettre de détecter les cancers d'intervalle (entre deux mammographies) et les cancers chez les femmes de moins de 50 ans, non ciblées par la mammographie de dépistage. Il s'agit d'une méthode simple, peu coûteuse, peu envahissante, généralement acceptable par les femmes et intuitivement utile. La DSP soutiendra de plus, à propos du bien fondé de l'AES, qu'avant que la mammographie soit une méthode de dépistage répandue, les cancers étaient dans une large majorité de cas identifiés par la femme elle-même. Avec le recours de plus en plus répandu à la mammographie de dépistage, qui permet de détecter des masses non palpables¹²⁷, on peut toutefois s'attendre à une diminution des cancers détectés par les femmes elles-mêmes et à une diminution des bénéfices de l'AES (E4).

La DSP conclue donc, puisque la pratique des trois moyens de dépistage tend à s'accroître, que le programme régional doit viser non pas à inciter au dépistage, mais que la qualité des actes devienne optimale. Alors que la mammographie (équipement et procédure) fait l'objet d'un examen serré du MSSS, trop peu d'effort est porté sur la qualité de l'ECS et de l'AES. La DSP met ainsi de l'avant dans le programme régional un volet de formation des médecins (non étudié dans cette thèse) qui met l'accent sur la complémentarité des trois méthodes de dépistage, sur l'amélioration de la qualité des ECS (apprentissage sur des modèles de silicone) et sur l'amélioration de leurs compétences sur l'AES. Également un volet d'information des femmes qui met l'accent sur la sensibilisation et l'acceptabilité du dépistage, sur l'utilisation optimale des moyens de dépistage et sur l'amélioration de la capacité des femmes de mieux prendre en charge

¹²⁵ Cependant, deux organismes réputés l'ont exclu de leurs recommandations en raison des évidences trop faibles d'efficacité, le US Preventive Services Task Force et le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (EMP). (On notera ici par contre que le EMP recommande l'ECS). De plus, le Dr Suzan Love dans son ouvrage qui fait école (Love S., Lindsay K. *Dr. Suzan Loves's breast book*. 1995) s'oppose aussi à l'AES comme moyen de dépistage mais elle n'y voit pas d'inconvénient comme moyen de connaissance de son corps (« breast awareness »). Les opposants mettent dans la balance les effets secondaires de l'AES telles une anxiété accrue, la culpabilisation excessive en cas de découverte d'une masse, l'augmentation des interventions et des biopsies pour des masses la plupart du temps bénignes. De plus, ceux qui le préconisent ne s'entendent pas sur l'âge où il serait approprié de le pratiquer soit vers 50 ans, ou beaucoup plus jeune comme moyen de connaissance de son corps.

¹²⁶ Le taux de faux négatifs de la mammographie de dépistage varie de 5 à 15%, selon les études. Pour ces femmes atteintes, le choc à surmonter sera d'autant plus grand lorsque le diagnostic clinique sera posé. Quant au taux de faux positifs, il se situe à environ 6% dans les meilleures conditions. Ce qui peut représenter jusqu'à 15 000 femmes annuellement au Québec à qui on annoncera un résultat positif alors qu'elles ne sont pas atteintes. Ce sont là les aspects négatifs non négligeables d'un programme de dépistage systématique, qui se trouvent largement compensés par les bénéfices escomptés de réduction de la mortalité.

¹²⁷ Le seuil de détection est habituellement de 1 cm, alors que la mammographie peut détecter des lésions à 3 mm.

leur santé. Pour cela, la DSP identifie des conditions intermédiaires qui doivent être rencontrées, notamment des outils et stratégies d'information accessibles aux femmes, quelles que soient leur scolarité ou leur origine ethnique; l'insertion du dépistage dans une perspective globale de santé; une formation adéquate des intervenants pour conseiller les femmes et procéder aux examens (E4).

Cette position de la DSP sur la place complémentaire de l'AES et de l'ECS et l'accent mis sur la qualité de ces actes de dépistage est aussi la position mise de l'avant par le REIQCS dans un numéro qui traite des méthodes de dépistage (vol.1, no1, automne 1995). Des médecins et des épidémiologistes y font le point sur ces questions, en relatant les éléments de controverses liés aux résultats contradictoires des recherches effectuées sur l'efficacité des méthodes à détecter des masses cancéreuses et sur les limites méthodologiques des recherches sur les compétences à l'ECS et l'AES.

♦ *La position du CSFM*

Le CSFM soutient que si aucune étude n'a encore démontré que l'AES peut réduire la mortalité, c'est souvent de cette façon que les femmes découvrent leur maladie (9 fois sur 10). Si les connaissances scientifiques sur le cancer du sein sont encore incomplètes, elles font toutefois ressortir le diagnostic précoce comme principal moyen de réduction de la morbidité et de la mortalité. À ce chapitre, le CSFM se dit convaincu que l'AES est un mode de dépistage tout aussi important que les autres (mammographie et ECS). En plus des femmes à risques, le CSFM cible aussi les plus jeunes pour développer chez elles le réflexe de l'AES. Dans ses ateliers, qui sont assortis d'un suivi après trois et six mois, le Centre aborde les dimensions de l'anatomie, de la physiologie et de la technique de l'AES, afin d'amener les femmes à découvrir leur normalité, à déceler des changements, en suivre l'évolution et juger de la pertinence d'une consultation médicale. Le Centre croit que son approche favorise le développement d'un jugement critique de sorte que les femmes prennent elles-mêmes les décisions concernant leur santé. La position du Centre sera celle du développement de services structurés de dépistage, qui tiennent compte de la couverture du programme provincial, mais qui incluent la formation des femmes à l'AES et des médecins à l'ECS (E4).

Il n'y a donc pas de conflits fondamentaux dans la position des acteurs régionaux, DSP et CSFM, eu égard à la valeur et à la place de l'AES. Dans le cadre du projet, la position rassembleuse sera celle d'une information juste et complète sur les forces et les limites des trois méthodes de dépistage, et d'un enseignement à l'AES offert aux femmes (E5).

1.2.2 Le rôle des femmes dans le modèle d'action

Le modèle de planification de la santé découlant d'une approche épidémiologique est bien représenté par le *Precede-Proceed*¹²⁸ de L. Green & M. Kreuter, à la base du logiciel de planification *Empower* pour la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie. Ce logiciel a été utilisé dans le cadre du projet par le CLSC Pierrefonds, avec la collaboration de la DSP, à titre de terrain d'essai d'une expérimentation menée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). Ce modèle, qui tient d'une épistémologie positiviste, identifie les personnes comme des populations cibles vers lesquelles sont dirigées un ensemble de stratégies dans la perspective d'atteindre un résultat donné. Ce modèle place le professionnel expert au centre des décisions critiques, de sorte qu'il conduit à la formulation d'objectifs comportementaux à atteindre chez les populations visées. Il est alors concevable de formuler des objectifs de modification des croyances et comportements chez les populations cibles et de définir des stratégies de telle sorte à atteindre l'objectif visé, dans ce cas-ci, une réduction de 30 à 40 % de la mortalité.

La différence la plus fondamentale entre cette approche de planification de la santé et l'approche féministe de la santé réside dans la place qu'occupe la population dans le modèle, en l'occurrence les femmes. Dans la perspective féministe, qui tient d'une épistémologie émancipatrice, les femmes sont des sujets actifs, placées au centre du modèle, et ayant droit à une information juste et complète afin de faire un choix éclairé en ce qui concerne leur santé, l'objectif étant précisément ce choix éclairé, sans escompter l'atteinte d'un résultat donné. Les professionnels se situent alors dans un rôle conseil auprès des femmes. Selon cette approche, il n'est pas concevable de formuler un objectif de résultat à atteindre en termes de comportement chez les populations, par exemple un taux de participation à la mammographie de dépistage; le seul objectif de résultat acceptable est celui de l'information juste et complète du plus grand nombre de femmes possible.

Ainsi, dans une perspective féministe, les stratégies sont informationnelles, la notion de prise en charge de sa santé est celle du choix éclairé des femmes et les trois méthodes de dépistage sont

¹²⁸ La base du modèle est le diagnostic social, épidémiologique, comportemental, environnemental, éducationnel, organisationnel, administratif, politique. Partant de là, la théorie de l'action comporte 2 stratégies : l'éducation sanitaire et les politiques, règlements, législations et organisations. Celles-ci permettent d'agir sur un ensemble de facteurs de prédisposition (connaissances, croyances, attitudes, auto-efficacité), de facilitation (habiletés, ressources) et de renforcement (attitudes et comportements de personnes de références), reliés au comportement des personnes ou à leur environnement, eu égard à un comportement de santé qui est la variable terminale du modèle. Pour le dépistage du cancer du sein, *Empower* fixe des objectifs comportementaux pour deux populations, les femmes de 40 à 69 ans et les médecins, puis des objectifs environnementaux. À titre d'exemples d'objectifs comportementaux : 70% des femmes de 50-69 ans passeront une mammographie de dépistage aux 2 ans; au moins 85% des femmes de 40-69 auront des croyances favorables au dépistage par mammographie et autres moyens de dépistage; % de médecins qui recommanderont une mammographie de dépistage aux femmes de 50-69 ans; % qui feront un ECS annuel aux femmes de 40-69 ans. À titre d'exemples d'objectifs environnementaux : il y aura au moins 1 centre de mammographie accrédité accessible sur le territoire; l'enseignement à l'AES sera disponible dans x points de services.

présentées sans être ordonnées. Selon la logique épidémiologique du programme provincial, les stratégies sont informationnelles et incitatives, la notion de prise en charge de sa santé est celle de l'adoption d'attitudes et de comportements préventifs, et on y soutient une hiérarchisation des méthodes de dépistage (E4).

À cette étape de l'évolution du projet, que les acteurs visent au point ultime du programme un taux élevé de participation des femmes du groupe cible à la mammographie de dépistage, comme c'est le cas de la DSP et du CLSC Pierrefonds, ou bien qu'ils visent une information juste et complète de sorte que les femmes prennent une décision éclairée sur la santé de leurs seins et en l'occurrence sur la mammographie de dépistage, comme c'est le cas du CSFM, le compromis acceptable pour tous est celui des objectifs intermédiaires d'information juste et complète auprès des femmes. Ce sera là le point de ralliement des acteurs (E5).

2 *L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME :* *LA NAISSANCE D'UN PROGRAMME D'INFORMATION DES FEMMES À COULEUR RÉGIONALE*

Aux côtés de la mise en place du programme provincial de dépistage par mammographie, qui comporte un plan de communication de masse et une invitation personnalisée faite aux femmes (lettre au 50e anniversaire et suivants, aux deux ans), naît un programme régional d'information des femmes. Ce programme veut correspondre aux particularités socio-démographiques de la région montréalaise et donc, être en mesure de rejoindre les femmes des communautés ethniques et des milieux socio-économiquement défavorisés. Ce programme veut également intégrer l'information sur le cancer du sein dans une approche globale de santé de telle sorte à accroître sa recevabilité auprès des femmes. Pour être en mesure de rejoindre ces femmes, l'instigateur (la DSP) met de l'avant une approche mettant à contribution le réseau communautaire, d'autant qu'il faut penser à la « prise en charge par le milieu » pour assurer la continuité du programme d'information au-delà de la période subventionnée.

L'association d'un acteur communautaire régional, le CSFM, traditionnellement engagé envers la santé des femmes, donne forme à la perspective globale de santé des femmes souhaitée par l'instigateur. Cette association conduit de plus le programme à se développer selon la perspective féministe de la santé des femmes, de telle sorte qu'au-delà des intentions, la responsabilisation des femmes face à leur santé soit réellement mise en avant plan. L'association d'un acteur régional particulièrement pertinent eu égard aux communautés ethniques, ACCÉSSS, fait aussi dans le programme une place concrète à la dimension socioculturelle de la santé des femmes et de la santé des seins (E6).

Suite à ces négociations préliminaires avec les trois acteurs intéressés, la DSP déposera à la fin de 1995 un plan de mise en œuvre de la priorité qu'elle aura pris soin de valider auprès du RÉIQCS. Ce plan comporte, pour l'action prioritaire d'information des femmes¹²⁹, un programme en trois volets confiés respectivement aux trois acteurs recrutés, avec des indications de collaboration. Il s'agit d'un programme communautaire d'information auprès des femmes 40 à 69, incluant le démarchage auprès de différentes communautés d'appartenance. Le résultat visé est que ces femmes soient informées et capables de prendre en charge leur santé en ce qui a trait aux maladies du sein, quelles que soient leur origine ethnique ou leur condition socio-économique. **Le premier volet**, confié au CSFM, vise le réseau des organismes communautaires de femmes. Le mandat est de développer un contenu informatif sur la santé des femmes, incluant la prévention du cancer du sein, et de s'associer la collaboration de ces organismes pour la formation de multiplicatrices et la réalisation d'activités d'information sur le terrain. **Le second volet**, confié au CLSC Pierrefonds, comporte aussi un mandat large d'intervention de première ligne sur la santé des femmes et la prévention du cancer du sein. Il vise le réseau des CLSC et consiste à mettre au point une approche d'intervention locale en CLSC et à développer des ententes de collaboration avec au moins huit CLSC pour son déploiement. **Le troisième volet**, confié à ACCÉSSS, comporte un mandat d'étude des besoins spécifiques aux femmes des communautés ethniques et aux femmes sous-scolarisées¹³⁰, d'adaptation des stratégies et outils d'information en fonction de ces besoins, et de production et diffusion de l'information auprès des communautés ethniques. Dans ce plan, la DSP se voit très impliquée, s'attribuant des mandats de négociation des collaborations avec les organismes communautaires ou avec les CLSC pour la diffusion. L'interface entre ces trois mandats prend la forme de collaborations entre les acteurs et on ne parle pas à ce moment d'un partenariat autour d'un projet commun.

¹²⁹ Le plan de mise en œuvre de la priorité comporte aussi un programme de formation des omnipraticiens et gynécologues, des infirmières cliniciennes et des autres professionnels concernés tels les radiologistes et les technologues. Y figurent aussi la mise en place du programme provincial et une dernière composante, le soutien à la recherche sur les déterminants de la maladie, son dépistage et l'organisation des services. Ces programmes ne sont pas étudiés dans le cadre de cette thèse.

¹³⁰ Il était question à ce moment de confier cette portion du mandat à l'Institut canadien d'éducation des adultes.

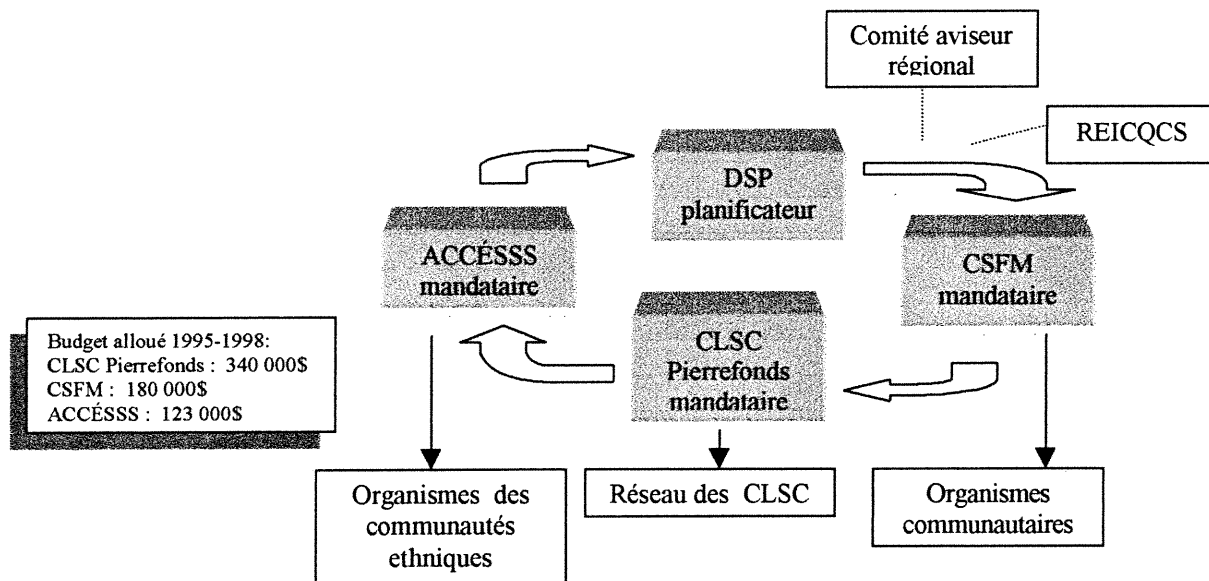
CHAPITRE XV

LA FORME CONCRÈTE DU PROJET D'INFORMATION DES FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN : L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME : L'ARRANGEMENT INTER-ORGANISATIONNEL MIS EN PLACE

À la fin de ses travaux, le comité de pilotage mis sur pied par la DSP pour la structuration de la priorité prévoyait trois équipes-projet, une par volet défini avec chaque partenaire identifié, qui établiraient entre elles des collaborations. C'est ce que stipulent les contrats liant les mandataires à la DSP (E7). Cependant, il est vite devenu évident aux trois chargé(e)s de projet à la DSP qu'une large zone commune existait entre ces trois projets et qu'il était indiqué de constituer une seule équipe. La volonté de partenariat est donc venue d'abord de la DSP. Il est vite apparu aussi aux partenaires que leurs mandats respectifs se partageaient un but commun et de nombreuses similitudes, militant en faveur d'une intégration de la démarche. Ce qui fut fait. L'équipe de la DSP et les trois partenaires ont donc convenu de constituer une seule équipe de travail où chacun conserverait son mandat, tel que le montre la figure 5 suivante¹³¹ (E8).

Figure 5
Diagramme de l'arrangement interorganisationnel du projet
Information des femmes sur le cancer du sein



¹³¹ Pour 1995-1998, des 643 000\$ alloués, davantage de ressources ont été allouées par la DSP au CLSC Pierrefonds (340 000\$) qu'aux deux autres partenaires réunis (180 000\$ au CSFM et 123 000\$ à ACCESSS). Ce déséquilibre a été compensé, dans le cas du CSFM, par les ressources provenant de la ré-allocation conséquente à l'exercice de transformation du réseau. Des 200 000\$ réalloués, que 20 000\$ ont été dirigés vers le CLSC Pierrefonds. Les données ne montrent aucune trace de discussions ou de différends entre les partenaires sur cette distribution des ressources, eu égard à l'ampleur de leur mandat respectif.

Suite aux premières réunions de l'équipe des partenaires, il leur est apparu nécessaire de réaliser conjointement l'étude de besoins, une étape préalable de connaissance des intérêts des femmes en vue d'élaborer un contenu et des stratégies qui leur conviennent. Cette étude s'est avérée être aussi un premier projet commun, bien circonscrit, mobilisateur, et donc une démarche de connaissance mutuelle et de construction du partenariat (E10).

Il leur est aussi apparu nécessaire d'établir des bases de respect mutuel et de reconnaissance des différentes approches (E9) et de se donner des lieux d'échange et de formation mutuelle¹³² (E10) afin d'être en mesure de véhiculer auprès du public des messages cohérents notamment autour des sujets à controverse, telles la place à donner à l'AES compte tenu des controverses scientifiques à son sujet; ou bien la place de la santé globale des femmes, et donc de l'objectif d'amélioration de la santé et du bien-être des femmes de 40-69 ans par rapport à l'objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au cancer du sein; ou encore la philosophie à la base des outils de communication, soit une pédagogie plus didactique qui livre le savoir en épargnant les débats, ou une pédagogie axée sur la réflexion et l'autonomie de pensée, en mettant l'accent sur la genèse du savoir avec les débats qu'elle comporte.

L'équilibre du pouvoir que les acteurs ont réussi à établir au travers de la résolution de leurs controverses, pour le CSFM en faisant valoir son point de vue critique et sa pratique alternative reconnue, et pour la DSP en recherchant des compromis dans son effort de coordination, caractérise le partenariat établi (E12).

1.1 Un partenariat qui fait place à la cohabitation des paradigmes d'action

Les partenaires ont commencé leur travail par une appropriation collective et une ré-interprétation de leur mandat, autour d'éléments cruciaux (E11):

- le territoire du projet est celui de la Régie régionale, soit l'île de Montréal;
- le groupe d'âge retenu, dans une perspective préventive, est celui visé par le dépistage systématique (50-69 ans) et le dépistage sélectif (40-49 ans) du programme provincial, les outils devant donc être adaptés à cette tranche d'âge;
- l'objectif premier est la lutte au cancer du sein, qui sera abordée dans la perspective plus globale de la santé des femmes;

¹³² Les ateliers de formation ont presque tous été réalisés au cours de la première année de vie du partenariat. D'avril à juin 1996, les méthodes de dépistage du cancer du sein (par la DSP); l'impact des différences culturelles dans les soins de santé (par ACCÉSSS). De juillet à décembre 1996, la planification locale d'un programme sur le cancer du sein avec le logiciel *Empower* (par le CLSC Pierrefonds et la DSP); le partenariat (2 ateliers par le CSFM); l'approche féministe (par le CSFM). De janvier à décembre 1997 : les facteurs environnementaux et le cancer du sein (par la DSP).

- un objectif intermédiaire est l'adaptation des outils de telle sorte à rejoindre les femmes, quelque soit leur origine sociale, leur niveau d'éducation et leur origine ethnique;
- le second objectif est de déterminer l'importance relative des divers problèmes de santé des femmes, partant de l'étude de leurs besoins.

Le second objectif représente un compromis afin de déterminer la part du projet d'information à être accordée à l'une ou l'autre de deux perspectives : celle de la DSP qui se centre sur le cancer du sein abordé selon une approche globale de santé, c'est-à-dire qui tient compte des dimensions sociales, émotives, physiques de la santé des seins; celle du CSFM, plus large, qui cherche à inclure la santé des seins parmi un ensemble d'autres préoccupations de santé des femmes (E13). L'étude de besoins (à l'aide de *focus group*) permettra d'ordonner différentes préoccupations de santé des femmes à cette étape de leur vie. Ce compromis est le reflet d'un certain équilibre dans le rapport de pouvoir atteint entre les acteurs institutionnels et communautaires - féministes du projet (E12).

Cette résolution pragmatique de la question de l'approche globale passe à côté des différences de fond entre la perspective féministe et la perspective de la santé publique. Selon la perspective féministe, l'approche globale vise d'abord à placer la santé des femmes, et en l'occurrence la santé des seins, dans le contexte des rapports socio-historiques entre les hommes et les femmes, du contrôle des hommes et particulièrement du contrôle biomédical (dominé par des hommes) sur le corps des femmes. L'approche féministe encourage les femmes à développer une certaine autonomie en ce qui a trait à leur corps, à se questionner face à la médicalisation de plusieurs étapes de leur vie, à choisir et non à subir ce qu'elles vivront dans le système médical. D'où la très grande importance accordée, dans les outils de communication du CSFM, à l'image sociale des seins, à l'auto-santé et au choix libre et éclairé des femmes face au système de santé.

Quant à la perspective de santé publique, elle s'appuie sur le modèle écologique où le caractère global correspond à la prise en compte d'un ensemble de déterminants de l'état de santé et de bien-être, à des niveaux différents de l'organisation sociale, de telle sorte à développer des stratégies susceptibles de s'adresser à ces déterminants. Son optique est d'insérer le programme provincial dans une approche globale de santé, « *tenant compte des besoins des femmes, des ressources (des) partenaires et du souci de minimiser les impacts négatifs du dépistage avec une approche trop mécaniste des opérations* » (DSP, 1996 (novembre), p. 36). Ainsi, au niveau de l'individu, on cherchera à agir sur les connaissances et attitudes envers la prévention; au niveau des milieux de vie, on cherchera à agir sur les principales barrières au dépistage, notamment socioculturelles; au niveau du système de santé, on visera la formation des intervenants et l'organisation régionale des services avec des mesures

d'assurance de la qualité; enfin, au niveau de la société, l'intervention est celle du soutien financier et organisationnel du MSSS au programme de dépistage.

En fait, ces deux visions d'une approche globale de santé ont peu en commun, si ce n'est de tenir compte des particularités socioculturelles dans l'information que l'on veut juste et complète, dispensée aux femmes. Elles sont profondément marquées par leur paradigme fondateur, tel qu'il est apparu aux partenaires d'entrée de jeu sur la question de la place des femmes dans le modèle d'action. Le terrain d'entente qui finira par émerger est celui du respect mutuel et de l'éclectisme, au-delà du consensus établi sur les informations de base à être diffusées, plutôt que celui de la recherche à tout prix d'une position commune fondamentale, qui ne peut conduire qu'à la mise à l'écart d'une perspective lorsque l'on est placé devant des systèmes de pensée qui s'opposent fondamentalement (E13).

Ce partenariat se construit donc sur la reconnaissance des savoirs communautaires, au même titre que les savoirs institutionnels, malgré le déséquilibre traditionnel des pouvoirs entre ces milieux, notamment la disproportion des moyens dont chacun dispose pour développer ce savoir. Alors que l'institutionnel fonde son savoir essentiellement sur la recherche appuyée d'un financement considérable, le savoir communautaire s'appuie surtout sur sa pratique et sur ses idéologies fondatrices, tel qu'en témoigne la discussion sur la valeur de l'AES (E13).

1.2 *Un partenariat qui respecte l'autonomie des partenaires*

Tel qu'en témoigne la résolution des controverses, les partenaires s'entendent sur un mode de fonctionnement autonome où ils établissent un consensus sur un ensemble d'éléments de base essentiels à leur projet commun (les informations à véhiculer, la population à rejoindre); où ils sont autonomes dans la réalisation de leur mandat, sur la base d'un principe de respect mutuel; et où ils partagent les responsabilités et les tâches qui leur sont communes. Ils s'entendent pour que la coordination soit assumée par la DSP (E11).

Le degré d'intégration de l'action des partenaires variera en fonction des étapes et des tâches. Il fut très poussé à l'étape de l'étude de besoins¹³³. Le recrutement pour les *focus groups*, la conception du canevas d'entrevue et l'animation des rencontres sont œuvre commune; l'adaptation pour les communautés ethniques a été faite par ACCÉSSS; les compte rendu des *focus groups* ont été préparés, sur la base du consensus, par l'animatrice (l'un ou l'autre des partenaires) et

¹³³ Étude réalisée à partir de 14 *focus groups* (tenus de mars à mai 1996) rejoignant 133 femmes, dont 5 ont été consacrés aux communautés ethniques (réalisés en français, anglais, espagnol), 1 aux femmes de 40-49 ans et 8 aux québécoises d'origine.

l'observatrice (la même pour tous les groupes, de sorte à assurer l'homogénéité de la méthode – assurée par CLSC Pierrefonds-); l'analyse a été faite en équipe de partenaires. Le rapport final mentionne, à la demande du CSFM, les principes à la base de l'étude, soit la perspective féministe qui fut privilégiée, notamment pour le choix de la méthode qui donne la parole aux femmes; également la mention de l'approche humaniste puisque la vision féministe s'apparente à une vision humaniste du monde. ACCÉSSS ajoutera alors la perspective interculturelle pour qualifier les orientations de base de la recherche.

Au-delà de l'étude de besoins, leur mode de fonctionnement, à la fois d'autonomie et de tâches partagées, renvoie les partenaires à la nécessité de clarifier la spécificité et les similitudes de leurs mandats respectifs, qui, faut-il le rappeler, sont loin d'être mutuellement exclusifs. Ils se voient placés devant maintes questions de qui? fait quoi? du genre suivant: Qui rejoindra les organismes communautaires et ethniques sur le territoire du CLSC Pierrefonds et des autres CLSC qu'il doit rejoindre? Les organismes seront-ils rejoints par un seul partenaire ou de façon concertée? Comment se fera la formation des professionnels et des agents multiplicateurs dans la communauté? Les outils seront-ils harmonisés (le CSFM souhaite que son expertise serve à tous les outils, y compris ceux du réseau public)?

Les partenaires doivent aussi composer avec la démarche autonome de chacun, eu égard à son mandat, notamment avec l'existence d'une équipe cancer du sein au CLSC Pierrefonds, composée de personnel du CLSC dont une seule professionnelle est membre de l'équipe régionale, et à laquelle contribue un médecin de la DSP membre de l'équipe régionale. Ainsi, à l'aide du logiciel *Empower* qui encadre son exercice de planification, Pierrefonds a produit de son côté (de mars à mai 1996) son plan triennal de travail¹³⁴, devançant l'équipe des partenaires; pour 1996-1997, son plan comporte le développement et le déploiement de stratégies pour rejoindre les médecins et les femmes de son territoire et la préparation d'un protocole de diffusion vers les autres CLSC; il doit harmoniser ses activités cancer du sein avec l'agenda de ses activités de santé publique; il opte pour utiliser des outils déjà existants en attendant de voir avec les résultats de l'étude de besoins s'il y aura nécessité d'en créer d'autres; l'étude de besoins non encore complétée (vers juin 1996), il affirme demeurer au sein de l'équipe régionale vu la demande pressante des autres partenaires. En même temps (automne 1996), il développe et déploie de son côté différents outils de communication (vidéos, kiosque, articles et capsules publicitaires dans les médias, etc...). Pour

¹³⁴ *Empower* les a conduit à établir de façon systématique les objectifs à atteindre pour les populations cibles des femmes 40-69 et des médecins; à identifier les personnes-clé et organisations importantes sur leur territoire; à faire un inventaire des ressources œuvrant sur le cancer du sein et une carte des lieux possibles pour rencontrer les femmes; et à amorcer l'identification des meilleures stratégies pour rejoindre les femmes de 40-69 sous-scolarisées et des communautés ethniques.

les partenaires, cet agenda trop rapide ne permet pas de profiter pleinement des résultats de l'étude de besoins (qui ne fut complétée qu'à l'automne 1996); et ils se sentent exclus des développements que mène le CLSC Pierrefonds (E11).

À travers ces remises en question du partenariat, les acteurs maintiennent une volonté de travailler ensemble. Leur motif est celui des intérêts de la population qu'ils ont à desservir en commun : « *Tous souhaitent pouvoir à la fois bénéficier de l'expérience de chacun et avoir des stratégies d'action harmonisées, sachant que les objectifs finaux sont communs et ultimement (sic) pour une même population. Ce débat /.../ renvoie à la nécessité de clarifier la spécificité et les similitudes de chacun des projets* » (compte rendu de la réunion du 12 juin 1996, p.4) (E14). Pour clarifier ces points, les partenaires proposent une démarche de programmation conjointe, de sorte à identifier les objectifs, les actions pour ce faire, les étapes, et comment celles-ci peuvent être franchies en fonction des compétences et disponibilités de chacun.

Le travail de programmation conjointe¹³⁵ est ardu. Il s'amorce avec la planification de Pierrefonds réalisée avec *Empower*, sur un désaccord profond à propos de la formulation d'objectifs de comportements à atteindre chez les femmes visées, incompatible avec la perspective féministe de choix éclairé des femmes. Les partenaires réitèrent leur adhésion à leur plate-forme d'objectifs et aux approches autour desquelles ils font consensus, soit de

« Développer un programme d'information et d'intervention sur le cancer du sein ... dans une perspective globale de santé », avec deux sous-objectifs : 1°) « Transmettre une information juste au plus grand nombre de femmes de plus de 40 ans concernant le cancer du sein et ses méthodes de dépistage afin qu'elles puissent faire un choix éclairé »; 2°) « Inscrire le cancer du sein à l'intérieur d'interventions répondant aux préoccupations de santé des femmes de plus de 40 ans telles qu'exprimées lors de l'enquête de besoins » (Équipe des partenaires. Rapport d'activités juillet - décembre 1996).

Et les approches réitérées sont celles : 1°) de favoriser une prise en charge des femmes en matière de prévention et de dépistage à l'intérieur d'une approche globale de santé; 2°) de tenir compte du vécu des femmes, de leur contexte social et des rapports homme/femme dans la société; 3°) d'agir en concertation avec les acteurs déjà impliqués au niveau des préoccupations de santé retenues; 4°) de s'assurer que le contenu du programme soit accessible à toutes les femmes malgré la diversité ethnique.

¹³⁵ L'exercice de programmation conjointe n'a véritablement débuté qu'en octobre 1996.

Eu égard à la prévention, ACCÉSSS insiste sur l'idée que cette notion n'a pas le même sens selon les cultures et que les intervenants du milieu institutionnel auront besoin de formation sur les aspects interculturels. D'où l'importance d'ajouter aux lignes directrices, non seulement l'approche féministe mais aussi l'approche interculturelle. Se précisent donc deux points par rapport à la première appropriation des objectifs au début du partenariat, soit l'idée d'aborder les autres préoccupations de santé des femmes par le biais des organismes qui y sont impliqués; aussi la dimension de l'adaptation aux différences ethniques, qui peut emprunter diverses formes, dont la formation des intervenants.

Les résultats de l'étude de besoins orientent les partenaires vers trois thèmes qui préoccupent les femmes, soit le maintien de la santé dans le vieillissement, puis la transformation du système de santé et le stress, qui permettent de faire place aux préoccupations sociales des femmes. Il apparaît alors difficile au CLSC Pierrefonds d'aborder de telles questions dans une priorité Cancer du sein, mais il se rallie au thème du vieillissement, la DSP ayant fait valoir qu'il le fallait si l'on visait à aborder le cancer du sein dans une approche globale. Fort des résultats de l'étude de besoins, le CSFM inscrit quant à lui son droit à la dissidence si le plan décidé ne s'inscrit pas dans une perspective féministe. Ainsi, l'étude de besoins devient pour les acteurs communautaires un atout qui leur permet de se repositionner et de rééquilibrer le rapport de pouvoir, de telle sorte à atteindre une certaine stabilité autour de leur plate-forme initiale commune, permettant de progresser dans l'action (E12).

En cours de programmation, les partenaires ont misé sur la tenue d'un événement d'importance, la conférence régionale en prévention – promotion *Partenaires pour la prévention* organisée par la DSP, qui y convie tous les partenaires des priorités en novembre 1996. On escomptait alors que les acteurs régionaux, attirés par la priorité Cancer du sein, pourraient dégager les lignes directrices de la programmation. Cette conférence leur a plutôt montré que leur priorité était plus « stable » et comportait moins d'enjeux que les trois autres. Ils ont profité de l'occasion pour intéresser les CLSC, en même temps que Pierrefonds a commencé de recevoir des demandes. Ils ont aussi accueilli des demandes de collaborations d'autres instances (ex : du Breast Cancer Action Montreal). Enfin, ils ont vu leur approche globale validée par des acteurs crédibles dans le domaine du partenariat (Université McGill).

La programmation régionale reprend (décembre 1996) sur la base d'une proposition déposée par le CSFM et du document de planification de Pierrefonds. Pierrefonds cesse d'utiliser *Empower* puisque l'essentiel a été tiré de ce logiciel. Il en conserve les objectifs et stratégies de démarchage mais il retire

ses objectifs de modifications de croyances et de comportements chez les femmes pour s'ajuster à la philosophie de ses partenaires. Il retire aussi ses objectifs de réduction de morbidité et de mortalité, puisque ce sont ceux du programme provincial, alors que le projet régional a un objectif d'information sur le cancer du sein et ses 3 modes de dépistage. Son objectif devient alors, à l'instar de l'équipe régionale, d'informer le plus de femmes possible sur le cancer du sein et sur le programme provincial.

1.3 Un partenariat qui se consolide autour d'un tronc commun d'action

Le résultat de l'exercice est une révision du libellé de l'objectif, un plan d'action et une répartition du travail. Ainsi, l'objectif devient de :

« Développer un programme d'information et d'intervention sur les principales préoccupations de santé des femmes, ainsi que sur le cancer du sein..., dans une approche globale de santé » (Équipe des partenaires. Activités réalisées en 1996-1997. Plan d'action pour 1997-1998, p.8).

Et les approches sur lesquelles s'appuient les partenaires sont réitérées à nouveau. La distribution du travail qui fait consensus comporte trois volets, un pour chaque partenaire, chacun dans son créneau d'expertise (*E11*).

Le **volet 1**, celui du CLSC Pierrefonds, est un programme d'information et d'intervention sur le dépistage précoce du cancer du sein (40 ans et plus). Ses objectifs éducationnels se limitent à la transmission d'information juste sur le cancer du sein et ses modes de dépistage. Ses objectifs environnementaux sont ceux d'augmenter les services d'enseignement et de support à l'AES et de s'assurer de la qualité de cet enseignement; de rendre disponibles et accessibles des outils éducationnels dans les lieux fréquentés par femmes. Pierrefonds conserve une approche de déploiement planifié, tel que développé avec *Empower*, de telle sorte qu'il dispose d'un plan d'action jusqu'à décembre 1997.

Le **volet 2**, celui du CSFM, est un programme d'information et d'intervention sur la santé des femmes et le dépistage précoce du cancer du sein, couvrant les aspects du vieillissement (changements biologiques -ostéoporose et ménopause- et répercussions physiques, nouvelles responsabilités, conditions économiques difficiles, isolement, stress), les éléments de prévention et la transformation du système de santé. Il vise à établir des collaborations avec les organismes qui s'occupent des autres préoccupations de santé des femmes afin de créer un répertoire de ressources à être diffusé aux intervenants auprès des femmes et, en échange, de développer de nouveaux partenariats pour la diffusion d'information sur les modes de dépistage et le programme provincial. Également, *« afin d'asseoir la spécificité et la distinction de (sa) pratique, (le programme prévoit que le CSFM*

documente) *l'image sociale du sein et ..(rédige) un document...sur cette dimension peu exploitée* », qui serait destiné aux femmes et aux intervenantes engagées dans la lutte au cancer du sein. (Équipe des partenaires. Activités réalisées en 1996-1997. Plan d'action pour 1997-1998, p. 14).

Tel qu'en témoigne ce plan de travail, les travaux de la première année auront été pour le CSFM une occasion de cerner avec plus de justesse son créneau d'action, celui de la connaissance de son corps et de ses seins, du contrôle des femmes sur leur corps et de l'image sociale des seins. Le CSFM opte pour une approche de déploiement en boule de neige, « ... d'une intervention en découlent d'autres et que d'une intervention de nouveaux modes d'intervention surgissent » (Parisien et al., 1998, p. 14). Il ne dispose donc pas de plan d'action détaillé, sauf de larges stratégies telle miser sur la collaboration des organismes actifs dans le champ des préoccupations de santé des femmes retenues.

Le volet 3, celui de ACCÉSSS, consiste toujours en l'adaptation aux communautés ethniques. Il vise la diffusion dans leurs médias, la réponse aux demandes des groupes, l'organisation d'ateliers sur le dépistage, dont des ateliers favorisant les échanges interethniques.

Au cours de cette année, alors que Pierrefonds a dirigé surtout son action vers la population de son territoire, le CSFM l'a davantage dirigée vers les autres partenaires et vers la construction du partenariat. Ce qui ne l'a pas empêché de réaliser aussi des actions à l'intention des populations cibles, femmes et intervenants. Le CSFM a assumé des formations sur le partenariat (sous l'aspect particulier du rapport institutionnel / communautaire), l'approche féministe et la féminisation des écrits, qui ont contribué à la connaissance mutuelle des acteurs, favorisant une vision partagée du travail. Ses intervenantes ont aussi suscité et alimenté de diverses lectures¹³⁶ la réflexion sur le féminisme, se positionnant en militantes d'une cause au travers de l'action.

Le dépôt de cette programmation pour 1997 marque un tournant dans l'évolution du partenariat. Autant sa première année fut tournée vers l'interne, consacrée à se construire, autant sa seconde le sera vers l'externe, consacrée à des productions tangibles destinées aux populations cibles, femmes et intervenants. Chacun s'exerce à accomplir son mandat, qu'il trouve clair, et les quelques difficultés notées sont de l'ordre de la coordination de leurs actions et de l'identification de tous les partenaires sur les documents produits par chacun. Ils les solutionnent par la proposition de se doter d'un plan de

¹³⁶ Les lectures distribuées par le CSFM à ses collègues sont les suivantes : Martine D'Amours. *Le partenariat, ça marche?* *La Gazette des femmes*. Mai-juin 1996; Henri Lamoureux. *Le citoyen responsable. L'éthique de l'engagement social*. Montréal : VLB Éditeur, 1996; Aline Charest. Forum Canada États-Unis sur la santé des femmes. *Le changement social pour une santé optimale des femmes. L'Actualité médicale*. 9 octobre 1996; Renée Ouimet. *Rencontre communicationnelle entre le monde des femmes et le monde médical : le rôle d'une interprète interculturelle dans la formation gynécologique des étudiants(es) en médecine*. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Montréal. Avril 1995; Francine Bordeleau. *Quand la science est féministe. La Gazette des femmes*. Novembre-décembre 1996.

communication et par une consigne sur l'indication de la collaboration des partenaires dans les documents.

Dans l'environnement externe, les acteurs régionaux de la priorité, incluant les partenaires du projet d'information des femmes mais aussi les acteurs du programme provincial de dépistage, ont mis sur pied en octobre 1996 un comité aviseur régional, répondant à une demande du RÉIQCS (de décembre 1995). Sa composition¹³⁷ communautaire, institutionnelle et médicale reflète celle du RÉIQCS. Ce comité aviseur régional a particulièrement pour mandat de prôner le point de vue des femmes clientes des programmes provincial et régional. Initialement, le CSFM posait comme critère de composition celui d'adhérer à la perspective féministe; il voyait à ce comité un rôle dans la création de réseaux d'organismes pour la diffusion. La formule retenue est loin de ses attentes. L'essentiel des activités de ce comité a été l'échange d'information sur l'avancement des programmes provincial et régional. Les données ne montrent pas de trace d'influence de ce comité sur les travaux des partenaires du projet d'information des femmes.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME : DES PRODUITS À L'IMAGE DU PARTENARIAT

Les trois volets du plan d'action à l'issue de l'exercice de programmation en fin de 1996 ne sont pas substantiellement différents de ceux du plan de mise en œuvre déposé en fin de 1995 par la DSP à la suite de négociations bilatérales avec chaque partenaire. Le mandat de Pierrefonds s'est quelque peu rétréci autour du cancer du sein, selon sa volonté et son créneau d'expertise; le mandat du CSFM s'est précisé, lui aussi, autour de son créneau d'action (E15).

On l'a souligné, les controverses reliées aux fondements de leurs actions, à travers lesquelles les acteurs négocient aussi leur rapport de pouvoir, n'ont cessé d'habiter les travaux des partenaires. Cependant, la stabilité a fini par prendre le pas sur la négociation. C'est en s'appuyant sur les principes initiaux qu'ils s'étaient donnés de respect mutuel et d'autonomie qu'une issue s'est imposée par la pratique, ce que reflète l'analyse de leurs produits. Ainsi, les outils développés témoignent d'une position commune sur les bénéfices et les limites des trois méthodes de dépistage et sur leur complémentarité. Cette information se trouve être la même quelque soit l'outil de communication ou le partenaire qui la produit (E15).

¹³⁷ Le comité aviseur régional est formé de cliniciens et d'organisations du réseau public (médecins, OIIQ, Ordre des technologues en radiologie du Québec, Association des infirmières oncologues, 2 CLSC); de groupes d'intérêts (RÉIQCS, Breast Cancer Action Montreal, Réseau québécois pour la santé du sein, CSFM, Société canadienne du cancer, Fondation québécoise du cancer, communauté hellénique de Montréal, Service à la famille chinoise); de la ville de Montréal; et de 3 professionnels de la DSP.

Leur terrain d'entente conduit à la production d'une diversité d'outils, mettant l'emphase sur un aspect ou l'autre de l'information, dépendant de l'idéologie des partenaires (E16). Les outils développés par le CSFM abordent les bienfaits et limites des trois méthodes, en indiquant que, selon les connaissances actuelles, la mammographie est la plus efficace, sans taire ses limites en termes de faux positifs et de faux négatifs. Ces outils mettent singulièrement l'accent sur l'image sociale des seins selon les différentes cultures et époques, sur le rapport des femmes à leur corps et sur la démarche d'auto-santé. La logique générale de plusieurs articles du CSFM destinés à différents médias d'organismes communautaires est de mettre d'abord l'accent sur l'image sociale des seins et sur l'AES comme méthode d'apprivoisement de son corps et de surveillance de ses seins, pour ensuite présenter les avantages de l'ECS périodique et de la mammographie qui permet de déceler les cancers précocement. Le CSFM a aussi produit des outils et réalisé des événements consacrés à l'image sociale des seins, tel un livret de sensibilisation, *Contes des Mille et un seins*, comportant des exercices d'exploration de ses seins; un jeu de communication, *Des seins animés*; et une exposition¹³⁸, *Seins Corps et Âmes*. Soucieux d'influencer la formation des médecins¹³⁹, il a élaboré une formation à l'ECS destinée aux étudiants de médecine de l'Université de Montréal, qu'il a commencé de dispenser à l'hiver 1997.

Quant au CLSC Pierrefonds, il a créé une tablette pour l'enseignement de l'AES et un recueil d'information destiné aux femmes *Le dépistage du cancer du sein peut faire toute la différence!* Cet outil ne comporte que de l'information de source biomédicale et fait une large part à la mammographie par rapport aux deux autres méthodes (80% du texte consacré aux méthodes). Il met l'accent sur son efficacité à détecter des masses non palpables mais ne parle pas de ses limites en termes de faux positifs et de faux négatifs. Pierrefonds a aussi développé une trousse¹⁴⁰ où sont insérés les outils qu'il a développé, ceux développés par ACCÉSSS et le CSFM, et d'autres outils déjà existants, de telle sorte que l'intervenante de CLSC ou d'un autre organisme à qui est dédié ce kit pourra exercer son choix selon ses affinités.

¹³⁸ Présentée à la Maison de la culture Marie-Uguay en octobre 1997, cette exposition de photos et de textes sur le corps et les seins des femmes montrait les œuvres de cinq femmes artistes. Le CSFM lui a jumelé des animations sur le cancer du sein et ses modes de dépistage ainsi que sur le rapport des femmes à leurs seins.

¹³⁹ Le CSFM a manifesté aux acteurs de la DSP responsables de la mise en place du programme provincial et de la formation des médecins son souhait d'être associé à cette formation. Ces acteurs se sont montrés d'accord pour inclure le CSFM dans un sous-groupe de travail du comité aviseur régional (compte rendu de la réunion du 7 mai 1996 de l'équipe de la priorité à la DSP).

¹⁴⁰ Cette trousse *De la théorie à la pratique* est un porte-document qui comprend le recueil d'information *Le dépistage précoce du cancer du sein peut faire toute la différence!* produit par Pierrefonds et traduit en 18 langues par ACCÉSSS; la tablette sur l'AES produite par Pierrefonds; des modèles de seins en silicones; une vidéocassette sur l'AES; *Des réponses à vos questions*, produit par le programme provincial; le *Répertoire de ressources matérielles sur le cancer du sein* produit par le RÉIQCS; le livret *Contes des mille et un seins* et le jeu de communication *Des seins animés* produits par le CSFM.

ACCÉSSS a pour sa part procédé au recueil de matériel en différentes langues. Il a réalisé l'exploit de traduire en 18 langues l'outil d'information produit par Pierrefonds. Il a aussi réalisé le pré-test de vidéos réalisées en espagnol auprès de la communauté latino-américaine et de vidéos traduites en mandarin auprès de la communauté chinoise.

Chacun de son côté rejoint ses cibles et puisque l'on n'a pas la même culture, on ne privilégie pas les mêmes moyens. Si le CSFM travaille particulièrement avec des outils faisant appel aux dimensions artistiques et ludiques (exposition, théâtre (troupe d'ainé(e)s), jeux de communication), le CLSC communique principalement sous le mode rationnel. Pour sa part, ACCÉSSS communique en traduisant et en adaptant aux particularités ethniques. Ce qui donne lieu à une diversité d'outils de communication, à des degrés divers de vulgarisation. La forme la plus abstraite fut certes celle de l'exposition d'œuvres d'artistes et la plus vulgarisée, celle des articles témoignage du CSFM dédiés aux médias des groupes communautaires.

Au niveau de la diffusion, tous réalisent des activités conventionnelles de style kiosque dans des lieux publics (centres d'achat, pharmacies, lieux de culte et de prière); ou dans des événements publics (ex : grands salons); ou des activités de style atelier dans des milieux tels les organismes communautaires, les lieux de travail, à domicile; ou encore la publication d'articles dans des journaux locaux. Sans en faire un détail exhaustif, nous passerons en revue les principales réalisations pour en montrer l'ampleur et surtout la diversité.

Le CSFM a lancé son offre de services auprès des Centres de femmes, des AQDR, des Clubs d'Âge d'or, des 120 cuisines collectives de la région, suite à quoi des ateliers ont été tenus. Il a tenu des kiosques dans des lieux publics (vente de trottoir de la rue Mont-Royal; Marché Jean-Talon; restaurant communautaire le Chic Resto-Pop de Hochelaga-Maisonneuve; Salon des 50 ans et +). Il a aussi réalisé plusieurs ateliers dans les organismes communautaires et produit une série d'articles pour leurs médias (13 journaux). Il a réalisé avec différents médias de masse des émissions d'information (*Le micro est à vous* à Radio Centre-ville, le *Dépanneur* à Radio-Canada, *L'entour Âge* et *Gay c'est comme ça* au canal 9, *Embarquement pour Sythare* de la radio FM de Radio-Canada) et un article pour *La Gazette des femmes*. Enfin, il a vu à la diffusion de son livret *Contes des mille et un seins* et de son jeu d'animation *Des seins animés* dans les Centres de femmes, les CLSC, les bibliothèques.

ACCÉSSS a répondu aux demandes de divers organismes ethniques (Communauté hellénique de Montréal, Service à la famille chinoise, CARI St-Laurent) et a diffusé dans les médias ethniques

(son bulletin destiné à ses membres, le Babillard de l'Institut interculturel de Montréal, des médias locaux, Radio Centre-ville; les télévisions communautaires); il a tenu des ateliers à raison de deux par mois à compter d'août 1997 dans des organismes communautaires; il a participé au comité organisateur du mois d'octobre 1997 dédié à la santé des seins; il a tenu un kiosque à une conférence de la Société canadienne d'étude ethnique; il a organisé un événement de masse pour le lancement de ses produits (octobre 1997).

Pour sa part, le CLSC Pierrefonds a tenu des kiosques de sensibilisation (Complexe Desjardins, Place Montréal Trust, Wal-Mart, YWCA) qui ont entraîné des demandes d'ateliers, notamment en milieu de travail (ex : à la Banque Royale, dans une raffinerie de l'est). Il a aussi tenu plusieurs ateliers dans des groupes communautaires de toute la région, des écoles, des groupes de femmes des communautés ethniques, à domicile. Pierrefonds a aussi collaboré avec la Société canadienne du cancer à des cliniques de formation à l'AES dans les cabines d'essayage, avec la complicité de grands magasins; il a publié un article spécialisé dans une revue destinée aux infirmières.

Par ailleurs, les partenaires réalisent aussi conjointement des activités (Salon de la femme; formation des multiplicatrices de ACCÉSSS¹⁴¹ à l'AES). Si le plan d'action des partenaires leur désignait des « terrains de jeux », il s'avère que la pratique ne fut pas si cloisonnée. Bien que le CSFM ait concentré ses efforts vers le réseau communautaire, il a aussi collaboré avec certains CLSC et a investi des efforts dans la formation des médecins. Par ailleurs, Pierrefonds rejoint tout autant le milieu communautaire et les organismes ethniques, que le réseau des CLSC qui lui était assigné. ACCÉSSS, pour sa part, concentre surtout ses efforts vers sa cible. Par ailleurs, si l'approche de diffusion planifiée a favorisé que des groupes ou des milieux ne soient pas oubliés, les données montrent que souvent, c'est par l'approche en boule de neige que le plan de diffusion s'est matérialisé, profitant d'opportunités où la réceptivité des publics s'en trouve accrue d'autant (E17).

¹⁴¹ Des infirmières des communautés ethniques, des intervenantes et des femmes désireuses de devenir formatrices.

CHAPITRE XVI
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION :
LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE

L'évaluation du projet a été décalée par rapport au calendrier prévu pour s'ajuster à son stade de développement. La spécification fut initiée en octobre 1997, plutôt qu'au printemps, de sorte à documenter les étapes de la production des outils de communication et leur diffusion. Elle a été coordonnée par Parisien et al. (1998) de l'équipe d'évaluation. La spécification a été une description des étapes critiques du « réalisé » pour atteindre l'objectif que s'étaient donné les partenaires et a tenu lieu d'évaluation de l'implantation. C'est dans les ateliers d'évaluation de la vraisemblance que la réflexion critique sur l'implantation s'est véritablement tenue, autour de la question de l'équilibre des énergies investies dans les activités destinées à la construction du partenariat, par rapport à celles destinées aux populations. L'évaluation de la vraisemblance a pour sa part porté sur la capacité des outils de communication et des stratégies de diffusion déployées à rejoindre et informer les femmes cibles les plus difficiles à rejoindre, soit les femmes sous-scolarisées, plus âgées, et des communautés ethniques. L'évaluation a emprunté un mode clinique où les évaluatrices ont soutenu la réflexion critique des acteurs, sans recourir à des acteurs externes. La spécification et le rapport d'évaluation de la vraisemblance ont été validés par les acteurs.

1 LA SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION

Le modèle d'action est celui d'établir un partenariat pour être mieux en mesure de développer des outils et des stratégies susceptibles de rejoindre la plus grande étendue possible de femmes de 40-69 ans, compte tenu des caractéristiques socio-démographiques de la région. Puisque diverses approches de la santé des femmes et de la santé des seins existent, que ces approches sont portées par des acteurs différents, que ces acteurs déploient des stratégies et des outils qui leur sont propres et qu'ils disposent de réseaux d'organismes aptes à entrer en contact avec différents segments de la population cible, la mise en place d'un partenariat est un passage obligé pour la diffusion d'un message cohérent au plus grand nombre possible. Pour être efficace, les partenaires s'entendent pour dire que ce partenariat doit être assorti d'ententes sectorielles signées; s'appuyer sur un partage de connaissances sur le cancer du sein et la santé des femmes et sur la reconnaissance et le respect des diverses approches; conduire à la réalisation de projets complémentaires; et entraîner une mise en réseau avec d'autres organismes (E18).

Pour les partenaires, la mise à l'épreuve de ce modèle d'action, c'est-à-dire du rapport entre une capacité plus grande à rejoindre et informer les femmes et le partenariat, s'est amorcée par l'étude de besoins, par laquelle ils visaient à connaître et répondre aux préoccupations des femmes, et notamment celles des communautés ethniques, eu égard à leur santé et surtout au cancer du sein. Cette étude leur a permis de cerner les besoins et intérêts et de choisir, de confirmer ou d'améliorer bon nombre d'actions à entreprendre. Elle leur a aussi permis, avec d'autres moyens, de construire leur partenariat, favorisant un « *apport des expériences de chacune* », une « *synergie des forces* », qui ont rendu les activités « *toujours un peu plus près des femmes plus difficiles à rejoindre* » (Parisien et al., 1998, p. 23).

Les partenaires ont discuté de la solidité du modèle d'action autour de deux questions : 1^o) la valeur des moyens qu'ils se sont donnés pour construire leur partenariat, eu égard à l'efficacité recherchée; 2^o) la capacité des interventions à atteindre les buts visés.

1.1 Le jugement sur les moyens de construire le partenariat

En se référant à leur pratique, les partenaires soutiennent avoir pris les moyens de construire leur partenariat. Ils ont, chacun, signé des ententes contractuelles avec la DSP, assorties d'allocations budgétaires. Disposer ainsi de mandats et de ressources constituent des facteurs de facilitation du travail en partenariat plusieurs fois documentés (voir 1^{ère} partie). Puis ils se sont donnés des réunions de travail fréquentes (bi-mensuelles) et des ateliers de formation, qu'ils ont animés en alternance et auxquels ils ont participé assidûment, sur des thèmes névralgiques tels la valeur de l'AES, le partenariat, l'approche féministe. Ce qui a permis une connaissance mutuelle, le partage d'un univers commun d'informations et le développement d'une position commune sur le dépistage précoce du cancer du sein. Ce qui a aussi contribué à l'élaboration d'une vision commune du travail. Ils ont réalisé de façon concertée un premier projet, l'étude de besoins, où ils ont intégré leurs différentes approches. Ils ont développé un rapport de respect mutuel dans le règlement de leurs différends par la discussion et la recherche de consensus. Ils ont ainsi réussi une démarche de programmation commune qui les a conduits à des plans d'action différents et complémentaires, tout en maintenant un message cohérent. Ils ont enfin réussi à élargir le réseau autour du cancer du sein. Ils concluent donc avoir mis en place un partenariat efficace, c'est-à-dire qui s'appuie sur la reconnaissance et le respect des différentes approches pour réaliser des projets complémentaires et qui est capable de s'associer d'autres acteurs pertinents (E18).

Devant la préoccupation du temps consacré aux actions dirigées vers le partenariat, comparées à celles dirigées vers les populations, les partenaires rappellent que l'opération des priorités

régionales s'inscrit dans la foulée de la réforme du système de santé et de services sociaux et du virage prévention qui fait appel au partenariat. Or, pour ce faire, les partenaires ont dû se créer des « normes » communes, partant de

« partenaires de différents types, et cela prend du temps ». « Il y a un prix à payer pour mettre sur pied un partenariat entre différentes instances culturelles. Mais cet investissement va transparaître dans la qualité des actions et la pérennité de ce programme », soutiennent-ils (Parisien et al., p.31) (E18).

1.2 Le jugement sur les moyens de rejoindre la population cible

Le référent utilisé a été une revue de littérature, faite par une ressource de la DSP externe au projet, sur les principales barrières au dépistage du cancer du sein. On y indique qu'il faut donner aux femmes de l'information et que la connaissance semble faciliter une prise de décision rationnelle. Cependant, diverses barrières viennent influencer le passage à l'acte découlant de cette décision. Ces barrières sont culturelles (gêne associée à l'image sociale du sein); physiques (peur des radiations, de la douleur liée à la mammographie, d'un diagnostic de cancer); socio-démographiques (ethnie, sous-scolarisation, âge); informationnelles (manque d'informations justes, croyances injustifiées). Parmi les moyens d'outrepasser ces barrières, la revue de littérature mentionne l'information ciblée, la possibilité d'exprimer ses craintes et la rencontre de personnes ayant vécu l'expérience. Pour les groupes les plus difficiles à rejoindre (moins scolarisés, plus âgés, issus des communautés ethniques), il est proposé d'adapter le matériel écrit, d'augmenter la portion visuelle de l'information et de favoriser les échanges avec des figures issues du milieu (modèle de rôle). Cette revue de littérature vient en quelque sorte valider les résultats de l'étude de besoins réalisée par les partenaires. C'est au regard de ces référents (barrières et moyens d'y faire face) qu'ils ont évalué la portée potentielle de leurs outils et stratégies de diffusion.

Les partenaires soutiennent que leurs actions se sont attardées à la communication d'une information juste relativement aux facteurs de risques (l'âge, les antécédents familiaux); à l'efficacité et aux limites des trois méthodes de dépistage; à certaines craintes à propos des radiations, de la douleur ou de la gêne. Il est clair ici que, considérant les différences de culture et de pratique des acteurs, il est peu probable qu'un message cohérent sur la valeur des trois méthodes de dépistage eut été véhiculé aux femmes sans l'existence du partenariat (E19).

Puis les partenaires ont abordé avec plus ou moins d'emphase les différentes barrières au dépistage dans les outils et stratégies de diffusion qu'ils ont déployées¹⁴². La formule des ateliers d'information

¹⁴² Un tableau croisé des types de barrières en fonction des outils et stratégies déployés par chaque partenaire pour les surmonter, complété au moment de l'évaluation de la vraisemblance, montre que chacun est en mesure de s'adresser à chaque type de barrière, bien que certains partenaires disposent d'avantage d'outils et de stratégies pour certaines barrières.

(3 à 12 femmes par atelier) offerts par le CSFM tente d'agir sur les barrières liées à l'image sociale du sein et les barrières physiques. Dépendamment de leur composition, les barrières liées à l'ethnie, l'âge ou la scolarité sont aussi prises en compte. Des outils d'évaluation de la satisfaction des femmes permettent un retour critique continu sur les contenus. Quant aux kiosques d'information (la femme ne reste que quelques minutes à un kiosque) dans des événements publics, ils rejoignent un grand nombre de femmes mais ne couvrent pas un si large éventail de sujets. Des outils, tels le livret *Contes des mille et un seins*, le jeu de communication *Des seins animés* et l'exposition *Seins Corps et Âmes*, conçus par le CSFM, cherchent surtout à intervenir sur les barrières liées à l'image sociale du sein, dans la perspective d'une définition de sa propre normalité (E19).

Concernant la capacité à rejoindre les femmes plus âgées, moins scolarisées et des communautés ethniques, le recours à différents types de médias (radios et télévisions communautaires, journaux de quartier, bulletins d'associations diverses, médias des communautés ethniques) pour la promotion d'activités et la diffusion d'information favorise l'atteinte de différents groupes cibles. Des lieux spécifiques aux populations défavorisées ont été ciblés. Pour rejoindre les femmes des communautés ethniques, non seulement les outils ont-ils été traduits, mais ces outils et les ateliers d'information ont été adaptés par ACCÉSSS selon la variabilité culturelle des différentes communautés. Également des multiplicatrices issues des diverses communautés ont été formées. Une attention particulière a été portée aux communautés culturellement plus distancées par rapport à la culture majoritaire (E19). Le recours aux différents médiums que permet un territoire comme l'a pratiqué le CLSC Pierrefonds, favorise aussi l'atteinte de populations diversifiées au plan socio-démographique.

L'évaluation que font les partenaires appuie à l'évidence l'idée que, œuvrant en partenariat, ils ont été en mesure de couvrir plus d'aspects de la problématique et de rejoindre une plus large étendue de segments de la population visée. La complémentarité entre ACCÉSSS et les deux autres partenaires a en ce sens ouvert l'accessibilité du programme aux communautés ethniques. Elle a aussi exposé les intervenants institutionnels à la diversité ethnique, notamment par les outils de la trousse qui leur fut destinée. La complémentarité entre le CSFM et le CLSC est tout aussi importante en faveur de l'étendue des thèmes et des modes de communication. À titre d'exemple, il est peu probable que le CLSC seul eut développé une trousse d'outils aussi diversifiés, s'adressant à un large spectre d'aspects du cancer du sein et ses modes de dépistage, depuis l'image sociale des seins jusqu'à la peur de la douleur associée à la mammographie, en passant par l'adaptation ethno-culturelle du message. Sans partenariat, les mêmes outils issus des milieux communautaires et institutionnels auraient non seulement eu moins de chance de cohabiter, mais aussi moins de chance d'être distribués à la fois dans les deux réseaux (E19).

2 L'ANCRAGE DU MODÈLE D'ACTION

Les partenaires retiennent de leur expérience que les femmes ne se déplacent pas pour le cancer du sein. « *Il faut aller là où elles se trouvent et aux heures où elles sont disponibles. Par exemple, à la Sun Life, on nous a dit : pas en décembre, tout le monde magasine* » (extrait du verbatim de l'évaluation de la vraisemblance). C'est pourquoi ils ont opté pour rejoindre les femmes dans leur milieu de vie : à domicile, au travail, dans les centres d'achat, ou à l'intérieur d'activités de groupes communautaires ou de groupes de femmes, incluant les groupes des communautés ethniques (Parisien et al., 1998, p. 29). Cette approche de diffusion témoigne de l'ajustement du modèle d'action selon l'intérêt des femmes pour le cancer du sein et à leur mode de vie (E20).

De plus, l'approche de déploiement en boule de neige qui a fini par s'imposer (découlant de la cohabitation des paradigmes) témoigne de l'ancrage du modèle d'action dans les différents contextes. Bien que les partenaires se soient donnés des plans d'action délimitant les territoires de diffusion, dans la pratique, ils se sont ajustés à la demande des milieux, institutionnel, communautaire ou ethnique (E21).

3 LA VIABILITÉ DE LA SOLUTION

La meilleure façon, pour les partenaires, d'apprécier la viabilité du produit demeure encore les données de couverture du programme provincial de dépistage. Ces données seront en mesure de montrer les communautés où l'effort d'information doit être accru. À ce stade-ci, seuls le dénombrement des femmes rejointes et des événements tenus, l'intérêt que manifestent les femmes et l'effet d'entraînement du projet auprès d'elles peuvent témoigner de la viabilité du programme mis en place. Les partenaires retiennent à ce chapitre un certain effet d'entraînement auprès des femmes: « *Souvent, à partir d'un kiosque, on est demandé pour des ateliers. /.../ On est allé dans des maisons privées, ce qui a débouché sur des contacts et des demandes en milieu de travail* » (extrait du verbatim de l'évaluation de la vraisemblance). Ce qui constitue un indicateur de la qualité du programme (E22).

À ce chapitre, la planification révisée 1998-2001 de la DSP entérine le jugement sur la qualité porté par les acteurs et reconduit le projet et son financement dans son intégralité.

En considérant le caractère encore informel du programme d'information au Regroupement des CLSC de la région de Montréal, au moment de l'évaluation en décembre 1997, on peut soutenir que celui-ci suscite un certain intérêt. Si initialement, la diffusion de la trousse qu'a produite Pierrefonds était prévue vers huit CLSC ciblés, en mars 1997, une diffusion de la trousse était envisagée vers les 29 CLSC de la région et en décembre 1997, c'est vers l'ensemble des CLSC du Québec que l'on envisage cette diffusion. Avant même que le programme soit présenté à leur Regroupement, des CLSC ont désigné un porteur de dossier et les journées de formation prévues affichent complet. D'autres journées seront à nouveau offertes. Ce qui témoigne d'un certain effet d'entraînement du projet auprès des CLSC (E23). Il s'agit de problématiques à dominante médicale ou nursing, habituellement prisées par les infirmières en CLSC qui se trouvent à mettre à profit leur champ traditionnel de compétences.

Après des organismes communautaires et ethniques, l'approche de diffusion en boule de neige rapporte des fruits. Vu le jeune âge du projet, il est difficile d'apprécier l'ampleur du réseau d'organismes autour du partenariat de base pour la diffusion de l'information (E24).

Tableau 7
MATRICE DE LA DYNAMIQUE PROCESSUS – RÉSULTAT DU PROJET D'INFORMATION DES FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN

PARAMÈTRES ANTÉCÉDENTS		PARAMÈTRES DE RÉSULTAT	
Processus de structuration du programme		Qualité	
Planification stratégique et structurelle	Planification opérationnelle	Évaluation / planification révisée	
Sociogramme			
<p>Problématisation / intéressement</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ propriété dynamique ♦ négociation bilatérale DSP-mandataire <p>DSP dans le rôle du médiateur –leadership conféré par position de planificateur régional <i>E2a</i></p> <p>CSFM –fondement mouvement féministe; réseau de CSF; pratique alternative reconnue; financement mixte, MSSS & MEQ, indépendant des PROS - <i>E2b</i></p> <p>CLSC Pierrefonds –réseau des CLSC; alliance avec UdeMtl - <i>E2c</i></p> <p>ACCÉSSS – réseau d'organismes ethniques - reconnaissance par le réseau institutionnel- <i>E2d</i></p> <p>Identification zones de convergence <i>E3</i></p>	<p>Controverses/ convergences</p> <p>Controverses :</p> <p>Fondements théoriques à l'appui des décisions :</p> <p>épidémiologique (I) vs féministe (OC) <i>E4</i></p> <p>Zone d'arrimage : information juste et complète F40-69 ans sur les 3 méthodes de dépistage <i>E5</i></p>	<p>Arrangements inter-organisationnels</p> <p>Volonté exprimée de partenariat <i>E8</i></p> <p>Co-construction du rapport social de partenariat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ ententes contractuelles DSP-mandataires + financement <i>E7</i> ♦ adoption de principes de respect et reconnaissance des diff. approches <i>E9</i> ♦ formation mutuelle <i>E10</i> ♦ fonctionnement autonome / négociation d'une plateforme commune / programmation conjointe <i>E11</i> ♦ rééquilibrage constant du rapport de pouvoir /IOC en fonction des atouts de chacun des acteurs et par respect mutuel & règlement des différents par discussion – compromis <i>E12</i> <p>Cohabitation des paradigmes d'action/ Éclectisme /Reconnaissance des savoirs et des pratiques communautaires <i>E13</i></p> <p>Intérêts des populations au centre des enjeux <i>E14</i></p>	<p>Solidité/ ancrage / viabilité</p> <p>Solidité du modèle d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Stratégies adéquates de construction d'un partenariat efficace <i>E18</i> (+) Partenariat efficace, p.c.q. permet : <ul style="list-style-type: none"> ♦ information juste sur les différents aspects du cancer du sein et son dépistage ♦ message cohérent ♦ atteinte de différents segments de la pop. <i>E19</i> <p>Ancrage du modèle d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Rejoint les femmes dans leur milieu <i>E20</i> (+) Déploiement en boucle de neige <i>E21</i> <p>Viabilité de la solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Intérêt et effet d'entraînement auprès des femmes <i>E22</i>
Technogramme			
<p>Développement du plan</p> <p>Partenaires en place pour une approche globale (socioculturelle, physique, socio-démographique) <i>E6</i></p> <p>Programmation conjointe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ plans d'action différents mais complémentaires ♦ position commune sur 3 méthodes de dépistage <i>E15</i> 	<p>Implantation du plan</p> <p>Diversité des moyens de communication selon la culture des partenaires et leurs réseaux <i>E16</i></p> <p>Décloisonnement des champs de pratique <i>E17</i></p>	<p>Force d'entraînement</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Effet d'entraînement auprès des CLSC <i>E23</i> (+) Réseautage auprès des OC et Org. ethniques <i>E24</i> 	

Légende : I : institution; OC : organisme communautaire.

CHAPITRE XVII LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION

L'analyse qui suit cherche à relier les caractéristiques du processus de structuration de l'action à ses attributs de qualité (résumés au tableau 7 de la page précédente). Deux propositions théoriques explicatives de la qualité nous semblent émerger. La figure 6 synthèse à la fin de ce chapitre résume ces deux enchaînements de facteurs.

1 *UN ÉQUILIBRE DES POUVOIRS À LA BASE D'UN PARTENARIAT CO-CONSTRUIT EN VERTU DES INTÉRÊTS DE LA POPULATION*

Dépuis la planification structurelle et l'entrée en scène des acteurs, en passant par l'établissement du partenariat, jusqu'à la production des services, deux forces opposées sont en présence, l'une poussant au conflit et l'autre à la coopération. À la croisée, l'équilibre dynamique et instable, constamment renégocié, que constitue le partenariat.

Les forces qui poussent au conflit sont celles que nourrissent les différences fondamentales entre les acteurs, leur histoire, leur position sociale et leur paradigme d'action. Elles se manifestent d'entrée de jeu comme une sorte de carte de visite des acteurs et tout au long du processus par des mouvements d'autonomie et des efforts de positionnement dans la « scène qui se joue ». Les forces synergiques, celles qui poussent à la coopération, se révèlent aussi en début de processus dans l'identification d'une zone de convergence entre les buts poursuivis par les acteurs, essentiellement ici autour de l'approche globale de santé et de responsabilisation des personnes.

Le travail de co-construction du partenariat se présente à sa base comme un exercice stratégique, c'est-à-dire un travail de construction du rapport social entre les acteurs, ici institutionnels et communautaires, travail de connaissance mutuelle, d'échange d'informations, à travers lequel chacun essaie de gagner le respect et la confiance de l'autre en utilisant les différents atouts dont ils disposent¹⁴³. À cet exercice, le CSFM aura mis passablement d'énergie, façon de chercher à modifier le rapport coûts/bénéfices traditionnellement défavorable au milieu communautaire dans

¹⁴³ Ces atouts sont essentiellement les suivants : du côté du CSFM, son appui sur la reconnaissance sociale du mouvement et des théories féministes, sa pratique alternative reconnue, sa proximité des femmes, son alliance communautaire, les résultats de l'étude de besoins; du côté du CLSC Pierrefonds, son appui sur les données et l'approche épidémiologique, le développement technologique en planification (*Empower*) et ses alliances universitaires, atouts auxquels la DSP a enlevé du prix en adoptant une approche de promotion de la santé qui se trouve à valoriser certains des arguments propres à l'approche féministe; du côté de la DSP, le leadership que lui confère sa position de planificateur régional et son rôle de médiateur reconnu des autres parties.

les arrangements qu'il établit avec le milieu institutionnel¹⁴⁴. Ici, cet effort de co-construction du partenariat aura été initié de la part du planificateur par une problématisation qui en appelait à la mobilisation des acteurs du champ. Il aura été rendu possible par le déploiement de stratégies susceptibles de favoriser la coopération plutôt que d'amplifier les conflits entre les acteurs. Ces stratégies ont été celle d'ententes initiales formelles (contractuelles) assorties d'un financement; celle de l'adoption de principes de respect mutuel et de reconnaissance des différentes approches; celle de la co-formation, entraînant la connaissance mutuelle des partenaires et le partage d'une information commune; et celle de la définition d'une zone d'arrimage, soit l'adoption d'une position commune sur les trois modes de dépistage et sur les groupes d'âge à rejoindre; puis plus avant, celle d'une démarche conjointe de programmation autour de la zone d'arrimage définie en vertu des intérêts de la population.

L'efficacité du partenariat ainsi construit réside dans sa capacité à rejoindre et s'allier différents réseaux d'organismes institutionnels, communautaires et ethniques et par là, à atteindre différents segments de population, et dans sa capacité à livrer une information juste (donc critique), complète (dimensions médicales, sociales et culturelles) et accessible (donc par une diversité de moyens reflétant la culture des acteurs) sur la question du cancer du sein.

L'atteinte d'un certain équilibre dans le rapport de pouvoir entre les acteurs, à l'origine du modèle de partenariat construit et qui s'avère être un déterminant positif de la qualité du produit, prend appui en amont sur la position sociale du CSFM par rapport aux instances institutionnelles. Cet équilibre dans le rapport de pouvoir a été favorisé, in situ, par la capacité du CSFM à développer un argumentaire solide et par l'effort de coordination de la DSP et son ouverture à d'autres positions permettant d'enrichir le modèle d'action. Le CSFM appartient à un réseau de centres de santé des femmes qui, ancrés dans la tradition militante féministe, ont développé une réflexion critique à l'égard des solutions technologiques qui prédominent dans le système de santé et une approche de prise en charge de sa santé et de revendications pour la défense des droits des femmes. Leur pratique trouve son fondement dans la perspective critique et émancipatrice de la pensée féministe, dont le pouvoir heuristique n'a rien à envier à la science biomédicale dans le champ de la santé des femmes. Les CSF constituent un réseau ayant développé une pratique alternative propre en santé des femmes, dont la valeur est d'ailleurs reconnue par les institutions; ce qui leur confère pouvoir et autonomie vis-à-vis du réseau public de soins de santé. De plus, le

¹⁴⁴ Plusieurs auteurs ont analysé les arrangements institutionnel / communautaire issus de la réforme des services sociaux et de santé (loi 120, 1990) et instaurant le partenariat entre les organismes communautaires et les institutions d'État, pour tendre vers cette conclusion générale (Guay, 1991; Hamel, 1993; Panet-Raymond, 1994; Vaillancourt, 1994; Parazelli, 1994; Redjeb, 1994; Lamoureux J., 1994; Lamoureux H. et al. (éds), 1996).

CSFM jouit d'un financement non lié à sa participation à un PROS¹⁴⁵ (le CSFM reçoit un financement mixte MSSS-SOC et MEQ), ce qui favorise le maintien de son autonomie vis-à-vis la Régie et la DSP. La position sociale du CSFM (appartenance à un réseau, financement global, pratique alternative reconnue, pensée critique autonome) fait qu'il dispose d'atouts lui ayant permis de négocier et d'établir avec les institutions publiques un partenariat où l'intégralité de sa pratique est reconnue (dimension critique et dimension de services d'auto-santé).

Le maintien d'un certain équilibre dans le rapport de pouvoir entre les acteurs et la construction d'un partenariat efficace auront aussi été favorisés par l'intérêt public supérieur placé au centre des enjeux. À différents moments critiques de l'histoire de ce partenariat, les partenaires ont justifié sa pertinence en prenant appui sur les intérêts de la population, en contrepartie d'intérêts organisationnels qui poussaient à l'éclatement. Les acteurs pouvaient bien distinguer leur mandat du point de vue de leur spécificité organisationnelle, de leur réseau d'appartenance, de leur identité, de leur position sociale, de leur perspective théorique d'action, il leur était plus difficile de le distinguer du point de vue de son point d'arrivée, celui d'une information juste, cohérente, complète et accessible à toutes les femmes. Au regard de cet objectif, leur expertise respective et leur réseaux d'appartenance étaient d'égale valeur, indépendamment de leur position sociale. Sur cet aspect, la DSP nous semble avoir joué un rôle de coordination non négligeable. Instigatrice du processus, elle a placé l'intérêt public au cœur de la négociation et en a fait un passage obligé du partenariat. Dans son analyse des mandats et des zones communes, elle a été cet agent médiateur qui formule une problématisation où les intérêts de la population ont été mis en jeu au même titre que les intérêts des différents partenaires. Et une information juste et cohérente au bénéfice des femmes s'est avérée être le point d'arrimage du partenariat. Ce point incontournable, la DSP l'a inscrit aux contrats liant les mandataires, en vertu desquels ils ont des comptes à rendre. Ce que permet le rapport d'autorité et le rôle de rassembleur que confère à la DSP sa position de planificateur régional.

En outre, l'expérience étudiée montre que le développement d'un partenariat efficace, c'est-à-dire qui permet de produire plus et mieux que ne le peuvent les acteurs pris isolément, est une borne critique sur laquelle il faut travailler. Le partenariat n'est pas donné. À partir du moment où, devant un problème, des acteurs conviennent qu'ils feraient mieux ensemble et que logiquement le partenariat s'impose, celui-ci devient un enjeu pour lequel des compromis peuvent être acceptés et

¹⁴⁵ Plans régionaux d'organisation de services élaborés dans le cadre de la Loi 120 par les Régies régionales, en concertation avec le milieu communautaire, où les organismes sont financés en échange de leurs services. La tendance générale des PROS est au financement des services au détriment de l'approche globale et notamment des activités de critique sociale des organismes (Panet-Raymond & Lavoie, 1996).

un objectif pour lequel des moyens doivent être consentis. Si elle fait l'objet d'une étape initiale cruciale, la construction du partenariat n'est pas absente des autres étapes cruciales du projet. L'expérience montre qu'il s'agit d'une œuvre jamais achevée et qu'à chaque étape ultérieure ses arrangements seront renégociés, sur la base des principes et du rapport établi entre les acteurs. Dit autrement, l'innovation se construit en même temps que se construit et se reconfigure le partenariat qui est à son origine.

La discussion sur cette borne critique qu'est la construction d'un partenariat efficace ne peut négliger de considérer les pressions de l'environnement interne et externe qui s'exercent sur lui. Dans le cas étudié, ces pressions ont été de deux ordres. D'abord celles liées au temps. À cause du croisement de perspectives qu'elle exige et de la prise en compte de plusieurs facettes d'un phénomène, davantage que n'est susceptible d'en requérir un seul acteur à partir de son paradigme dominant d'analyse, la production en partenariat demande du temps. Et l'environnement presse le partenariat d'aboutir, ce qui le met à l'épreuve, ce qui lui impose des raccourcis où les activités destinées à la population peuvent prendre trop rapidement le pas sur les activités destinées à construire le partenariat.

Ensuite les pressions liées au calcul coûts/bénéfices que font les organisations partenaires à l'égard du partenariat, dès l'étape de sa formation. À court terme, il peut sembler plus efficace aux partenaires de travailler seul, tel qu'en témoignent les élans autonomistes et les remises en question répétées du partenariat, notamment par le CLSC Pierrefonds qui se voyait pressé par un agenda de production serré et surtout, confronté à une remise en question de son modèle d'action. Ce cas montre aussi que l'appréciation coûts/bénéfices qu'en font les partenaires à plus long terme tend à être plus avantageuse. Sur cette question, des études ont montré qu'un rapport coûts/avantages positif est la variable la plus étroitement associée au maintien de la participation (Butterfoss et al., 1993; 1996b; McLeroy et al., 1994).

Au bilan, ce cas nous apprend que si l'action en partenariat est une façon de faire plus de qualité, construire ce partenariat sur un certain équilibre des pouvoirs entre les acteurs et en vertu de l'intérêt public supérieur figurent parmi les conditions de production de la qualité.

2 *LA COHABITATION DES PARADIGMES D'ACTION AU CŒUR DE LA CO-CONSTRUCTION
DU PARTENARIAT*

Un projet qui permet de s'adresser aux femmes de différents groupes d'âge, milieux ethniques et socio-économiques; qui peut se déployer autant dans les places et événements publics qu'en milieu de travail ou à domicile; qui est en mesure d'aborder autant les gênes et appréhensions liées à la culture et à l'image sociale des seins qu'à la technologie de la radiographie; qui est construit de sorte à s'appuyer sur les réseaux d'appartenance des populations visées; et qui, au travers de ces différents médiums, réussit à livrer un message cohérent; un projet qui cumule autant de caractéristiques ne peut être obtenu à partir d'un seul paradigme d'action.

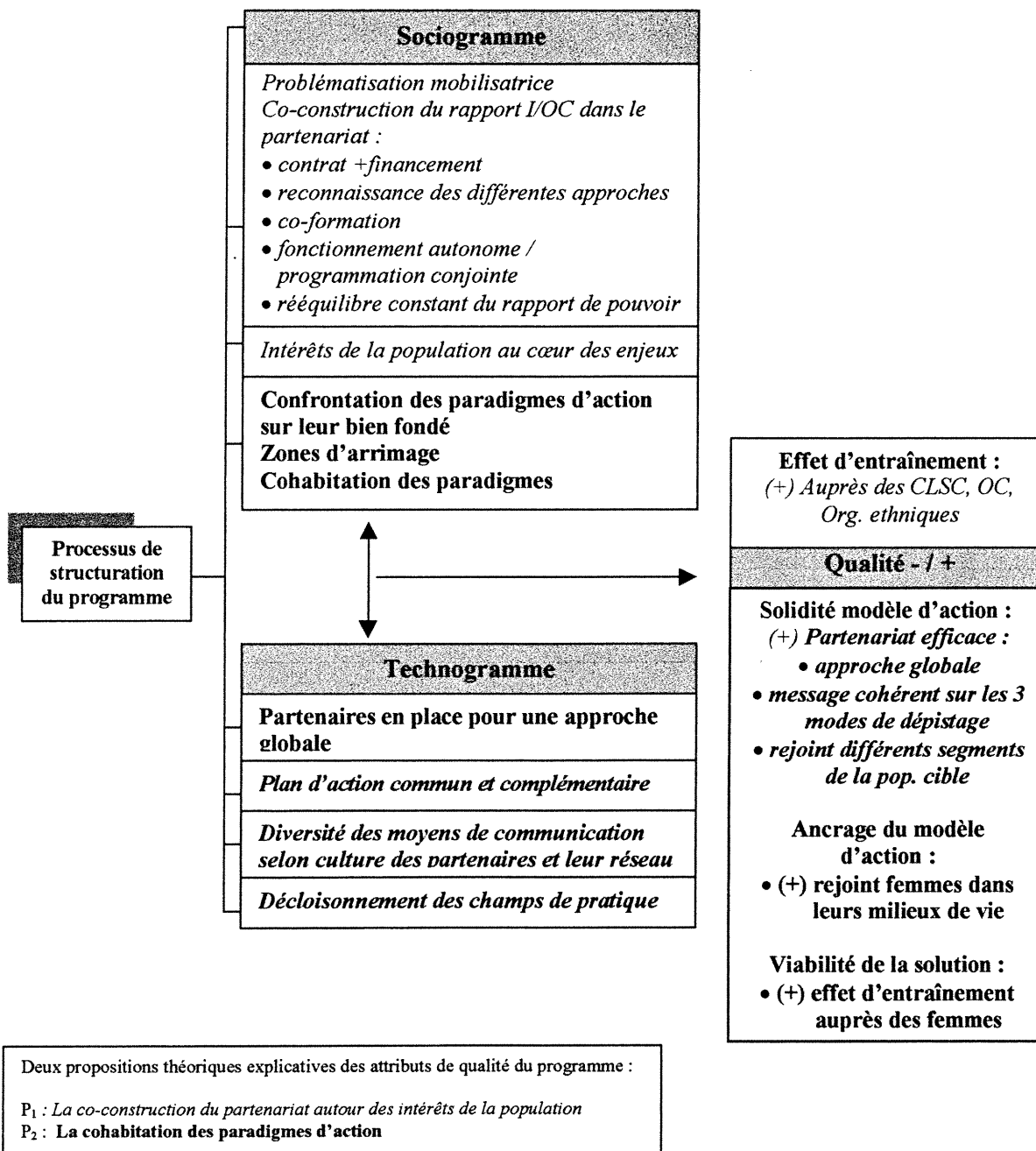
Alors que les forces de la coopération permettent au partenariat de se maintenir et de générer des produits, les forces du conflit, ancrées dans la position sociale des acteurs et leurs paradigmes d'action, alimentent la dialectique, de sorte à ne pas perdre dans le produit commun les acquis de chaque approche. C'est ce qui permet aux acteurs de générer des produits dont la teneur n'est pas comparable à ce qui aurait pu être obtenu par une démarche parallèle.

Les stratégies déployées par les acteurs pour construire leur partenariat et qui ont favorisé la cohabitation des paradigmes d'action sont celle de l'adoption d'un principe de respect des différentes approches et celle des discussions sur les fondements idéologiques et théoriques à la base de leurs prises de position et de leurs pratiques, discussions qui ont permis l'établissement du bien fondé des paradigmes, du point de vue des bénéfices que peuvent en retirer les populations. Les acteurs ont identifié par là les zones de convergence à partir desquelles construire une action conjointe (autour de l'information juste, complète et accessible). Les acteurs ont ainsi procédé à une redéfinition de la problématique pour les fins du projet commun, qui n'intègre pas l'ensemble de la problématique posée par chaque partenaire mais qui s'articule autour d'un terrain commun qui fait consensus. Cette nouvelle problématisation créée par les acteurs du projet constitue leur zone de coopération. Sur cette base, ils ont développé un programme éclectique où diverses perspectives théoriques cohabitent, où les outils reflètent la culture des différents partenaires et où les réseaux d'appartenance de chacun sont mis à profit. Et l'analyse de la qualité montre que ses attributs dépendent de cette diversité maintenue.

Les acteurs n'ont pas cherché à atteindre un compromis autour d'un paradigme d'action. Si c'est la complexité des problèmes qui exige une action partenariale, c'est dire qu'une seule vision ne suffit pas et qu'il faut associer différentes perspectives d'analyse, prendre ce que chacune a de singulier ou de plus utile, pour tendre à élaborer une réponse de qualité, c'est-à-dire solide, ancrée,

viable. L'histoire de ce cas tend à montrer que la recherche d'un compromis qui signifierait l'établissement de la supériorité d'un paradigme sur la base du rapport de pouvoir entre les acteurs n'est pas un gain, du point de vue de la qualité.

Figure 6
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité
Projet Information des femmes sur le cancer du sein



CAS 3

LE PROJET DE *SÉCURITÉ ALIMENTAIRE* DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

CAS 3 : LE PROJET DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

CHAPITRE XVIII LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET ET SES ACTEURS

1 LE CONTEXTE

Le contexte d'émergence de la sécurité alimentaire dans nos sociétés dites avancées est celui de l'accroissement du problème de la faim lié à l'accroissement de la pauvreté. En cette fin de siècle, le mode de développement économique des sociétés post-industrielles est générateur de pauvreté. Ce mode de développement est caractérisé par la rationalisation des entreprises; la ré-ingénierie des procédés de production à la faveur du développement technologique, entraînant une réduction des besoins de main d'œuvre et particulièrement de la main d'œuvre non spécialisée; le délestage, par la grande entreprise, de larges secteurs d'activités vers de petites et moyennes entreprises (PME) où les conditions de travail sont généralement inférieures; le développement de l'emploi dans le secteur de la petite, voire de la micro entreprise, et du travail autonome. Ce qui a pour conséquence un accroissement de la population à la charge des mesures sociales et des masses de travailleurs qui, sans être chômeurs ou prestataires de la sécurité du revenu, ne s'en trouvent pas moins avec un revenu insuffisant pour assurer leurs besoins de base. Ce mode de développement est supporté par l'idéologie néo-libérale qui fait de l'accroissement du profit la valeur première de l'entreprise, en même temps qu'elle entraîne une révision à la baisse des programmes sociaux et une remise en question du rôle de redistribution de la richesse que s'étaient donné les États modernes, par le biais des politiques fiscales et sociales.

C'est ainsi qu'aux populations reconnues pauvres, telles celles de régions rurales éloignées des centres de développement économique, ou celles de quartiers urbains dits socio-économiquement défavorisés, où se concentrent notamment les prestataires de la sécurité du revenu, ou encore celles des travailleurs précaires et à petits salaires, s'ajoutent de nouveaux groupes victimes de l'ordre économique, que l'on désigne de nouveaux pauvres, généralement plus instruits, et composés d'étudiants, de professionnels sans emploi, de travailleurs autonomes¹⁴⁶.

¹⁴⁶ En 1995, le taux de chômage au Québec oscillait autour des 12% alors qu'il n'était que de 4,6% il y a 30 ans; 800 000 personnes vivent de prestations de la Sécurité du revenu et une personne pauvre sur deux est une personne qui travaille (Leduc-Gauvin J, 1996).

Ce sont des fragments de ce nouvel ordre économique, souvent combinés aux séquelles de l'ère industrielle du début du siècle¹⁴⁷ ou à l'évolution socio-démographique, qu'évoquent les acteurs de l'aide alimentaire pour appuyer la pertinence de leur action. À la concentration de la pauvreté dans certaines zones urbaines, se superposent des facteurs aggravants liés à l'aménagement urbain et à l'approvisionnement alimentaire. Certains quartiers se trouvent plus vulnérables à cause d'obstacles physiques au transport; ou parce qu'ils sont mal desservis par le réseau commercial régulier et donc plus dépendants des dépanneurs et petits commerces où les denrées sont moins fraîches et plus chères (Bertrand, 1989, cité dans Bertrand et al., 1998); ou parce qu'ils sont victimes des politiques de prix des supermarchés qui affichent des différences selon l'emplacement des établissements (Travers, 1993, cité dans Leduc-Gauvin, 1996). Et comme la pauvreté est bien davantage que le manque de revenu, elle est souvent accompagnée d'un défaut de connaissances et d'habiletés en matière d'économie domestique, de transformation des aliments de base et de conservation. Des ménages peuvent bien disposer en principe d'un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins de base mais leur carence au plan des habiletés accroîtra leur vulnérabilité à l'insécurité alimentaire.

Devant l'accroissement et la diversification des visages de la pauvreté, le domaine de l'aide alimentaire dans la région montréalaise (comme ailleurs au Québec et au Canada) est en pleine mutation depuis la fin des années 1980. Traditionnellement orienté vers le dépannage alimentaire, c'est-à-dire la distribution d'aliments devant suppléer à des besoins subits, le recours à ce filet de secours alimentaire s'est développé et tend à devenir chronique. Cet effet de dépendance amène des organismes à créer ou transformer une partie de leurs activités vers des solutions plus permanentes qui incitent à l'implication des personnes et à la prise en charge. La plus connue de ces solutions est celle des cuisines collectives. D'autres pratiques, tels les magasins partage, les groupes d'achat, les ateliers de cuisine et d'économie familiale, les jardins communautaires tendent, à des degrés divers, vers ces objectifs d'autonomie. Ces pratiques que l'on désigne de pratiques de prise en charge tendent à se développer selon une perspective d'éducation populaire et de développement communautaire (Beeman et al., 1996).

¹⁴⁷ Les fermetures d'usines liées à la transformation de l'infrastructure industrielle ont entraîné l'appauvrissement des quartiers ouvriers de Montréal; il suffit de rappeler la fermeture des usines Angus dans le quartier Rosemont, ou des carrières Miron et Francon dans le quartier St-Michel. De plus, le développement urbain désordonné associé au développement industriel de la première moitié du siècle dans la région de Montréal laisse en héritage, dans certains quartiers, des barrières physiques tels l'autoroute métropolitaine ou de larges boulevards, ou d'anciens sites industriels telle la carrière Miron, barrières qui divisent les quartiers en zones enclavées et avec lesquelles les résidents d'aujourd'hui doivent composer.

C'est dans cette mouvance qu'est apparue la notion de sécurité alimentaire dans les pays occidentaux. D'abord introduite au plan mondial au sein de l'ONU¹⁴⁸ dans le contexte des pays en voie de développement et des rapports entre pays riches et pays pauvres, cette notion a été adoptée dans les sociétés occidentales devant l'accroissement de la pauvreté et du problème de la faim depuis le début des années 1980, et particulièrement devant l'accroissement du recours aux banques alimentaires pour répondre au besoin primaire de l'alimentation.

Au Québec, la tenue en 1992 du colloque *Au-delà du dépannage alimentaire*, par le Comité Québec de l'Association canadienne de la Journée mondiale de l'Alimentation¹⁴⁹ (sous la gouverne de l'ONU), marque l'entrée en scène de ce concept. Principalement développée par des professionnels de la nutrition (au sein de la FAO), c'est par la filière de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) que cette notion connaîtra chez-nous son développement. Cette ordre professionnel tient depuis le début des années 1990 une réflexion sur le sujet. Il s'est doté d'un comité de travail sur la sécurité alimentaire, où siègent des nutritionnistes communautaires œuvrant en milieux communautaire et institutionnel (CLSC, Directions de la santé publique); il adoptait en 1996 une position bien documentée appelant à l'action (Leduc-Gauvin, 1996), qui servira de base à l'élaboration de la priorité régionale de sécurité alimentaire.

Cette position rompt avec l'individualisation et la médicalisation des phénomènes engendrés par la pauvreté pour proposer une analyse politique de la faim au Québec. L'OPDQ pose d'entrée de jeu que les causes de l'insécurité alimentaire sont « *d'ordre structurel, politique et économique, et sont liées à la pauvreté, à la précarité de l'emploi, aux inégalités sociales et fiscales* » (Gauvin, 1996, p.6), et que l'insécurité alimentaire a des conséquences sur la santé nutritionnelle, physique et mentale des populations qui en sont victimes. L'OPDQ affirme que le système de dépannage en développement depuis les années 1980 ne règle en rien le problème de la faim et peut entraîner une dépendance chronique; il valorise les initiatives communautaires de prise en charge qui respectent la dignité des personnes. L'OPDQ en appelle à l'action des gouvernements en faveur de politiques économiques favorables au développement d'emplois stables et convenablement

¹⁴⁸ Le droit à une alimentation adéquate est reconnu depuis la Déclaration universelle des droits de l'Homme (ONU, 1948). La notion de sécurité alimentaire, développée au sein des instances de l'ONU, notamment la FAO (Food and Agriculture Organization), a été introduite en 1991 à la Déclaration universelle des droits de l'Homme : « *Un ménage est considéré en sécurité au point de vue alimentaire quand il a accès aux aliments nécessaires à une vie saine pour tous ses membres, soit des aliments adéquats quant à leur qualité, quantité, innocuité et acceptabilité culturelle et s'il n'est pas à risque indu de perdre cet accès* » (ONU, 1991).

¹⁴⁹ La *Journée mondiale de l'alimentation* est un événement tenu annuellement depuis 1979 dans plus de 150 pays, le 16 octobre, jour de la création de la FAO à Québec il y a 50 ans. L'événement vise la sensibilisation de l'opinion publique mondiale au phénomène de la faim. L'Association canadienne de la Journée mondiale de l'alimentation est une coalition d'environ 250 organismes qui vise à promouvoir auprès du public la discussion et l'action sur la sécurité alimentaire. Des comités locaux, tel le Comité Québec, vise à rapprocher la réflexion et l'action des collectivités.

rémunérés, de politiques sociales et fiscales plus équitables, et propose un renforcement du rôle de la société civile, organismes communautaires, universités, industries agroalimentaires.

Le contexte des priorités régionales de santé et de bien-être s'est avéré aussi propice à l'élaboration d'actions en rupture avec les pratiques institutionnelles traditionnelles. La réflexion entourant la détermination des priorités propose de s'intéresser à la situation alimentaire, décrite en termes de carences nutritionnelles et d'inégalités dans l'accès à des choix alimentaires salutaires, pour les populations des secteurs défavorisés. La réflexion, qui s'est tenue surtout dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, délaisse une lecture épidémiologique de la situation, qui s'appuie sur des associations statistiques entre les problèmes de santé et de développement chez les enfants et le niveau de défavorisation de leur milieu d'origine, pour adopter une formulation plus sociale du problème qui place la pauvreté au premier plan des causes, pauvreté qui entraîne des conséquences multiples et considérables sur la santé des femmes enceintes, des bébés, des enfants et des familles, sans négliger de considérer les coûts énormes de ces conséquences pour les services publics. Au chapitre des voies d'action, cette position du problème marque le pas des mesures sociales et communautaires, plus novatrices, sur les mesures cliniques institutionnelles traditionnelles. On a mis de l'avant l'idée d'une politique de sécurité alimentaire élaborée en partenariat, visant l'accès et la réduction des coûts de l'alimentation, plutôt qu'une approche de « counseling » centrée sur les conseils en nutrition.

Le positionnement dans les priorités régionales de la sécurité alimentaire selon cette perspective représente un levier et ouvre la porte à un financement accru pour les pratiques communautaires qui offrent une alternative au dépannage alimentaire.

2 *LA CONSTITUTION DU RÉSEAU*

Les acteurs du champ de l'aide alimentaire sont tantôt issus du mouvement communautaire et de tradition militante, tantôt de tradition caritative, dont ceux rattachés aux institutions religieuses. Au cours de la dernière décennie, dans la région de Montréal comme dans plusieurs régions du Québec, l'évolution du champ a été marquée par la mise en place d'un véritable système, presque institutionnalisé, de récupération – redistribution auquel ont recours pour leur approvisionnement une large part des pratiques d'aide alimentaire. Dans la région, c'est Moisson Montréal¹⁵⁰ qui préside à ce développement. Sans que Moisson Montréal soit directement impliquée dans le projet

¹⁵⁰ Née en 1984, Moisson Montréal est la première banque alimentaire au Québec et l'une des douze banques régionales regroupées au sein de la Fédération des Moissons du Québec.

de sécurité alimentaire, elle en est un acteur incontournable par le biais des organismes qui s'y approvisionnent et par la concurrence qu'elle représente pour toute initiative alternative. Un autre groupe d'acteurs d'importance est formé des organismes locaux qui développent des pratiques de prise en charge et qui ont été interpellés par le projet. Y figure la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain (TCFMM) qui se fait le promoteur des approches alternatives et de la critique sociale dans le champ. Enfin, figurent les acteurs du secteur public, essentiellement les secteurs municipal, scolaire et socio-sanitaire, dont l'implication dans le champ est plus récente et surtout axée sur le développement de la concertation entre les différents organismes et avec les services publics. Leur implication a déjà donné lieu à une première initiative, Nourrir Montréal (1991-1995), précurseur du Comité régional de sécurité alimentaire qui a vu le jour dans ce projet.

2.1 Le système de récupération – redistribution, Moisson Montréal en tête

Fondée sur des valeurs écologiques par le biais de la récupération et des valeurs caritatives par la redistribution, Moisson Montréal assure pour la région (Montréal, Laval, Rive-Sud) la récupération à une large échelle¹⁵¹ des surplus de l'industrie agroalimentaire qu'elle redistribue gratuitement aux organismes communautaires d'aide et de dépannage alimentaire selon un système d'accréditation et de quotas¹⁵². La plupart des organismes de la région qui opèrent un service de dépannage s'y approvisionnent, en tout ou en partie. Ces organismes se sont aussi dotés des critères d'admissibilité et ont aussi instauré avec les années et l'augmentation de la demande différents systèmes de contrôle (évaluation des cas, quantité et fréquence en fonction du revenu et de la taille des ménages, contribution de l'utilisateur, limitation du nombre de visites par usagers). Outre la distribution de provisions, la récupération sert aussi à soutenir des centres de jour et des centres d'hébergement; plusieurs des cuisines collectives y ont recours, de même que les magasins partage, les restaurants populaires et différents organismes pour la préparation de repas communautaires. Les données de Moisson Montréal montrent un accroissement important et constant du volume de nourriture redistribuée, du nombre d'organismes et de personnes desservis¹⁵³.

¹⁵¹ En 1997-1998, les fournisseurs sont 150 entreprises agroalimentaires (manufacturiers, distributeurs, courtiers alimentaires, producteurs maraîchers) et 115 donateurs de biens et services (transport, entreposage, emballage).

¹⁵² En 1997-98, les organismes desservis par Moisson Montréal sont 74 centres de jour (soupe populaire (ex : Accueil Bonneau), centres communautaires, centres d'action bénévole); 43 centres d'hébergement (ex : des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté); 40 comptoirs alimentaires et centres de dépannage; 8 cuisines collectives; 5 restaurants populaires.

¹⁵³ De 1991 à 1998, le volume de nourriture récupérée est passé de 8 à 48 tonnes par jour; le nombre d'organismes desservis est passé de 150 à 235 et une centaine sont toujours en attente. L'organisme estime en 1998 à 87 073 le nombre de personnes différentes rejointes chaque mois, ce qui représente une augmentation de 36% par rapport à 1996 (Moisson Montréal, 1998).

Dans ce système figurent aussi des organismes tels les Sociétés Saint-Vincent-de-Paul¹⁵⁴, l'Armée du salut, inspirés des valeurs de charité chrétienne, qui poursuivent la tradition du don d'aliments, de bons d'achat, et d'actions ponctuelles à la période des fêtes (paniers de Noël, magasins partage). Ces organismes s'approvisionnent en partie de façon autonome mais aussi auprès de Moisson Montréal. Des contrôles existent là aussi; par exemple, les Sociétés St-Vincent-de-Paul disposent d'un fichier central informatisé qui permet de vérifier si un client a bénéficié d'un don ailleurs.

Mais de plus en plus, on reconnaît à ce système des limites importantes. Moisson Montréal ne suffit pas à la demande (quotas établis pour les organismes, liste d'attente); elle ne peut assurer la qualité ni la variété des aliments redistribués¹⁵⁵, ni procurer de l'information sur leur transformation et leur valeur nutritive (Beeman et al., 1996). Des organismes se questionnent devant la perte de contact social avec les usagers qui accompagne l'accroissement du volume. Même, certains des artisans des banques alimentaires en re-questionnent la pertinence. La Fédération des Moissons a amorcé une réflexion sur l'impact social des banques alimentaires en s'associant les universités (Beeman et al., 1996). Elle croit que l'aide alimentaire doit se transformer car la situation socioéconomique et politique a évolué et que les solutions à court terme ne suffisent plus. Sur cette question, la plupart des experts du domaine conviennent de la nécessité que les banques alimentaires soient partie prenante de la réflexion collective sur le sujet puisqu'elles sont, par leurs actions, partie prenante du problème et qu'elles constituent des acteurs indispensables de la recherche de solutions.

Malgré cette remise en question à la marge, la récupération – redistribution et la pratique du dépannage alimentaire, qui est de loin la plus répandue, trouvent bonne grâce auprès des bailleurs de fonds (notamment Centraide qui appuie Moisson Montréal de façon permanente depuis 1986 – 27% de son financement en 1997-1998), de l'État et des Fondations privées¹⁵⁶. Moisson Montréal dispose d'un revenu annuel de l'ordre de 1 700 000\$ (1996-1997), dont une part importante (38%) provient de levées de fonds auprès du public, ce qui témoigne de l'appui populaire à ce type de pratique. Le rationnel à la base des pratiques récurrentes de dépannage alimentaire est que les

¹⁵⁴ « Les statistiques de la Société Saint-Vincent-de-Paul indiquent que le nombre de personnes qui réclament des « tickets » d'alimentation a augmenté sensiblement depuis 5 ans, passant de 6 600 à 20 000 ». (Langlois, 1990, p. 10).

¹⁵⁵ Les denrées récupérées doivent être triées puisqu'elles sont en partie impropres à la consommation. Aussi, plus des deux tiers sont des fruits et légumes et des produits de boulangerie. Il manque les viandes, produits laitiers, œufs, poissons, produits non périssables pour assurer une alimentation équilibrée.

¹⁵⁶ En 1989, la Succession J.A DeSève finance l'acquisition d'une bâtisse où s'installe Moisson Montréal jusqu'en 1997. Le local-entrepôt occupé actuellement, acquis aux coûts de 2 M\$ en 1997, a été entièrement financé par la Succession J.A DeSève, la Fondation Marcelle et Jean Coutu et la Fondation J. Armand Bombardier. Il a été aménagé grâce à une subvention de 1M\$ (décembre 1997) du Fonds de développement du ministère de la Métropole.

personnes pauvres n'ont pas de ressources financières pour participer à des solutions qui ne dépendent pas du dépannage et qu'elles n'ont pas de capacité personnelle de prise en charge. Il faut donc les aider. Les personnes pauvres y sont vues comme « objet » de la sollicitude des mieux nantis, qui est par ailleurs pour ces derniers une source de reconnaissance sociale. La logique de développement de ce système est d'accroître le volume d'aliments récupérés, de telle sorte à répondre à une demande qui ne cesse d'augmenter.

Dans ce contexte, Moisson Montréal se voit, à l'exemple de Centraide, comme un organisme qui favorise « *la centralisation du don et la décentralisation des services d'intervention et d'assistance* ». Selon sa direction, ses visées expansionnistes sont justifiées. « *Les banques alimentaires ne sont pas prêtes à s'éteindre /.../ et il n'y a que les intellectuels pour croire et faire croire qu'elles devraient être gérées comme si elles étaient pour disparaître demain* » (compte rendu de la réunion de la TCFMM, 16 juin 1997). Étant donné l'ampleur du réseau qu'elle soutient, l'appui public à son égard et la tendance conservatrice de son conseil d'administration¹⁵⁷, peu d'éléments sont actuellement susceptibles de l'entraîner vers une autre voie¹⁵⁸.

2.2 Les acteurs de l'alternative et leur porte-parole, la Table de concertation sur la faim

L'alternative au dépannage s'appuie sur des valeurs de citoyenneté et de solidarité. Plutôt que d'être considérées comme objet de sollicitude, ces principes veulent que les personnes pauvres soient considérées, au même titre que tout autre personne, comme des citoyens à part entière, des sujets actifs dans la résolution de leurs difficultés et la prise en charge de leur vie; des sujets actifs devant diverses instances de pouvoir (organisme, école, municipalité, État); des sujets responsables de leur propre développement et du développement collectif; des acteurs de l'action solidaire. Évidemment, si ces principes guident l'action, ils se reconnaissent à des degrés divers dans les pratiques. Ainsi, les pratiques se distinguent-elles par le degré d'implication des participants /usagers, notamment par la place qu'ils y tiennent dans les lieux de décision. Ces pratiques se distinguent aussi par leur degré de dépendance au système de récupération - redistribution où, en définitive, peu d'entre elles fonctionnent complètement de façon autonome. Seule se démarque la formule des groupes d'achat.

¹⁵⁷ Son Conseil d'administration est formé principalement de gens du milieu des affaires, des professions libérales (médecin, avocat, comptable) et que marginalement d'organismes communautaires. Moisson Montréal ne fonctionne pas sur une base démocratique où les organismes receveurs pourraient en orienter les politiques.

¹⁵⁸ À l'appui, Moisson Montréal a contesté les prises de position publiques de la DSP sur les effets de dépendance associés au dépannage alimentaire, en décembre 1996. De plus, la Fédération des Moissons n'approuverait pas ses visées expansionnistes (compte rendu de la réunion du Comité régional, 13 décembre 1996).

Les **groupes d'achat** visent à ce que, regroupées, les personnes pauvres puissent s'inscrire comme acteur économique. L'expérience existe depuis plusieurs années dans des pays tel le Japon où on en dénombre 60 000. Au Québec, cette pratique a été développée au Groupe-Ressource (1992) du Plateau-Mont-Royal. Le groupe d'achat est une coopérative d'achat. Ses sociétaires peuvent faire des achats de gros, au prix du gros, chez un grossiste. La formule exige peu d'infrastructure, comparée à une épicerie coopérative¹⁵⁹. Le groupe se réunit une fois par mois pour faire la liste des achats. Il acquitte la facture à l'avance (aucune mise de fonds requise). L'achat et la distribution se font le même jour et exige la contribution des membres. Le groupe exerce le contrôle sur la qualité et la diversité de son approvisionnement. Un système informatisé de gestion accroît l'efficacité et la fiabilité des opérations (liste d'épicerie, partage des produits, facturation aux membres). Le groupe d'achat est aussi un lieu d'apprentissage de la coopération et de partage des savoirs (notamment alimentaires). Il a fallu presque deux ans au Groupe-Ressource pour consolider son premier groupe; en 1996, il compte une soixantaine de membres. *« Le moteur, c'est des gens plus instruits mais qui sont sur l'aide sociale. /.../ Alors avec eux, ça permet de promouvoir des projets de prise en charge par les citoyens, qui vont avoir des effets sur des gens pauvres, moins scolarisés »* (verbatim des ateliers d'évaluation de la vraisemblance). Et le Plateau Mont-Royal est un quartier où il y a beaucoup de « nouveaux pauvres » qui n'ont pas tendance à aller dans les banques alimentaires. Différemment des autres pratiques d'aide alimentaire, le faible revenu n'est pas un critère d'adhésion et bien que la clientèle soit composée essentiellement de gens à faible revenu, le stigmate de l'assistance sociale se trouve levé.

Le transport est la principale difficulté des groupes. Si le Groupe-Ressource dispose d'un camion fourni gratuitement par une paroisse, réduisant au minimum les frais de transport (2\$ par participant), d'autres groupes doivent louer cet équipement, ce qui accroît leur coût de revient. La perspective de développement des groupes d'achat est, d'une part, dans le regroupement du milieu communautaire, c'est-à-dire dans la mise en réseau des groupes d'achat de plusieurs quartiers afin de maximiser le pouvoir d'achat et réduire les coûts. Les prix peuvent alors équivaloir à ceux offerts aux grandes chaînes d'épicerie et représenter des rabais de l'ordre de 30% à 50%. À cet égard, le Groupe-Ressource a initié en 1997 la mise en réseau des groupes et la circulation des expériences coopératives et en janvier 1998, le Regroupement des groupes d'achat du Québec est

¹⁵⁹ Deux formules d'épicerie coopératives, inspirées des clubs de consommateurs qui ont connu un certain succès entre les années 1970 et 1980, ont été répertoriées par Beeman et al. (1996). L'une s'approvisionne dans les magasins commerciaux en profitant des rabais et revend au prix coûtant jusqu'à épuisement des stocks. L'approvisionnement est réservé aux membres admis après évaluation de leur situation financière (le Carrefour d'alimentation et de partage St-Barnabé (1991) dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve). L'autre s'approvisionne auprès des grossistes et bénéficie de dons. La participation des membres y est obligatoire et le financement annuel est entièrement assuré par les ventes (le Petit Marché de la Ruche Vanier (1991) à Québec).

né. D'autre part, le développement est dans un rapprochement avec les producteurs agricoles, de sorte à éliminer des intermédiaires.

Quand aux **magasins partage**, ils ont été développés en alternative aux paniers de provisions distribués à Noël. Ces magasins sont conçus comme des épiceries et visent à ce que les usagers puissent faire le choix de leurs denrées. Leur philosophie est celle d'une chaîne de solidarité sociale au sein du quartier, impliquant les citoyens, marchands et organismes donateurs, et les familles usagères qui, par une contribution financière, concourent à la caisse d'entraide de l'organisme ou, souvent, s'impliquent comme bénévole. L'aidé redevient ainsi acteur. La formule, déjà existante dans quelques organismes, a été promu par la Table de concertation sur la faim, en collaboration avec Nourrir Montréal, dans le cadre d'une campagne « Action Dignité » lancée en 1993. Depuis, la Ville de Montréal soutient l'initiative. En 1996, le Regroupement comptait 15 magasins partage, qui ont mobilisé 1 600 bénévoles, répondu à 5 000 demandes et distribué pour une valeur de 475 000\$ de denrées. En 1997, les magasins partage ont effectué leurs achats en se joignant au groupe d'achat du Groupe-Ressource. Là aussi, la demande s'accroît. Certains organismes en évaluent négativement le rapport coûts / bénéfices lorsque la ressource est ponctuelle, alors que d'autres souhaiteraient la rendre permanente¹⁶⁰.

Bien connues, les **cuisines collectives** sont un modèle d'entraide sociale né en Amérique du Sud (Pérou, Brésil, Chili). Au Québec, elles ont vu le jour dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve de Montréal en 1987. En 1997, on en compte environ 500 au Québec dont 200 sont membres du Regroupement des cuisines collectives du Québec. Comme d'autres pratiques, elles n'opèrent pas de manière autonome mais elles sont développées et soutenues par un organisme, dans la plupart des cas, un organisme communautaire mais aussi par des CLSC. Il s'agit d'un regroupement de personnes qui mettent en commun leurs ressources (argent, connaissances) pour faire leurs achats et cuisiner ensemble des repas qu'elles rapporteront à domicile. Les groupes utilisent les équipements de leur organisme hôte et le prix de revient est d'environ 1\$ le repas et moins, si le groupe a accès à des aliments récupérés. Des regroupements de cuisines collectives, tel le Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau (RCCGP) (23 groupes de cuisine membres en 1994) qui a été mis sur pied en 1992 par plusieurs organismes communautaires et par le CLSC, visent la promotion et le soutien au démarrage de groupes en même temps qu'ils fournissent aux groupes membres les services nécessaires à leur fonctionnement et leur

¹⁶⁰ Un exemple de magasin permanent, *Le Grenier* à Lauzon (1993) (rive sud de Québec), mis sur pied par la Corporation Action Christ-Roi (1991), s'approvisionne en partie auprès de Moisson Québec et sur le marché avec la valeur des bons d'achat que les usagés reçoivent ou achètent auprès des Sociétés St-Vincent-de-Paul et organismes associés.

consolidation (formation, gardiennage, bulletin d'information, local de cuisine équipé, négociation d'ententes avec Moisson Montréal pour l'approvisionnement).

Quant aux **cours d'économie domestique** et de **cuisine saine et économique**, ils sont un lieu de formation et d'accompagnement visant à développer les capacités à faire à manger de façon saine et économique; ils concourent aussi au développement personnel des participants. Ils se veulent une réponse au peu d'habiletés à apprêter les aliments de base et à la tendance à acheter des mets préparés, constatée par plusieurs organismes chez la clientèle des services d'aide alimentaire¹⁶¹. Ce manque d'habiletés culinaires est aussi une barrière à la participation aux cuisines collectives ou aux groupes d'achat. Le Carrefour d'éducation populaire de Pointe-St-Charles fait figure d'exemple en ce domaine avec la production d'un document, *Manger mieux... à quel prix?*, et d'un vidéo, *Bien manger sans se ruiner*, distribués partout au Québec.

Enfin, les **restaurants populaires** sont des entreprises de transformation d'aliments récupérés en repas à prix modiques. Ils se veulent aussi des lieux de formation en milieu de travail dans le cadre des programmes gouvernementaux d'intégration à l'emploi. Ils sont des lieux d'échange et d'éducation où sont réalisées diverses activités tels des repas communautaires thématiques, des ateliers d'information, etc... Le plus connu est le Chic Resto Pop dans Hochelaga-Maisonneuve. Quant aux **repas communautaires**, ils sont avant tout un lieu de rencontre et d'échange visant à briser l'isolement et favoriser l'intégration sociale. Leur formule varie. Dans certains cas, les plats apportés par chaque participant sont mis en commun; dans d'autres cas, le repas est cuisiné, le plus souvent à partir d'aliments récupérés, par quelques personnes bénévoles (dans la plupart des cas) et offert gratuitement ou à très faible coût aux participants.

Ces diverses pratiques sont soutenues et promues par une instance régionale, la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain, mise sur pied en 1986 par le mouvement communautaire¹⁶², qui constitue un lieu de débats, de réflexions, d'échanges, de circulation et de promotion des expériences. Ses actions sont celles de la formation, du développement d'outils pédagogiques, de la promotion des innovations pour contrer la faim et la pauvreté (les magasins partage, le regroupement des cuisines collectives et des groupes d'achat, le montage de collaborations avec le milieu agricole –en incubateur–), de l'éducation du public et des pressions

¹⁶¹ Selon les intervenants communautaires, ces difficultés ne semblent pas exister chez les communautés ethniques.

¹⁶² La Table regroupe des organismes communautaires de première ligne, des regroupements tel le Regroupement des cuisines collectives du Québec, des concertations locales ou régionales telle la Coalition sur l'alimentation de Hochelaga-Maisonneuve, des Centres de femmes, ATD-Quart-Monde; Moisson Montréal y est membre, tout comme la Société St-Vincent-de-Paul, l'Archevêché de Montréal et le Centre St-Pierre; aussi un groupe de recherche de l'UQAM et la Ville de Montréal (participation ponctuelle). Financement annuel de 115 300\$ (1996-1997).

politiques. Tout en dénonçant la dérive clientéliste des banques alimentaires et des restaurants populaires, et tout en étant consciente des effets pervers du dépannage, la Table n'oppose pas le dépannage alimentaire aux initiatives de prise en charge mais tend plutôt à mettre l'accent sur les inégalités sociales à l'origine de ces pratiques. L'orientation de la Table en est une de critique sociale visant à mettre sur la place publique les causes structurelles de la faim et la revendication de meilleures conditions de vie. Le colloque tenu en 1996 par la Table sous le thème *Faim et pouvoir* témoigne de sa position critique. Devant les effets pervers du dépannage alimentaire, la Table encourage les organismes à ramener cette pratique à sa position de solution d'urgence et à faire porter leur action sur le terrain du développement. Dans l'espace public, la Table agit comme porte-parole des organismes communautaires et des personnes appauvries envers l'État qu'elle voit comme responsable de la redistribution de la richesse dans la société.

2.3 Les enjeux qui confrontent les acteurs communautaires de l'aide alimentaire

La préoccupation la plus fondamentale devant la croissance des banques alimentaires et des organismes d'aide est celle d'y voir un remplacement graduel du système public de solidarité sociale, acquis de la Révolution tranquille, par un système de charité privée. Les temps de crise sont toujours propices à ce retour en force d'idéologies et de pratiques basées sur la charité pour compenser le rétrécissement soi-disant obligé des politiques publiques. Devant l'accroissement de la demande de dépannage, ses effets pervers, et les visées expansionnistes de Moisson Montréal et des organismes qu'elle soutient, la critique monte à leur égard¹⁶³ et il se trouve de plus en plus d'acteurs pour se demander qui, de l'offre ou de la demande, marque le pas.

La principale critique adressée aux banques alimentaires est de fonctionner comme une sorte d'industrie de la charité, avec ses fournisseurs, ses intermédiaires et ses clients, et de ne poursuivre aucun objectif social, sinon que de fournir de la nourriture aux personnes dans le besoin. On leur reproche d'exclure les premiers intéressés de la solution, ce qui résulte en une dépendance chronique envers les organismes de dépannage et une infantilisation des personnes, en plus de ne point assurer une alimentation convenable. On observe une transmission intergénérationnelle de cette dépendance; son évolution d'une mesure d'assistance vers un droit; l'extension de cette dépendance vers les organismes (pour la tenue de diverses activités tels des déjeuners-causeries, etc...); et le glissement vers cette dépendance de pratiques autonomes à leur origine (le cas des cuisines collectives). Utilisées sur une base régulière, les banques alimentaires sont perçues par

¹⁶³ À la Fédération des Moissons, une recherche sur la question a été commandée aux universités (Beeman et al., 1996); à Centraide, une révision des normes de financement est en cours; cette question est présente dans les établissements publics (en témoigne la présente priorité de la Régie régionale) et dans les universités (colloque au Congrès de l'ACFAS depuis quelques années; colloque « *Au-delà du dépannage alimentaire* » du Comité Québec de la Journée mondiale de l'alimentation, 1992).

leurs usagers comme une ressource communautaire nécessaire, plutôt qu'une mesure de dépannage. Elles tendent en fait à devenir un mode d'approvisionnement alimentaire (Jacobs-Starkey, 1998¹⁶⁴). La plupart des experts du domaine s'entendent pour dire que l'aide alimentaire d'urgence (le dépannage dans son sens premier) a toujours été et sera toujours nécessaire pour pallier aux situations de crise. Mais elle doit être considérée comme un transit vers des pratiques ayant une portée immédiate (ex : les cours de cuisine et d'économie familiale), puis vers des pratiques qui demandent davantage d'implication et d'organisation (ex : les groupes d'achat). Qui plus est, eu égard à leurs préoccupations écologiques, la critique soutient que les banques alimentaires ne contribuent en rien à la résolution du problème de gaspillage en agissant en sorte de « regrattier » d'un système de production-distribution alimentaire qui génère systématiquement des tonnes de rebuts chaque année.

Sur la base des principes de citoyenneté et de solidarité, les organismes communautaires sont interpellés dans leur capacité de se positionner en animateur d'une citoyenneté active plutôt qu'en gestionnaire d'un système de charité. Mais comment donc rompre cette chaîne de la dépendance : dépendance des usagers envers les organismes qui opèrent un service de dépannage et dépendance des organismes envers Moisson Montréal? Comment éliminer le dépannage sans risquer de disparaître, voilà l'enjeu auquel sont confrontés maints organismes. La majorité des organismes reconnaissent que le dépannage doit être un service temporaire et de dernier recours. Cependant, dans un contexte où la plupart sont soutenus par un financement précaire, aléatoire et insuffisant¹⁶⁵, devant l'accroissement de la demande, la pratique du dépannage, appuyée par les bailleurs de fonds, permet aux organismes de survivre. Beaucoup de visibilité sociale pour les milieux d'affaire est associée au don, ce qui constitue un obstacle pour les organismes qui en dépendent dans leur passage à des pratiques favorisant la prise en charge. Opérer un virage représente des risques, dont celui de perdre l'appui des bailleurs de fonds, et demande des efforts d'adaptation, tant pour les organismes que pour leurs usagers. Sans compter qu'opérer un service de dépannage requiert moins de ressources et que le développement de pratiques novatrices demande au personnel des compétences et donc une stabilité que le mode de financement des organismes ne favorise pas (Beeman et al., 1996).

¹⁶⁴ Cette étude réalisée selon un mode d'échantillonnage systématique montre que les usagers, composés également d'hommes et de femmes (41 ans d'âge moyen) sont à 83% bénéficiaires de la Sécurité du revenu. Seuls 2.6% ont un emploi. Les usagers sont nettement plus scolarisés que les usagères et nettement plus aussi que la population du Québec : 49% ont complété une formation technique ou universitaire contre 27% chez les usagères et 24% pour le Québec. Ils et elles sont, dans une large mesure, né(e)s à l'extérieur du Canada (43%), comparé à 10% des Québécois. Seuls 12.6% sont chefs de famille monoparentales; 40% vivent seuls et 35% avec un conjoint (respectivement 23% et 66% au Québec). Ces usager(e)s fréquentent les banques alimentaires régulièrement, 23% à chaque semaine et 44% d'une à deux fois par mois; 15% y étaient pour la première fois.

¹⁶⁵ Ces organismes sont financés de diverses sources : Centraide, les différents programmes gouvernementaux (Fonds d'adaptation de la main d'œuvre, Articles 25, programme Extra, programme de Soutien aux organismes communautaire (SOC) du MSSS, etc...), sources privées (ex : dons de communautés religieuses), levées de fonds auprès du public.

L'entrée en scène du projet de *Sécurité alimentaire*, supporté par les institutions publiques, même avec un financement marginal, risque tant soit peu de modifier cet enjeu. Par le pouvoir (notamment le pouvoir d'influence) dont elles disposent, les institutions publiques, et particulièrement la Régie régionale qui assure le leadership de l'initiative, viennent donner de la force et de la crédibilité à cette remise en question qui anime le milieu communautaire et risquent d'entraîner des ressources du côté des solutions de rechange au dépannage.

Dans la perspective d'entraîner davantage de visibilité et de reconnaissance aux pratiques de prise en charge, l'intérêt de la Table de concertation sur la faim (objectifs 1997-1998) est d'accroître son rayonnement et d'être reconnue, à l'instar de Moisson Montréal, comme un « leader » régional en matière de faim et de sécurité alimentaire¹⁶⁶. La Table souhaite à cet effet accentuer sa présence dans les lieux de décisions. Elle est présente au Comité régional de sécurité alimentaire mis sur pied par la DSP dans le cadre du projet; aussi au Conseil des partenaires du Forum régional de développement social. Son expertise a été sollicitée (1997) par l'ex-ministère de la Métropole et par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal. La Table figure dans la liste des 50 organismes que devait consulter Centraide au cours de 1998 pour définir ses futures orientations. Cette reconnaissance devient pour la Table un enjeu plus important dans le contexte des priorités où la DSP vise à développer une concertation intersectorielle large autour de la sécurité alimentaire.

2.4 *Les acteurs institutionnels, la Direction de la santé publique en tête*

L'engagement de la DSP dans le champ prend racine dans la première initiative institutionnelle de concertation intersectorielle dans le champ de l'aide alimentaire, Nourrir Montréal¹⁶⁷, née en 1991 dans les officines de Vivre Montréal en santé¹⁶⁸. Son mandat était de déterminer et mener des actions de lutte contre la faim. L'organisme a coordonné quelques projets octroyés par la Ville de Montréal et a poursuivi une réflexion sur la lutte contre la faim et sur une politique de sécurité alimentaire, travail qui fut ralenti par l'arrivée d'une nouvelle administration municipale à Montréal en 1994 et la création de la Direction régionale de la santé publique (DSP). Devant la mise en branle des priorités régionales, quelques uns de ses membres (la DSP, une membre de la

¹⁶⁶ Depuis l'initiative des priorités de la Régie régionale, la notion de sécurité alimentaire apparaît dans le vocabulaire de la Table.

¹⁶⁷ Les secteurs municipal (la Ville de Montréal), socio-sanitaire (3 ex-DSC), scolaire (le Conseil scolaire de l'île de Montréal, la CECM, la CEPGM) y étaient présents, de même que le milieu communautaire (la Table de concertation sur la faim), les institutions religieuses (l'Archevêché de Montréal), les organismes syndicaux (CSN), Centraide, Santé et bien-être social Canada et le secteur privé (l'Association des détaillants en alimentation).

¹⁶⁸ En 1990, la Ville de Montréal adhère au Réseau québécois de Villes et villages en santé, s'inscrivant dans le mouvement international des Villes en santé initié par l'OMS en 1986, dans le cadre de la stratégie *La Santé pour tous d'ici l'an 2000*.

Table de concertation sur la faim, la Ville de Montréal et une chercheure du Département de nutrition de l'Université de Montréal) ont développé une proposition pour une politique de sécurité alimentaire à Montréal qui fut inscrite par la DSP dans l'exercice des priorités¹⁶⁹.

La position qui y est mise de l'avant place l'accent sur l'approvisionnement alimentaire, le système de production – distribution, certes, mais aussi le pouvoir d'achat des citoyens, interpellant les politiques économiques, sociales et fiscales; également sur l'accès à l'information, le développement des compétences et le développement des initiatives de prise en charge. La position de la DSP, inspirée de la réflexion tenue au sein de l'OPDQ, tend à opposer pratiques charitables et non charitables et à écarter le dépannage des pratiques de sécurité alimentaire. Dans l'espace public, la DSP agit en expert qui s'affaire à dénoncer les effets pervers des banques et du dépannage alimentaire, solution que l'on aime à croire efficace dans l'opinion publique, parmi les décideurs politiques et les bailleurs de fonds. Sa cible première sera le système de charité privée.

La DSP veut par là s'inscrire en acteur, plutôt qu'en seul analyste, devant le déterminant que constituent les conditions de vie. Le créneau d'action où la DSP se croit légitimée d'agir, compte tenu de sa position sociale et de sa mission, est celui de l'action d'influence auprès de l'opinion publique et des acteurs politiques, dans le débat de société sur les disparités socioéconomiques et la révision des politiques publiques (RRSSS M-C, 1994b, p.23). D'où le projet d'une politique de sécurité alimentaire, que l'on veut issue d'une concertation intersectorielle large. L'enjeu pour la DSP est de réussir à positionner la sécurité alimentaire dans le débat régional en vue d'enclencher un virage dans l'opinion publique et lui créer un espace chez les bailleurs de fonds; puis réussir à positionner son rôle d'influence, eu égard aux conditions de vie.

La question des inégalités sociales est donc centrale dans le champ de l'aide alimentaire et le sera dans le projet de sécurité alimentaire. Moisson Montréal y représente le système de charité privée mis en place et se trouve à agir en porte-parole des bien nantis et particulièrement des donateurs privés qui font partie et tirent profit de ce système. Moisson Montréal se trouve à être le « bras opérationnel » d'un ordre social qui tolère l'indigence par ce que compensée par un système de compassion, qui permet par ailleurs à cet ordre de se maintenir. La structuration du projet sera marquée par ce rapport de charité qui lie les bien nantis aux laissés-pour-compte, particulièrement au palier local où se côtoient et se concurrencent les pratiques de dépannage et de prise en charge. Dans ce contexte, les acteurs du projet se positionneront en alliés stratégiques, depuis la Table, en passant par la DSP,

¹⁶⁹ Dans la région de Québec, la sécurité alimentaire fait aussi partie d'une priorité régionale qui est la pauvreté. La DSP est responsable d'actualiser cette priorité à la Régie et l'approche mise de l'avant est aussi celle de la concertation intersectorielle.

jusqu'aux organismes locaux. Par ailleurs, vu la configuration des acteurs, l'évolution du projet sera aussi marquée par le rapport institutionnel / communautaire où un certain équilibre des pouvoirs conduira les acteurs à des arrangements leur permettant de coopérer. Le tableau 8 résume la position sociale des acteurs, leurs intérêts dans les débats actuels qui animent le champ de l'aide alimentaire et les enjeux qu'ils associent à l'entrée en scène du projet régional de sécurité alimentaire.

Tableau 8
Intérêts fondamentaux des acteurs du projet *Sécurité alimentaire*
en fonction de leur position sociale et leur identité

ACTEURS	INTÉRÊTS FONDAMENTAUX /ENJEUX ASSOCIÉS À LA STRUCTURATION DU PROJET	POSITION SOCIALE / IDENTITÉ
Moisson Montréal –OD qui en dépendent	Moisson Montréal : Maintenir sa position (et son financement) dans le champ de l'aide alimentaire, devant la remise en question de ses pratiques et visées expansionnistes.	Organisme à vocation humanitaire qui s'appuie sur des valeurs écologiques (récupération) et caritatives (redistribution).
Milieu des affaires Fondations privées Baillleurs de fonds	OD : Résistance des organismes de charité qui profitent des retombées médiatiques des actions charitables; risques associés au passage à la prise en charge : ♦ perte d'appui des baillleurs de fonds ♦ effort d'adaptation –compétences et ressources additionnelles. Entreprises et baillleurs de fonds privés : retombées médiatiques, reconnaissance sociale associée au don.	Système bien implanté de récupération - redistribution des surplus de l'industrie agroalimentaire, que plusieurs désignent d'industrie de la charité.
Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain	Se positionner (accentuer sa présence dans les lieux de décision) et être reconnue comme un leader régional dans le domaine de la sécurité alimentaire. Soutenir le développement de solutions de rechange au dépannage.	Concertation d'organismes d'aide alimentaire (surtout communautaires) : critique sociale eu égard aux causes structurelles de la pauvreté, éducation du public, valorisation d'innovations sociales pour contrer la faim et la pauvreté.
Organismes communautaires – OP	Accroître la visibilité et l'appui des décideurs au développement de l'alternative. Accroître le financement des pratiques de prise en charge. Accroître le déploiement de leurs pratiques (ex : les groupes d'achat).	Organismes qui s'appuient sur des valeurs de coopération et de solidarité. Perspective émancipatrice. Pratiques d'éducation populaire et de développement communautaire.
DSP (Régie)	Se positionner en acteur et positionner des actions d'influence, eu égard aux conditions de vie. Développer et maintenir une concertation régionale large autour de la sécurité alimentaire de sorte à entraîner chez les décideurs des changements d'orientations (notamment chez les baillleurs de fonds). Favoriser le développement au plan local d'action concertée en SA.	Instance publique de planification socio-sanitaire régionale en prévention – promotion de la santé et du bien-être. Nouvelle direction de la Régie, créée de la fusion des 7 ex-départements hospitaliers de santé communautaire.
Légende : OD : organisme de dépannage alimentaire; OP Organisme communautaire de prise en charge; SA Sécurité alimentaire.		

CHAPITRE XIX
UNE AMORCE DE STRUCTURATION DU PROJET DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE :
LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE

La situation alimentaire et nutritionnelle dans la région de Montréal, notamment dans les zones défavorisées, était l'une des 19 propositions d'amélioration de la santé et du bien-être soumises à la consultation auprès du public et des organisations par la Régie régionale en avril 1994, en vue de l'établissement des priorités. Forte d'un appui de la population qui plaçait l'alimentation en milieu de pauvreté au 3^e rang¹⁷⁰, à l'issue de la planification stratégique en décembre 1994, la sécurité alimentaire se voit positionnée comme une voie d'action de la priorité Tout-petits. C'est par la voie des données épidémiologiques où l'insuffisance nutritionnelle figure parmi les facteurs explicatifs associés aux naissances prématurées ou de poids insuffisants en milieu de pauvreté que la sécurité alimentaire est entrée dans les priorités.

Peu explicite, cette voie d'action est formulée en termes de leadership régional à exercer pour la mise en œuvre d'une politique régionale de sécurité alimentaire, mais elle peut déjà compter sur un groupe de travail intersectoriel, issu de Nourrir Montréal, pour sa structuration et son développement. C'est sur cette base, disposant d'un budget non déterminé à l'intérieur de la priorité Tout-petits, qui comportait aussi le programme *Naître égaux – Grandir en santé*, déjà structuré et auquel on savait être destinée une large part du financement, que s'est amorcée l'initiative de la sécurité alimentaire au sein des priorités. La planification structurelle s'est surtout réalisée en marge du comité de pilotage de la priorité, au sein du groupe de travail issu de Nourrir Montréal. En décembre 1995, à l'issue de la planification structurelle, il était établi que la sécurité alimentaire disposerait de 120 000\$ /an pour les 3 ans du plan d'action et il était acquis, au groupe de travail, que le projet de politique aurait une composante régionale et une composante de soutien à des initiatives locales. Née dans le cadre étroit de la priorité Tout-petits, d'entrée de jeu, le projet de sécurité alimentaire évoluera sans égard à cette contrainte.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME :
LA CRÉATION D'UNE NOUVELLE SCÈNE DANS LE CHAMP DE L'AIDE ALIMENTAIRE QUI MODIFIE LE
RAPPORT ENTRE ORGANISMES DE DÉPANNAGE ET DE PRISE EN CHARGE

1.1 La problématisation et l'intéressement des acteurs

Le but de la politique de sécurité alimentaire annoncée est d'«assurer à tous /.../ l'accès à des aliments nutritifs, de coût raisonnable et culturellement acceptables, par des moyens qui

¹⁷⁰ Les organismes publics du secteur de la santé et des services sociaux et des autres secteurs ont placé cette proposition au 9^e rang et le milieu communautaire l'a placée au 7^e rang.

respectent la dignité de chacun » (Bertrand et al., 1998, annexe 1). Ses principes d'action sont de miser sur le développement local, l'action concertée et l'engagement d'acteurs intersectoriels. La problématisation soumise aux acteurs introduit le projet comme un processus engageant divers acteurs régionaux et locaux, en vue de favoriser la mise en place d'un ensemble de moyens qui contribuent de façon durable à la sécurité alimentaire. Il ne s'agit pas d'une politique gouvernementale, mais d'un projet de politique régionale, en vertu de la décentralisation dans les régies régionales de la prérogative de l'établissement des priorités et des voies d'action. Il ne s'agit pas non plus d'un programme-cadre qui détermine l'action, mais d'un processus intersectoriel de construction de l'action. La politique se traduit donc par des actions qui pourront être modifiées au fil du temps et selon les besoins qui changent avec la composition des communautés. On se situe ainsi dans une approche de planification des politiques et programmes publics guidée par les règles de la négociation entre les différents acteurs (E1).

L'appel de projets locaux lancé par la DSP (120 000\$) propose des orientations et fait de la concertation locale et de la participation à la concertation régionale des « passages obligés », fixant de ce fait les rôles des acteurs locaux (E2). Outre ces deux conditions, les projets locaux doivent répondre à trois critères : 1) impliquer activement la population visée; 2) mettre à profit les ressources locales; 3) contribuer à la sécurité alimentaire, c'est-à-dire viser, par des moyens non charitables, à améliorer l'approvisionnement et l'accès aux aliments dans la communauté, offrir de la formation ou de l'information sur la sécurité alimentaire, encourager les actions de lutte aux causes de l'insécurité alimentaire. Une invitation est faite aux organismes du champ, où le cadre prédéfini n'est soumis qu'à titre indicatif. On fera coïncider cette rencontre avec une réunion générale de la Table de concertation sur la faim. Cent vingt personnes ont participé alors qu'une cinquantaine étaient attendues. À l'appui, la DSP soumet une cartographie des ressources en sécurité alimentaire que le Comité régional¹⁷¹ a élaboré pour les 22 quartiers de la Ville de Montréal en faisant appel à des informateurs-clé. À l'issue de cette consultation (février 1996), différents points de vue divisent les acteurs : 1^e) la signification de ce qu'est la sécurité alimentaire n'est pas la même pour tous et la notion de politique laisse perplexe, de sorte que certains demandent que la réflexion sur le thème soit poursuivie; 2^e) des groupes appuient le financement prévu de projets locaux; certains ont même esquissé des scénarios de concertation inter-quartier et une concertation locale est née autour d'un projet potentiel; 3^e) d'autres proposent une action publique de dénonciation des causes de l'insécurité alimentaire et de revendication de meilleures conditions de vie, dont l'acteur principal serait la Table de concertation sur la faim.

¹⁷¹ Le groupe de travail issu de Nourrir Montréal deviendra, avec l'arrivée des acteurs des projets locaux, le Comité régional pour le développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal-Centre. Nous le désignerons de Comité régional de sécurité alimentaire.

Puisque tous les acteurs reconnaissent l'importance de mener des actions locales en même temps qu'une concertation régionale des efforts, la DSP maintient son plan d'action et relance son appel de projets locaux (mars 1996¹⁷²); elle demande de plus à la Table d'animer une coalition élargie en vue de prises de positions publiques sur les causes de l'insécurité alimentaire et pour mettre le développement de la sécurité alimentaire à l'agenda des grands débats sociaux de la région (sans allocation de fonds). Ainsi, à l'issue de ce premier échange, la DSP a révisé sa vision de l'action pour placer la Table, plutôt que son propre comité, au cœur de l'action d'influence. Cette problématisation, construite au travers de l'interaction entre la DSP et les acteurs du champ, comporte donc des aspects techniques dans la définition qu'elle propose de la sécurité alimentaire, mais elle a aussi des propriétés mobilisatrices en ce qu'elle porte sur les acteurs et leur positionnement dans le champ (E2).

La consultation et l'appel de projets ont entraîné une mobilisation au plan local et entre des quartiers (E3). Quatre projets ont été acceptés¹⁷³. Nous les présentons en indiquant entre parenthèse leurs pratiques d'aide alimentaire¹⁷⁴. Ce qui n'exclut pas que ces organismes puissent mener des actions d'autre nature et envers d'autres problématiques.

Le premier projet, **Inter-quartier**, en est un de maillage est-ouest. Trois organismes du sud-ouest, la Maison d'entraide St-Paul et Émard (3), le Club populaire des consommateurs et le Carrefour d'éducation populaire de Pointe St-Charles (7, 3), projettent d'implanter la formule des groupes d'achat du Groupe-Ressource dans leurs quartiers en se joignant à trois organismes du Plateau Mont-Royal, le Groupe-Ressource (2), le Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau et le Resto-Plateau (5), qui avaient déjà commencé de se concerter afin d'en poursuivre le développement chez eux.

Le second projet, celui de **Ville de Lasalle**, est l'amorce d'une concertation en sécurité alimentaire entre des organismes préoccupés par la question de la faim et de la pauvreté. Il mobilise le CLSC et quatre organismes, PRISME (Centre de Promotion, Références, Information et Services Multi-Ethniques) (3), Welfare Rights (3, 7), les Cuisines collectives (3) et le Carrefour des organismes communautaires de LaSalle (concertation). Deux éléments du contexte sont évoqués pour

¹⁷² Dans le projet de sécurité alimentaire, la planification structurelle dépassa le calendrier général déterminé par la DSP qui prévoyait que les partenaires et les projets soient identifiés et donc, que soit complétée la planification structurelle en décembre 1995. Cette planification a en fait été complétée en juin 1996 avec l'acceptation des 4 projets de quartier.

¹⁷³ Vingt projets ont été soumis, huit répondaient aux critères et quatre ont été retenus.

¹⁷⁴ 1 : dépannage alimentaire; 2 : groupe d'achat ; 3 : cuisine collective, conserverie ; 4 : magasin partage ; 5 : restaurant populaire, popote roulante; 6 : repas communautaires; 7 : éducation populaire, formation en économie familiale et en cuisine saine et économique; 8 : jardins communautaires.

expliquer l'émergence du projet : d'une part, la volonté des acteurs locaux d'agir devant la pauvreté croissante; d'autre part, l'existence de la priorité et du Comité régional pour la mise en œuvre d'une politique régionale de sécurité alimentaire, assortie d'un appel à l'action concertée.

Le troisième projet est celui de **St-Michel**, initié par Vivre St-Michel en santé qui a formé en mars 1996 un comité, Aliment'Action St-Michel, reflétant une volonté d'association déjà présente chez les 12 organismes qui le composent à ses débuts, soit : les Société St-Vincent-de-Paul de quatre paroisses (1), 1,2,3 Go! St-Michel, le Centre éducatif communautaire René-Goupil (3, 7), le Centre de recherche-action éducative et sociale multiethnique de Montréal (1, 3), Mon Resto (3, 5, 6, 7), le Centre des aînés St-Michel/Rosemont (5, 6), le CLSC, la Maison de la famille (3, 6), la Popote roulante St-René-Goupil (5), Vivre St-Michel en santé, le Centre communautaire La Patience (1, 5, 6, 7) et la Maison des jeunes Par la Grand'Porte (7). Devant l'insatisfaction des intervenants et des usagers face à un accroissement de la demande de dépannage et une mauvaise utilisation des ressources, ces organismes ont choisi de se concerter en vue de développer une vision commune de l'intervention. Ils ont mené une démarche d'identification de besoins¹⁷⁵ et se sont dotés d'un plan d'action qui vise à répondre aux besoins grandissants mais aussi à développer des actions devant contrer les causes de la pauvreté et des problèmes d'alimentation.

Le quatrième projet, celui de **Rosemont**, est construit autour d'un organisme pivot de l'aide alimentaire dans le quartier, Bouffe-Action de Rosemont (3, 4, 6, 7, 8), déjà engagé dans quelques pratiques, qui compte sur le développement de collaborations avec d'autres organismes pour la mise en place d'autres services.

C'est ainsi qu'au terme de la planification structurelle (juin 1996), sous l'impulsion de la priorité régionale, des concertations locales sur la sécurité alimentaire ont commencé d'émerger. Quant au Comité régional, il se trouve enrichi de plusieurs acteurs locaux, mais son rôle d'acteur régional reste à définir et sa crédibilité à établir.

¹⁷⁵ Un portrait qualitatif et statistique du problème a été réalisé de même qu'une cartographie des ressources du quartier selon leur type : information sur l'alimentation, accompagnement pour les achats alimentaires (pour personnes âgées), programmes pour les femmes enceintes et les nourrissons (*Naître égaux – Grandir en santé et 1,2,3 Go!*), cuisines collectives, popotes roulantes pour personnes âgées, repas communautaires, dépannage alimentaire, mesures alimentaires en milieu scolaire (plan Pagé), paniers de Noël, et jardins communautaires.

1.2 *Le développement de la sécurité alimentaire : un lieu de confrontation des organismes de dépannage et de prise en charge*

La structuration de la priorité au palier local est un lieu de confrontation entre pratiques de dépannage et de prise en charge (E4). D'une part, au sein des concertations locales naissantes, la place et le rôle des organismes de dépannage dans un continuum d'actions à bâtir devient vite une question incontournable. Pour le développement de tels continuums, les organismes engagés dans le projet ont besoin de s'associer les organismes de dépannage, à tout le moins pour y favoriser le passage de leur clientèle vers d'autres pratiques et éventuellement, pour entraîner chez eux une diversification, voire une réorientation de leur pratique. D'autre part, ces concertations locales représentent aux yeux des organismes de dépannage une menace à leurs propres activités (perte de clientèle et de gratification) et une pression pour la révision de leurs pratiques dans un contexte où ils ne suffisent déjà pas à la demande.

En fait, les organismes de dépannage alimentaire livrent une concurrence objective, qu'elle soit voulue ou non, aux initiatives de prise en charge (E5). Les effets de compétition et de dépendance engendrés par les pratiques de dépannage solidement ancrées dans les quartiers sont omniprésents parmi les obstacles au recrutement et à la rétention des participants aux initiatives de prise en charge. Les organismes qui prônent la prise en charge par la solidarité observent le peu de tradition d'entraide parmi les usagers des ressources d'aide alimentaire; ils observent l'esprit de compétition entretenu par le dépannage entre des personnes « *habituées à s'en tirer individuellement, à jouer des coudes pour recevoir plus de nourriture...* », à l'image des valeurs dominantes de notre société (individualisme, compétition, consommation); aussi, la culture de dépendance intériorisée par les organismes et par les usagers : « *Ayant été habitués à recevoir « gratuitement » de la nourriture recyclée, les gens ne sont pas tous prêts facilement à prendre de leur argent pour (s'en) acheter /.../ Quand cette situation de la dépendance a été intériorisée pendant des années, les gens en viennent à considérer comme un dû l'aide alimentaire* » (Évaluation du groupe d'achat. Groupe-Ressource du Plateau Mont-Royal); et ils observent la tendance solidement ancrée des organismes de dépannage à ne pas croire aux capacités des gens et à ne pas les inciter à retrouver leur initiative. Les organismes engagés dans le projet voient dans cette compétition un obstacle majeur à la concertation.

Au cœur de la controverse, c'est l'utilité sociale des organismes de dépannage qui est en cause. On les soupçonne d'entretenir l'insécurité alimentaire de peur de perdre leur clientèle, tel un « sentiment de propriété » des pauvres ou de la pauvreté. Ils sont identifiés comme étant le nœud du problème, sorte de bouc émissaire de tout un système, et non point leurs usagers ou tout autre

déterminisme macro-social. Si les experts soutiennent que les banques alimentaires doivent faire partie de la solution puisqu'elles sont partie prenante du problème, le défi actuel est de ramener le dépannage à sa dimension de mesure d'urgence et d'entraîner le passage des usagers aux pratiques de prise en charge. Perspective que partagent les acteurs régionaux et locaux du projet.

Si les acteurs régionaux ne conçoivent pas le dépannage comme une mesure de sécurité alimentaire, ils le considèrent comme une mesure d'urgence qu'ils incluent dans un continuum, de l'insécurité à la sécurité alimentaire. Une collaboration est donc souhaitée plutôt qu'une compétition. Et si les acteurs régionaux n'ont pas à rechercher de compromis eu égard à cette controverse au sein de leur instance, celle-ci demeure centrale pour eux dans la mesure où une part de leurs stratégies d'action est orientée vers le soutien aux changements de pratiques, vers les bailleurs de fonds qui soutiennent le dépannage et vers l'opinion publique qui l'appuie. Ainsi, l'établissement d'un leadership régional en sécurité alimentaire et d'un rapport de force face au dépannage constituent l'essentiel de la stratégie régionale devant cette controverse (E6).

Pour les acteurs locaux, le compromis qui a commencé de se dessiner et qui continuera de se construire au cours de la planification opérationnelle est du côté d'un dialogue, allant de collaborations ponctuelles à une participation des organismes de dépannage aux instances locales de concertation. La recherche d'intégration de ces acteurs est vue comme une stratégie de changement de perspective chez ces derniers et de réduction du dépannage (E7). C'est l'option retenue dans trois des quatre projets. Une autre stratégie se dessine (projet Inter-quartier), celle de l'accroissement de l'offre de solutions de rechange, dans l'esprit de faire concurrence au dépannage. Par ailleurs, en marge des concertations locales, persiste chez plusieurs organismes de dépannage la stratégie de maintien du statu quo, c'est-à-dire le fonctionnement solo et la compétition pour l'approvisionnement et la clientèle.

Une deuxième controverse, celle-là liée au rapport institutionnel / communautaire, prendra réellement forme à l'étape de la planification opérationnelle où la Table de concertation sur la faim se trouvera confrontée au Comité régional de sécurité alimentaire, renforcé de ses partenaires locaux. Nous l'aborderons au chapitre suivant.

2 *L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME :* *LES PREMIERS JALONS D'UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE*

À cette étape de la planification stratégique et structurelle, les acteurs régionaux proposent un cadre d'action général et préliminaire. La position du problème part d'une reconnaissance de la

situation de pauvreté, qui entraîne un développement accéléré du dépannage alimentaire et la reconnaissance par la population de l'importance d'améliorer la situation alimentaire. On souligne un intérêt élevé des intervenants pour des solutions de rechange au dépannage, le besoin de soutien financier et de concertation pour le développement de la sécurité alimentaire. À cette position du problème se rattache un cadre d'action qui met l'accent sur l'approvisionnement alimentaire, l'accès physique et économique à ces approvisionnements, l'information sur l'alimentation et les ressources communautaires. Bien que les stratégies de longue portée visant les causes fondamentales de l'insécurité alimentaire soient présentes dans les documents à l'appui des réflexions du Comité régional¹⁷⁶, le cadre d'orientation de la politique régionale positionne l'action principalement aux paliers régional et local en favorisant le développement communautaire (par l'appel de projets locaux) et l'action concertée d'acteurs régionaux intersectoriels. Le palier national est visé par la promotion de la sécurité alimentaire. Ce cadre propose au palier régional un processus en trois temps : 1) un portrait des éléments constituant la sécurité alimentaire des quartiers et villes pour l'ensemble de la région; 2) la consolidation du Comité régional pour la réalisation d'actions locales et régionales et l'élargissement de son assise intersectorielle (secteurs agroalimentaire, scolaire, communautaire, bailleurs de fonds) pour la mise en place de moyens ayant un effet durable; 3) la mise en place d'un système de monitoring qui générerait des informations utiles à la sensibilisation du public et des décideurs.

Au palier local, les plans proposés par les quatre regroupements soulèvent les mêmes aspects du problème, assortis de quelques éléments contextuels tels le manque d'habiletés culinaires; le peu de connaissance des ressources communautaires; l'insuffisance et le manque d'arrimage des ressources d'aide; la variété et la qualité réduite, ou l'accès limité à l'approvisionnement dans certains quartiers. La solution comprend deux ingrédients : la concertation des organismes d'aide (dépannage et approches alternatives) et le développement de pratiques de prise en charge, essentiellement l'éducation, les cuisines collectives et les groupes d'achat. Seul St-Michel, dont l'exercice s'appuie sur la tradition de concertation de Vivre St-Michel en santé, aboutit à un vaste plan de développement allant du dépannage à la revendication sociale, en passant par la recherche de solutions au problème du transport et l'implantation d'un marché public (E19).

¹⁷⁶ Ces documents sont de Campbell et al. (1988); de l'ODPQ; de H. Delisle, Département de nutrition, Université de Montréal. On y distingue des stratégies de **court terme** (dépannage d'urgence); de **moyen terme** (améliorer le pouvoir d'achat –ex : groupes d'achat-, l'information et les habiletés, l'approvisionnement –ex : transport-); et de **longue portée** visant les causes fondamentales (filet de sécurité sociale, système de production–distribution qui supporte les petits producteurs et respecte l'environnement).

CHAPITRE XX
L'ENVOL DU COMITÉ RÉGIONAL ET LES GRANDS ET PETITS PAS DES PROJETS LOCAUX :
L'ÉTAPE DE LA PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

*1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME :
LA CONSTRUCTION D'ARRANGEMENTS ENTRE LES ACTEURS*

Au cours de la deuxième portion du plan triennal des priorités consacrée à la mise en œuvre (septembre 1996-mars 1998), le Comité régional et les comités locaux auront consacré une large part de leurs activités à se construire une identité et une crédibilité. La construction de cette identité est passée par l'adoption d'une définition commune de la sécurité alimentaire. Leur crédibilité et leur rayonnement se sont bâtis sur leur capacité de rallier des partenaires et pour le Comité régional, sur sa capacité d'assurer un leadership dans le développement de la sécurité alimentaire en se dotant d'un plan d'action et par l'obtention de financement. Après avoir décrit les arrangements inter-organisationnels mis en place, nous présenterons le chemin parcouru vers cette définition « rassembleuse » de la sécurité alimentaire, puis la construction de la crédibilité du Comité régional avec lequel la Table finira par établir un espace de collaboration.

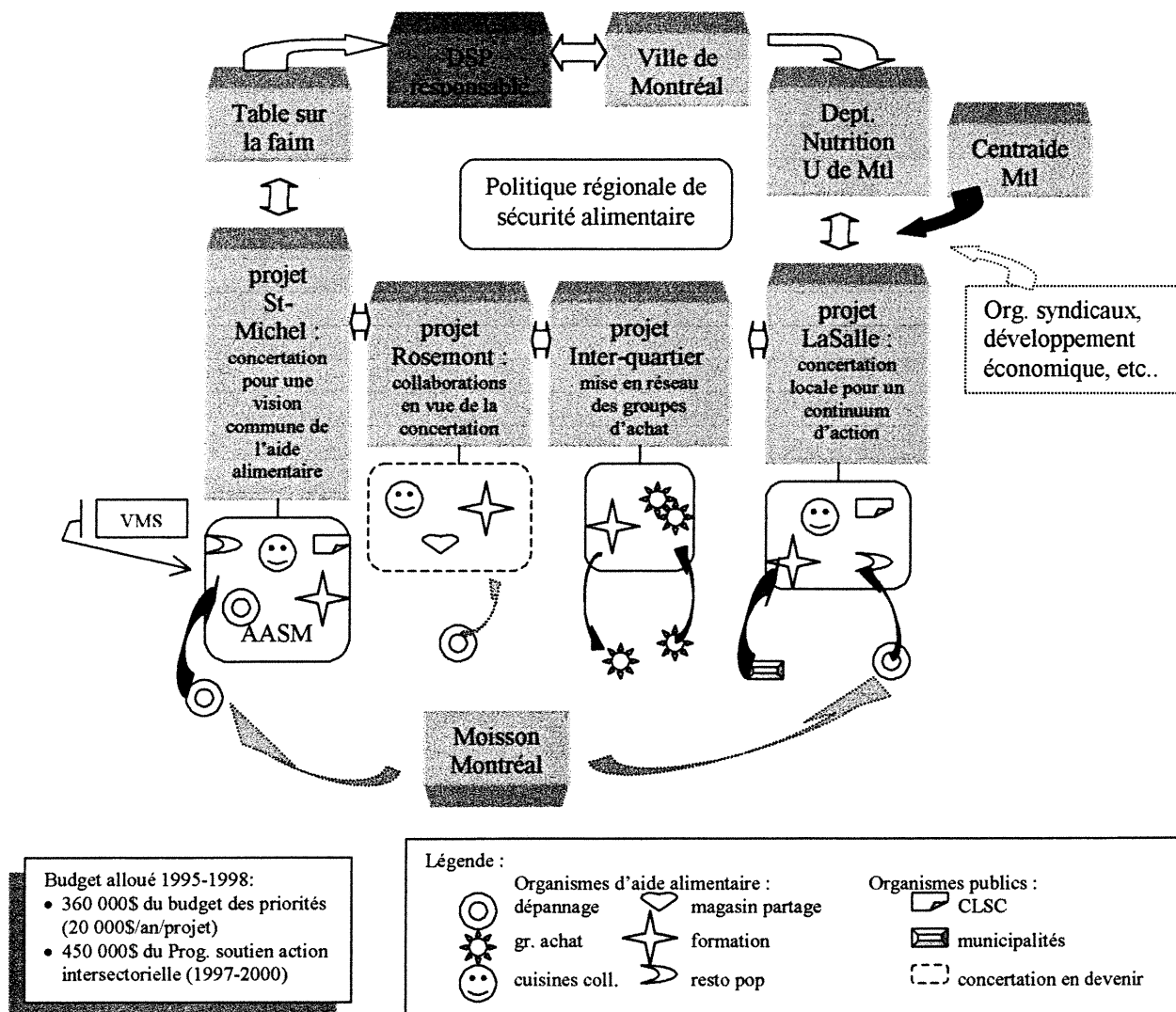
1.1 L'arrangement inter-organisationnel mis en place

L'arrangement mis en place est celui de l'arrimage au Comité régional des concertations locales qu'il a engendrées et l'alliance de praticiens, théoriciens et planificateurs dans une entreprise commune de définition et de mise en œuvre d'une politique de sécurité alimentaire. L'arrimage régional-local instaure un équilibre dynamique entre acteurs institutionnels et communautaires, l'essentiel de l'action directe étant portée par ces derniers même si l'effort de coordination est porté par l'instance institutionnelle (E8). Dans cet arrangement, l'espace communautaire est principalement occupé par les acteurs locaux alors que la Table de concertation sur la faim se démarque peu, étant représentée par une intervenante issue du domaine de la nutrition communautaire en CLSC. De plus, si l'effort d'arrimage de la recherche à la planification et à la pratique est en soi une pratique novatrice, il est limité par le cloisonnement disciplinaire qui le caractérise (E9). En effet, bien que la science de la nutrition (secteur agroalimentaire) se soit particulièrement intéressée à la sécurité alimentaire depuis la dernière décennie, il ne faut pas négliger le fait que les disciplines du secteur social (service social, géographie, sociologie, etc...) s'intéressent depuis les années 1970 aux initiatives de développement communautaire, entre autres dans le domaine de l'alimentation¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Le colloque thématique sur la sécurité alimentaire et le développement communautaire que tient l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences (ACFAS) depuis quelques années témoigne de cette interdisciplinarité.

Un trait commun des arrangements inter-organisationnels, tant au palier régional que local, est qu'ils cherchent à étendre la concertation à d'autres organismes du champ de l'aide alimentaire ou concernés par la pauvreté et la faim, tout en maintenant une orientation vers le développement de solutions durables. Ce sont des concertations qui se construisent au travers de l'action et qui bénéficient de l'effet d'entraînement créé par la priorité régionale. Certains des acteurs qui les ont jointes sont des gains stratégiques eu égard au virage escompté au sein des organismes de dépannage alimentaire. On le verra, c'est le cas de Centraide Montréal pour le Comité régional; c'est aussi le cas de la Ville et de la banque alimentaire Aliment-Action pour le comité de Ville LaSalle (E10). En ce sens, la priorité a un effet structurant sur le champ. Cependant, à ce moment-ci de leur développement, les organismes de dépannage se font encore rares au sein des concertations de quartier, tout comme les organismes publics, tel que le montre la figure 7.

Figure 7
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel du projet Sécurité alimentaire



À LaSalle, la première réalisation du Comité aura été d'obtenir la collaboration de la Ville pour un répertoire des ressources d'aide alimentaire¹⁷⁸ et la production d'un dépliant d'information, initiative qui mit en évidence, aux yeux des élus et des fonctionnaires, la pauvreté qui sévit dans la municipalité, alors qu'ils étaient peu enclins à la reconnaître¹⁷⁹. Ce qui entraîna l'engagement de la Ville au Comité, alors qu'elle s'y était refusée au moment de la soumission du projet à la Régie. Selon le Comité, « *la présence de la Ville de Montréal au Comité régional ... aurait motivé le Comité de LaSalle à persister dans sa demande de collaboration (auprès de la Ville de) LaSalle* » (Bertrand et al., 1998, p.55). Autre réalisation, l'entraînement d'autres organismes locaux dans le mouvement de concertation par un appel d'offres, calqué sur l'appel régional de projets¹⁸⁰. Au cours de sa deuxième année, le Comité a pris la dimension d'une véritable table de concertation, et a commencé de se considérer comme telle, par l'ajout de nouveaux organismes (passant de 5 à 10 organismes, sans que ceux-ci soient nécessairement bénéficiaires d'une subvention dans le cadre de l'appel d'offres local), par la naissance d'arrimages entre ceux-ci, mais aussi par un élargissement de son mandat vers la sensibilisation de la communauté, le recrutement et la concertation, le soutien aux ressources, de telle sorte que l'administration de la subvention prend désormais une place marginale. De concevoir son projet comme un continuum d'actions où chaque organisme a sa place permet à la concertation de LaSalle d'endiguer la difficulté pour les organisations de dépasser leurs intérêts particuliers pour voir le bien collectif (*E11*).

Pour actualiser sa stratégie de dialogue avec les organismes de dépannage, le Comité de LaSalle a choisi de tenir une rencontre d'échanges (avril 1997) sur les solutions de rechange et sur le projet de concertation en cours. Il cherchait par là aussi à s'associer de nouveaux organismes. En marge de cette amorce de dialogue, des recommandations adressées par Centraide au principal organisme de dépannage de Ville LaSalle, Aliment-Action LaSalle, l'incitent fortement non seulement à enclencher un tournant vers la participation et l'implication de ses usagers, mais aussi à participer activement à la Table de concertation locale en sécurité alimentaire. Ce qui entraînera son engagement au sein de la concertation à l'automne 1997. Cette évolution nous apparaît être ce qui pourrait bien devenir un modèle de résolution de la controverse entre les approches de dépannage

¹⁷⁸ S'y trouvent : banques alimentaires, bons d'achats, repas communautaires, cuisines collectives, cours de cuisine et d'économie familiale, popote roulante, jardins communautaires, suivi diététique du CLSC.

¹⁷⁹ Cette citation rend bien compte de cette réalité de la pauvreté cachée dans les secteurs de Montréal nouvellement affectés : « *Quand traditionnellement on quittait St-Henri pour aller s'établir à Ville LaSalle, c'était la réussite sociale. Donc ... quand on s'est établi à Ville LaSalle on ne va pas afficher sa pauvreté, car on est supposé avoir monté dans l'échelle sociale. Donc on a une pauvreté cachée, et très diluée dans les quartiers* » (extrait du verbatim, journée d'évaluation de la vraisemblance, 28 novembre 1997, atelier sourire). Dans ces quartiers ou municipalités, la reconnaissance de la pauvreté signifie une perte de statut.

¹⁸⁰ Au 1^{er} appel d'offres, la Maison des familles, Échange de services, Glob'Croqueur, le Centre des jeunes se sont joints.

et de prise en charge, soit un virage chez les organismes de dépannage, favorisé, voire contraint, par des pressions locales et régionales et notamment de la part des bailleurs de fonds (E11).

À **St-Michel**, une large part des efforts du Comité a été dirigée vers les organismes de dépannage en vue de leur adhésion à la concertation. On cherche à les sensibiliser à une systématisation de leurs activités et à un contrôle des dons. Après un peu plus de six mois de fonctionnement, et sa participation au Comité régional et au Colloque *Faim et pouvoir* de la Table de concertation sur la faim, suite aussi à des rencontres exploratoires en vue de la mise en réseau des organismes de dépannage, le Comité re-questionne ses orientations. Il cherche à accroître la concertation de tous les organismes d'aide alimentaire du quartier; à développer une vision commune de l'aide alimentaire et une perspective globale du quartier. À cet effet, une journée de réflexion tenue le 11 mars 1997 conduit la quarantaine de participants à élaborer des stratégies de contrôle de l'offre et de la demande de dépannage. Il est question d'un guide à l'intention des organismes de dépannage sur les ressources de prise en charge et le transit vers ces ressources. Également d'une infrastructure commune de récupération d'aliments et de redistribution aux usagers, une façon d'éviter la compétition entre les organismes dans la sollicitation, de contrôler l'abus des usagers et de pallier le morcellement des services de dépannage existants selon diverses clientèles et leur accessibilité réduite dans le temps. Il en résulte un nouvel ordre de priorité (plan d'action 1997-1998) où l'échange d'information et la concertation inter-organisme arrivent en premier lieu, avant que de penser à une infrastructure commune de récupération et de dons. Ainsi, le compromis qui se dessine ici est celui d'une ouverture de certains organismes de dépannage en faveur d'un système commun de gestion du dépannage. Cinq autres organismes¹⁸¹ se sont ajoutés à la concertation, mais Maillage St-Michel, lui même une concertation d'organismes de dépannage¹⁸², ne fait toujours pas partie de ce mouvement. Un sous-comité auquel participe l'ensemble des St-Vincent-de-Paul a tout de même été constitué autour d'un projet de ressource multi-services (épicerie communautaire et magasin partage) (E11).

Dans **Rosemont**, l'approche retenue répond à la configuration des acteurs du quartier. Seul acteur de l'alternative, Bouffe-Action de Rosemont (BAR) a commencé par faire connaître ses pratiques aux autres organismes du quartier (organismes de dépannage, CLSC) et à établir avec eux des liens de collaborations dans des actions concrètes (ex : la référence), plutôt que d'envisager l'établissement d'une concertation par une action de nature stratégique, c'est-à-dire qui aurait viser leur engagement envers des objectifs et l'élaboration de plans d'action conjoints. Les organismes

¹⁸¹ Saint-Vincent-de-Paul, Carrefour populaire St-Michel, Centre Excelsior, Entraide-bazar-permanent, Guichet multi-service.

¹⁸² Chevaliers de Colomb, St-Vincent-de-Paul, pompiers, policiers, CLSC, qui distribuent environ 1500 paniers de Noël.

de dépannage n'ont pas manifesté de problème à collaborer aux projets de groupes d'achat ou de cours de cuisine en y référant des personnes, en diffusant des feuillets publicitaires auprès de leur clientèle, voire en orientant des bénéficiaires de bons d'achat vers un groupe d'achat ou en accueillant cette initiative dans leurs locaux. Ils semblent cependant plus résistants à l'idée de s'inscrire dans une action concertée en faveur du développement de moyens non charitables, voyant là une menace à leurs activités. L'étape d'une mobilisation de la communauté dans une optique commune, à l'instar de ce qui s'est fait à Ville LaSalle ou à St-Michel, reste à faire et est inscrite à l'agenda de 1998.

Pour le Groupe-Ressource, pivot du projet **Inter-quartier**, s'il met l'accent sur la concertation, ce n'est pas tant dans l'esprit d'un continuum local conduisant l'utilisateur vers des moyens non charitables, mais plutôt dans l'esprit de la mise en réseau des groupes d'achat visant à partager leur expertise et leurs ressources, à accroître leur visibilité, leur efficacité et leur pouvoir d'achat. Pour faire contrepoids à l'accroissement des mesures de dépannage dans leurs quartiers, les acteurs d'Inter-quartier ne cherchent pas à développer des continuums d'actions en s'associant les organismes de dépannage. Ils voient plutôt dans leur croissance l'urgence de développer d'autres solutions. Leur rationnel est que les services de dépannage se développent par défaut d'autres solutions et leur stratégie est de leur faire concurrence par des moyens non charitables et durables de réduction des coûts de l'alimentation. Ceci dit, les organismes de Inter-quartier comptent rejoindre leur population cible par une promotion (ex : journaux locaux, dépliants publicitaires, rencontres promotionnelles auprès d'organismes) et un recrutement auprès de différents organismes de leurs quartiers, notamment par le biais des CLSC, et y compris par les organismes de dépannage. À la faveur de la priorité, le Groupe-Ressource a vu le réseau des groupes d'achat s'accroître (des groupes du projet Inter-quartier mais aussi de St-Michel se sont joints au réseau), mais il a connu aussi des désistements (le groupe de Émard) (E11).

Cet arrangement régional-local, on le voit, crée une synergie de telle sorte que l'action locale soit orientée et soutenue par un leadership régional; ce qui favorise que l'intérêt public, représenté par le projet rassembleur, prenne le pas sur les intérêts spécifiques des organisations. Ce qui conduit également à des planifications locales qui respectent la diversité des quartiers, tout en étant orientées par des balises communes. En même temps, il permet que la planification régionale soit ancrée dans la réalité, c'est-à-dire qu'elle ne s'alimente pas que des théories et des connaissances scientifiques mais aussi d'une information sur les pratiques existantes, de telle sorte à identifier des objectifs concrets et pertinents eu égard au contexte (E12). Une telle approche de planification permet de mieux savoir d'où on part et ce que l'on doit ajouter, dans la perspective de l'atteinte

d'un but. Le technogramme présenté plus loin témoigne de cet ancrage et du respect de la diversité des contextes en proposant des avenues de l'ordre des processus (soutien à l'intersectorialité, à l'innovation, monitoring, échange d'expertise), plutôt que de l'ordre des finalités (mettre en place telle pratique de sécurité alimentaire).

Les arrangements locaux montrent que le cadre d'orientation et la démarche participative de planification qu'a mis de l'avant la DSP exercent une influence palpable sur l'initiative locale. Seule l'initiative de Inter-quartier se distingue. Les trois autres projets déploient sensiblement la même approche, tout en lui donnant une couleur locale : par la concertation, arrimer ses services, chercher à obtenir une collaboration, voire un changement de pratique de la part des organismes de dépannage et développer des initiatives de prise en charge (les groupes d'achat étant privilégiés). Le programme-cadre n'est donc pas le seul outil dont dispose le planificateur pour orienter l'action. Des mécanismes plus souples, où les acteurs de l'intervention participent à la prise de décision, permettent d'atteindre le même résultat en entraînant moins de conflits¹⁸³ et en laissant davantage place à l'innovation. À ce chapitre, le rapport entre la planification centrale et l'action locale est plutôt vu par les acteurs locaux comme une synergie profitable qu'une forme de contrôle du développement de l'action locale. Le Comité régional a son propre agenda auquel participent les acteurs locaux; l'arrimage régional – local oriente, mais donne aussi du soutien aux instances locales, il alimente leur réflexion, donne de la crédibilité à leur démarche et leur facilite des alliances stratégiques. Les acteurs régionaux et locaux ont fait consensus sur des orientations communes mais les acteurs locaux demeurent autonomes sur le plan de leurs priorités, leurs plans d'action et leurs arrangements inter-organisationnels.

1.2 Vers une définition commune d'une politique de sécurité alimentaire

C'est sur ce terrain que l'arrimage de théoriciens – planificateurs – praticiens aura été le plus mis à contribution. Le champ de l'aide alimentaire en est un où le développement des connaissances se fait principalement à la base, certes par le développement des pratiques communautaires, mais aussi par la réflexion critique des praticiens communautaires eu égard aux référents d'ordre général qui orientent le mouvement communautaire, soit les valeurs de justice, de solidarité sociale et d'émancipation des personnes et des communautés. La Table de concertation sur la faim est à cet égard un lieu important de cette réflexion critique et d'explicitation des savoirs. Les connaissances théoriques ou scientifiques, du moins celles évoquées dans ce projet, y sont plus

¹⁸³ Une analyse comparative des approches de planification (programme-cadre versus programme construit en partenariat) est proposée dans le rapport d'évaluation des priorités régionales (Bilodeau et al., 1998). Nous y reviendrons lors de l'analyse transversale, suite à l'étude du cas suivant, *Naître égaux – Grandir en santé*, qui est un exemple d'implantation de programme-cadre.

pointues, reliées à la chaîne de causalité entre pauvreté, accès durable aux aliments, sécurité alimentaire et sécurité nutritionnelle, reflétant leur origine onusienne. Il en eut sans doute été autrement si les acteurs du projet s'étaient associés des chercheurs d'autres disciplines, notamment du domaine social. Ce cloisonnement disciplinaire a pu toutefois être partiellement compensé par l'implication des acteurs communautaires. L'arrangement inter-organisationnel mis en place aura permis, par la circulation et l'influence réciproque des connaissances pratiques et théoriques, la construction d'un cadre théorique pour une politique régionale de sécurité alimentaire qui corresponde mieux à la réalité québécoise de la faim et des pratiques communautaires.

Le point de départ des discussions fut la définition de l'OPDQ placée au centre des travaux du Comité régional :

*« Il y a **sécurité alimentaire** lorsque toute une population a accès en tout temps, et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable, et acceptable au point de vue social et culturel. La sécurité alimentaire suppose également un pouvoir d'achat adéquat et l'accès à une information simple et fiable sur l'alimentation pour faire des choix éclairés. Il y a au contraire **insécurité alimentaire** quand on manque d'aliments, quand on a peur d'en manquer ou quand on subit des contraintes dans le choix de ses aliments, contraintes qui affectent la qualité nutritionnelle du régime » (Leduc-Gauvin J. , Juin 1996).*

Après de longues discussions sur le sens d'une « politique », cette notion fut conservée vu son potentiel évocateur d'une « assurance de durabilité » aux yeux des acteurs institutionnels (dans le sens de « polices »). C'est ce que ces derniers ont fait valoir auprès des acteurs communautaires pour qui elle évoquait plutôt un cadre gouvernemental. Les acteurs communautaires se disent disposés à fonctionner avec cette notion si elle s'avère utile à la mobilisation des décideurs, habitués qu'ils sont de s'ajuster au vocabulaire des bailleurs de fonds.

Dans cette définition, certains voulaient voir abordés différents éléments d'un vaste débat, tels le rapprochement entre producteurs et consommateurs, le rapport avec l'économie sociale, le citoyen comme acteur économique et social, l'information comme clé d'accès aux ressources communautaires, l'action communautaire et la dimension de responsabilité collective, l'agriculture renouvelable. Les membres du Comité se sont finalement ralliés à la définition onusienne, adaptée par l'OPDQ, qui a l'avantage d'avoir une reconnaissance officielle. Le terme de « l'accès » est vu comme étant la clé de cette définition. On y rattache la question du pouvoir d'achat et des mesures sociales susceptibles d'assurer cet accès à tous les citoyens; également la question de l'information sur l'alimentation et les ressources d'aide. Cette définition est vue comme faisant appel à l'ensemble des stratégies de promotion de la santé et correspondant à la multiplicité des cibles et

des stratégies et aux différents niveaux d'action du modèle écologique¹⁸⁴. Dépendamment des aspects de la définition auxquels on veut donner priorité, certaines alliances stratégiques à développer sont vues comme étant plus névralgiques, qu'il s'agisse des organismes de développement économique communautaire (ex : les Corporations de développement économique communautaire), du secteur de l'économie sociale, des syndicats, notamment l'Union des producteurs agricoles, ou des bailleurs de fonds.

L'appropriation (en fait, sa redéfinition) du concept de sécurité alimentaire par les organismes du milieu a mis l'accent sur sa dimension de développement communautaire. Ainsi, les acteurs communautaires se reconnaissent dans une notion de sécurité alimentaire qui englobe, bien au-delà de l'alimentation, les dimensions du développement global des personnes et des communautés. Cette appropriation amène aussi à préciser la spécificité du concept de sécurité alimentaire devant des pratiques de prise en charge, tels les cuisines collectives, les magasins coopératifs ou les groupes d'achat, déjà existantes avant sa percée comme concept qui se veut englobant. L'apport original et constructif de la notion de sécurité alimentaire, au-delà de la distinction entre pratiques charitables et non charitables, s'avère être celui d'un continuum d'actions à construire et devant assurer la sécurité alimentaire. On parle ici de divers ordres de besoins en alimentation, à commencer par s'alimenter, puis disposer de ressources financières suffisantes pour couvrir les dépenses alimentaires, détenir un savoir-faire en alimentation, avoir accès à des services d'approvisionnement appropriés, besoins qui sont spécifiques aux individus, aux communautés. Et pour faire face à ces divers ordres de besoins, on parle d'une gamme d'activités, des cours de cuisine jusqu'aux projets d'entreprise, en passant par les cuisines collectives et les groupes d'achat; on parle également d'optimiser le potentiel de sécurité alimentaire de ces activités en les intégrant, c'est-à-dire en s'assurant qu'elles soient coordonnées les une aux autres de telle sorte à évoluer dans une même direction. On parle donc du spectre des besoins en alimentation, qui trouvent à une extrémité une réponse très partielle dans le dépannage (c'est l'insécurité alimentaire) et à l'autre extrémité, qui sont répondus de façon autonome (c'est la sécurité alimentaire) (E13).

¹⁸⁴ On y distingue des stratégies visant les individus (habiletés, information, contrôle sur sa vie); qui interviennent sur l'environnement immédiat pour faciliter l'accès (distribution alimentaire, type de ressources -ex : groupes d'achat-, transport); qui interpellent la société, les décideurs (réforme des politiques sociales, amélioration du pouvoir d'achat, système de production et de distribution, absence de créneau de subvention pour la sécurité alimentaire, institutionnalisation du dépannage). Il est toutefois utile de noter que le niveau d'action qui interpelle la société ne rallie pas tous les acteurs au même degré. À titre d'exemple, dans son document d'engagement envers la sécurité alimentaire, la Ville de Montréal distingue trois niveaux d'action : celui du dépannage d'urgence; celui de l'entraide, c'est-à-dire, faire plus avec ce que l'on a; celui de l'accès à l'initiative économique (ex : groupe d'achat), et le développement de l'économie sociale (Ville de Montréal., Juillet 1996).

La définition retenue de la « raison d'être » du Comité régional et des concertations locales s'inspire, certes, dans sa formulation, des savoirs théoriques qui prédominent dans le mouvement mondial de la sécurité alimentaire. Cependant, dans le sens qu'elle revêt pour les acteurs, cette définition et les orientations qui en découleront s'appuient sur les pratiques locales de développement communautaire en aide alimentaire et sur les perspectives théoriques en promotion de la santé et du bien-être (dont le modèle écologique) dont l'usage est répandu à la DSP. Soumise aux instances locales associées au projet (à LaSalle, Rosemont, St-Michel), cette définition a suscité leur adhésion. Alors qu'il y a à peine quelques mois, ces acteurs s'exprimaient en termes de sous-alimentation, cette notion de sécurité alimentaire est maintenant bien acceptée et est en voie de transformer leurs perspectives d'action. Mais pour les acteurs du mouvement régional naissant de la sécurité alimentaire, ce cadre théorique n'est pas arrêté. Notamment, les aspects de la protection de l'environnement et du développement social¹⁸⁵ et local n'y sont pas explicitement articulés¹⁸⁶.

1.3 Le rapport entre le Comité régional de la DSP et la Table de concertation sur la faim : la recherche d'un espace de collaboration

La Table de concertation sur la faim incarne la position de coopération conflictuelle du mouvement communautaire devant l'appel au partenariat des institutions publiques : d'abord la pleine reconnaissance de son autonomie et le financement de l'intégralité de ses pratiques; puis des alliances lorsque cela est possible et le conflit lorsque cela est nécessaire « *pour affirmer des positions différentes et acquérir un pouvoir et une reconnaissance dans une relation de partenariat* » (Panet-Raymond, 1994, p. 90). Aussi, la Table revendique-t-elle que la Régie reconnaisse les acquis régionaux en matière de concertation et qu'elle soit financée à titre d'outil d'échange d'expertise, de formation et de représentation publique que se sont donné les organismes intéressés par la pauvreté et la faim. Selon cette voie, la Table déclina la demande du Comité régional pour qu'elle assume, vu sa tradition militante, le leadership d'une vaste coalition intersectorielle qui chercherait à inscrire la sécurité alimentaire à l'agenda des grands débats sociaux. La Table estime prendre déjà position publiquement depuis longtemps et continuer de le faire. Alors que la Régie ne lui accorde pas une pleine reconnaissance, la Table n'assumera pas,

¹⁸⁵ Ce concept réfère ici au filet de protection sociale à être assuré par l'État.

¹⁸⁶ Ces aspects font cependant partie de la réflexion canadienne et québécoise au sein des instances de l'ONU. Ainsi, l'Association canadienne de la Journée mondiale de l'alimentation (hiver 1995) ajoute à la définition de l'ONU (1991) une autre condition, à savoir que les systèmes de production, distribution, consommation des aliments respectent les valeurs éthiques et l'environnement. De plus, les experts du domaine reconnaissent que la définition de l'ONU n'inclue pas les mesures visant à contrer les causes structurelles de la pauvreté. Ils affirment que les actions de sécurité peuvent contribuer à améliorer la nutrition et la santé, à accroître la solidarité et réduire l'isolement, mais ne peuvent réduire que modestement la pauvreté. Elles constituent toutefois des instruments de renforcement du pouvoir des collectivités et peuvent servir de catalyseurs pour diverses mesures de réduction de la pauvreté (Delisle, mars 1995).

sans ressource, le mandat de construire une coalition représentative d'intérêts intersectoriels. Par ailleurs, elle souhaite pouvoir établir avec la Régie des collaborations sur des objectifs partagés tels la diffusion des acquis, la recherche et le développement, l'accroissement du financement dévolu à la sécurité alimentaire (E16).

De son côté, le Comité régional se consolide et accroît sa crédibilité. Par sa composition intersectorielle (communautaire, municipal, socio-sanitaire) et par son ancrage dans la pratique, la recherche et la planification, la structure régionale – locale de sécurité alimentaire fait figure d'exemple aux yeux de la DSP dans l'élaboration d'un nouveau programme dédié au développement de la concertation pour l'action en prévention – promotion¹⁸⁷. C'est ainsi que le Comité régional – local de sécurité alimentaire fut reconnu et financé (150 000\$ récurrent sur 3 ans) à titre de réseau d'action concerté (RAC) dans le cadre de ce programme (*Fonds de soutien à l'action intersectorielle*, 1,4M\$/an) (E14) (E15). À ces RAC sont rattachées des fonctions de mise en réseau et d'échange d'expertise, de soutien à l'intervention, d'intervention directe et de coordination. Ils sont redevables d'établir leurs mandats et plans d'action pour lesquels ils devront obtenir l'aval des acteurs du champ. Or, le Comité régional dispose de cette capacité de validation d'un plan régional d'action, vu les canaux de communication dont il dispose avec différents acteurs, notamment des acteurs locaux reconnus dans le champ¹⁸⁸ et la Table de concertation sur la faim. Cette reconnaissance et le financement qui l'accompagne marque le coup d'envoi du Comité régional. Dans l'univers institutionnel de la santé et des services sociaux, la sécurité alimentaire sera passée, de 1995 à 1997, d'une voie d'action de la priorité Tout-petits à un réseau régional d'action concertée, assorti d'un budget qui a plus que doublé. Dans la foulée de cette reconnaissance, des représentations sont entreprises auprès des bailleurs de fonds, dans la perspective de les sensibiliser aux limites des pratiques de dépannage alimentaire et en vue d'accroître la part du financement dévolue aux initiatives de prise en charge. C'est ainsi que Centraide a joint les rangs du Comité régional en septembre 1997.

Ainsi, le rapport de force ne se dessine pas en faveur de la Table. Le Comité régional dispose d'une assise intersectorielle (quand même restreinte), communautaire et institutionnelle, et de moyens déjà passablement plus importants, que la Table se croit légitimée de se voir octroyer. Des organismes parmi les plus actifs du milieu communautaire, membres de la Table, sont aussi membres du Comité régional où ils bénéficient de subventions. Qui plus est, sur des terrains auxquels la Table donne priorité, notamment celui des pressions auprès des bailleurs de fonds,

¹⁸⁷ Ce programme est né de la Conférence régionale *Partenaires pour la prévention* tenue par la DSP en novembre 1996 (DSP, 1997).

¹⁸⁸ Mentionnons le Groupe-Ressource du Plateau Mont-Royal, le Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau, le Carrefour d'éducation populaire de Pointe-St-Charles qui font partie du Comité régional.

étant donné l'ancrage, les ressources et les leviers d'influence dont il dispose, le Comité régional a déjà commencé de marquer des points. Force est d'admettre, donc, que le Comité régional se présente plutôt pour la Table comme un collaborateur obligé (E16).

Dans le créneau de l'action régionale de mise en réseau, d'échange d'expertise et de soutien à l'intervention, avenues dans lesquelles le Comité régional dessine ses orientations et son plan d'action, plusieurs éléments recourent des mandats que la Table exerce, du moins dans le milieu communautaire, depuis 10 ans déjà. Ces chevauchements de vocations, voire ces empiètements, ont commencé d'être soulevés par la Table au moment de l'élaboration du plan d'action (dans le cadre du *Fonds de soutien à l'action intersectorielle*, en octobre 1997). Mais puisque ce plan se veut intersectoriel et que les modalités d'implantation restent à déterminer, la Table (à titre de membre du Comité régional) l'endossera en ayant eu l'assurance du Comité que les rôles seront clarifiés et les collaborations structurées. La Table s'attend à ce que l'esprit de concertation qui anime ce plan signifie un renforcement de son rôle et de ses activités auprès des intervenants en sécurité alimentaire, des acteurs institutionnels et du public. C'est au sein des sous-comités de travail mis sur pied pour rendre opérationnel ce plan d'action, où la Table est partie prenante, que l'on pense pouvoir mieux identifier des modalités de collaboration (E17).

Sur le terrain de la légitimité et de la représentativité, si la Table affirme que le Comité régional est une structure bancaire qui n'a pas de reconnaissance régionale dans le champ alors qu'elle a cette reconnaissance, il demeure qu'elle n'est pas reconnue, notamment par de tiers acteurs tel Centraide, comme ayant une représentativité intersectorielle. Elle est plutôt vue comme une instance communautaire de concertation régionale. Quant au Comité régional, il est plutôt considéré comme une instance administrative qui relève de la Régie. Ce qui laisse vacant l'espace de concertation intersectorielle régionale en sécurité alimentaire, un lieu où, à l'image de l'expérience torontoise, se retrouveraient le milieu communautaire, représenté par la Table, au côté des syndicats agricoles, des secteurs public, municipal et privé (E18).

2 *L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME : QUELQUES « SORTIES » DANS LES MÉDIAS ET LES PREMIÈRES RETOMBÉES DANS LES QUARTIERS*

2.1 *Au palier régional*

La principale réalisation du Comité régional à l'issue du plan triennal des priorités (1995-1998) aura été de s'être doté d'une vision commune de ce qu'est une politique régionale de sécurité

alimentaire et de s'être donné un plan régional d'action arrimé aux plans locaux (E19). Ce plan régional comporte :

- des actions de mise en réseau, d'échange d'expertise et de soutien à l'intervention: élargissement de l'intersectorialité du Comité régional (ajout du secteur économique, des CLSC, du Regroupement des cuisines collectives du Québec); élargissement de l'intersectorialité des concertations locales; mise en place de mécanismes de communication (Internet, colloque, bulletin); formation et soutien à l'intervention (mise en commun et diffusion d'approches et d'outils; soutien au changement de pratiques); sensibilisation des bailleurs de fonds à la sécurité alimentaire;
- le soutien au démarrage d'interventions novatrices;
- la mise en place d'un système de monitoring devant permettre aux organismes de mesurer l'impact de leurs interventions (50 000\$).

Le volet du monitoring de la sécurité alimentaire prend dans ce plan une place importante, le tiers des sommes de la première année lui étant attribué. Cette importance est appuyée par le manque de données probantes afin de sensibiliser de manière convaincante l'opinion publique à l'idée que l'insécurité alimentaire soit un problème, les seules données disponibles étant celles du chômage, du revenu et le tonnage de vivres redistribués par les banques alimentaires. Un système de monitoring cherche à documenter à l'aide d'indicateurs simples l'approvisionnement alimentaire, l'accès physique et économique à l'alimentation et l'état d'insécurité alimentaire des populations¹⁸⁹. La Table s'inscrita contre ce volet. Si elle faisait consensus avec les autres membres du Comité sur une définition de la sécurité alimentaire, elle ne peut consentir à ce qu'œuvrer en cette direction veuille dire de consacrer 50 000\$ à des activités de surveillance. La Table serait davantage intéressée par des recherches portant sur les modèles culturels expliquant la dynamique entre les éléments de sécurité alimentaire d'un quartier et le passage de la dépendance à la responsabilisation. Un sous-comité de travail a donc été formé, sous la responsabilité de la chercheuse du Département de nutrition de l'Université de Montréal, instigatrice de ce volet. Autour des actions de mise en réseau et d'échange d'expertise, diverses modalités de collaboration entre la Table et le Comité ont été avancées et le tout a aussi été confié à un sous-comité de travail. Idem pour le soutien à l'innovation. Aussitôt déposé, le plan d'action se voit donc transformé en trois sous-comités de travail qui verront à résoudre les controverses et à le rendre opérationnel, retournant ainsi le moteur de l'évolution au niveau du sociogramme (E17).

¹⁸⁹ À cet égard, un outil de recension des initiatives de sécurité alimentaire, *Comprendre la sécurité alimentaire au moyen de la carte communautaire de la faim. Un outil populaire d'analyse en vue d'une action stratégique*, a déjà été produit par le Regroupement des cuisines collectives et est utilisé dans trois quartiers de Montréal.

Dans ce plan d'action, le créneau des représentations auprès du public (par le biais des médias) et auprès des décideurs gouvernementaux à propos des causes structurelles de l'insécurité alimentaire est peu explicite. Cependant, l'action d'influence est de façon constante à l'ordre du jour des réunions du Comité régional devant maints événements qui l'interpellent¹⁹⁰. Diverses représentations publiques ont été faites dans les médias sur les causes de la pauvreté et sur l'importance d'agir en sécurité alimentaire par la responsable du Comité régional¹⁹¹ et par le Directeur de la santé publique, ce qui ajoute une autre voix à celles déjà connues de la Table de concertation sur la faim¹⁹², de l'OPDQ¹⁹³ et de chercheurs¹⁹⁴. Une conférence de presse conjointe sous le titre « *L'urgence de donner autrement* » a aussi été tenue en décembre 1997, où le Directeur de la santé publique prenait position avec la Coalition nationale sur l'aide sociale, le mouvement ATD Quart-Monde et la Table de concertation sur la faim¹⁹⁵ (E20).

Des représentations ont aussi été orientées vers la sensibilisation des bailleurs de fonds en vue de l'accroissement du financement consentis aux pratiques de sécurité alimentaire. C'est ainsi que le Comité régional s'est fait valoir auprès du Directeur de la santé publique dans le cadre du *Fonds de soutien à l'action intersectorielle*, que le projet de sécurité alimentaire a été présenté à la Direction de la promotion de la santé au MSSS, aux gestionnaires du programme de Soutien à l'action intersectorielle (SOC) de la Régie, auprès de Centraide et du *Fonds de lutte contre la pauvreté*¹⁹⁶ (E21).

¹⁹⁰ Citons à titre illustratif quelques événements évoqués au cours de 1996-1997 : Le Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996, la Conférence régionale *Partenaires pour la prévention* de novembre 1996, le Forum sur le développement social du printemps 1997, la réforme de l'aide sociale de 1997; les rapports successifs de Moisson Montréal sur l'accroissement du dépannage alimentaire; l'entrée en vigueur de l'Assurance-médicaments qui serait une cause fréquente de recours aux banques alimentaires.

¹⁹¹ Dans l'article *Les comptoirs alimentaires accentueraient la pauvreté*, de *La Presse*, 10 décembre 1996, la responsable du Comité régional soutient qu'« il faut arrêter d'instituer le dépannage alimentaire. Ça donne une caution aux décideurs pour continuer à couper et de ne pas s'attaquer aux causes de la pauvreté »; elle y aborde aussi le développement des pratiques de prise en charge dans les quartiers. Ces thèmes ont aussi été abordés à l'émission *Le Dépanneur* de Radio-Canada, décembre 1996, au *Match de la vie* à TVA, en avril 1997.

¹⁹² Décembre 1997 : Présentation par la Table d'alternatives au don d'aliments à *Édition Réseau* (TVA), *Indicatif présent* (SRC), *Quoi de neuf* (Quatre-saisons), une ligne ouverte à CKAC; le Groupe-ressources présente les groupes d'achat à *Montréal ce soir* (SRC). Décembre 1998 : même dénonciation des effets de dépendance du dépannage et valorisation d'une initiative, celle du Carrefour d'entraide de Lachine dans *Dépendance zéro!*, *La Presse*, 21 décembre 1998.

¹⁹³ *Inquiets de l'insécurité alimentaire des québécois*. *La Presse*, 6 juin 1996; *Les diététistes lancent un cri d'alarme. Un québécois sur 5 souffre de la faim*. *Le Journal de Montréal*, 6 juin 1996.

¹⁹⁴ *Le dépannage alimentaire remis en question*. *La Presse*, 17 mai 1997.

¹⁹⁵ *Les dangers de l'industrie de la charité dénoncés*. *La Presse*, 16 décembre 1997.

¹⁹⁶ Fonds spécial créé par l'État québécois lors du Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996.

2.2 *Au palier local*

Le projet **Inter-Quartier** comportait le développement des groupes d'achat et leur mise en réseau, et un volet d'éducation à une alimentation saine et économique. Côté éducation, l'échange d'expertise et de ressources entre les deux secteurs (sud-ouest et Plateau) était prévue. Les cours offerts par chaque organisme à sa clientèle ont bien fonctionné, mais les cours inter-quartier ont peu recruté, parce que mal adaptés aux besoins. Les gens du Plateau, plus scolarisés, n'ont pas voulu de formation en nutrition; les personnes-ressources provenant d'un autre quartier n'étaient pas connues des membres des organismes; puis les gens ne voulaient pas se déplacer d'un quartier à un autre. Un bulletin de liaison inter-quartier prévu n'a pu être réalisé faute de fonds.

Du côté des groupes d'achat, deux groupes mis sur pied fonctionnent assez régulièrement au Club populaire des consommateurs de Pointe St-Charles, tout comme les deux groupes du Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau; cependant, celui de la Maison d'entraide Énard/Côte St-Paul a dû être abandonné à cause de l'irrégularité des présences (E22). On souligne partout le recrutement et la rétention difficiles à cause de la concurrence du dépannage qui prend peu de temps et coûte presque rien. L'enracinement d'un organisme dans son quartier, qui favorise la création de liens entre ses membres et avec d'autres organismes, et le développement de la solidarité expliquent selon les acteurs la réussite (ou les difficultés) d'implantation d'activités. Par ailleurs, on souligne le soutien technique et d'expertise du Groupe-Ressource comme un important facteur de réussite¹⁹⁷. L'arrimage des groupes d'achat présente un avantage indéniable au plan d'un pouvoir d'achat accru. Ses principales difficultés résident dans le transport des achats aux quatre coins d'un territoire qui devient de ce fait plus vaste (peu de participants disposent d'une auto et ce transport est difficile en autobus); également dans les différences culturelles entre les quartiers qui rendent difficile l'usage d'une liste commune de choix et alors moins probable la diminution des coûts liée au volume d'achats.

Dans **Rosemont**, le projet comportait la mise sur pied de cours sur l'alimentation saine et économique et de groupes d'achat. Bouffe-Action de Rosemont (BAR) a formé deux groupes d'achat plutôt que les quatre prévus, faute de ressources pour les soutenir. Il s'est mis en réseau avec le Groupe-Ressource pour certains approvisionnements. Pour pallier le problème de transport, BAR multiplie les points de services grâce à la collaboration d'organismes. Quant aux cours de cuisine, 5 sessions (4 étaient prévues; une session compte de 3 à 5 cours) ont été offertes

¹⁹⁷ Le Groupe-Ressource assume la mise à jour mensuelle du logiciel de gestion, rendu disponible à tous; il centralise les commandes et la négociation avec les fournisseurs; assume la location du camion, les arrangements pour le chauffeur, la coordination des bénévoles pour les achats et la livraison aux groupes membres du réseau. La centralisation des activités diminue les frais de transport et le nombre de bénévoles requis. Par contre, elle accroît le délai de livraison et entraîne une perte de qualité de certains aliments.

par la diététiste du CLSC et BAR a obtenu la collaboration du CLSC, de la maison de quartier Le Chez-nous et des cuisines collectives pour le prêt d'un local de cuisine et le recrutement. La satisfaction est élevée, on parle d'une « *certaine forme d'empowerment* » chez les participants et une liste d'attente s'est constituée (Bertrand et al., 1998, p. 53) (E22).

À LaSalle dans un premier plan d'action, on misait sur cinq volets pour initier le mouvement vers un continuum de sécurité alimentaire : 1) d'abord, la multiplication des groupes de cuisine collective a donné plus que son dû, 10 nouveaux groupes ayant été formés (6 étaient prévus); 2) le déploiement à plus large échelle des cours d'économie familiale a aussi donné son dû puisque les 2 séries de 12 cours prévues ont été dispensées; 3) la recherche-action prévue sur les innovations en matière de prise en charge n'a pas donné le résultat escompté, attribuable en bonne partie au manque de clarté du mandat confié; 4) le CLSC a pu fournir le support prévu de stagiaires en nutrition aux organismes; 5) l'appel d'offres, qui visait à élargir la concertation, n'a pu récolter que de petits projets vu la petite somme consacrée (4 000\$ en 1996-1997). On a réussi la première année à associer quatre organismes qui ont réalisé des repas communautaires (6 repas sur 6 mois), acheté des équipements collectifs (poêle & réfrigérateur), produit des dépliants d'information et fourni des collations aux enfants du préscolaire (E22).

Quant à St-Michel, on le disait, leur processus de concertation résulte en un ambitieux plan d'action autour de 6 priorités : 1) l'information sur l'alimentation saine et économique; 2) la formation en économie domestique; 3) la mise en réseau des organismes de dépannage en vue d'éviter la compétition entre eux pour l'approvisionnement et en vue du contrôle des abus; 4) un projet de marché public local pour l'accès à des fruits et légumes frais; 5) le transport pour mieux desservir les zones enclavées du territoire; 6) la défense des droits et l'influence macro-sociale, par la participation de Aliment'Action St-Michel (AASM) à des instances locales et régionales afin d'acquérir une vision plus exhaustive du problème et des solutions et rapporter localement des éléments de réflexion; par l'association de AASM à des organismes reconnus de défense des droits afin de mener des actions publiques de lutte aux causes de la pauvreté; localement, par la mobilisation de partenaires et l'élargissement du rayonnement de AASM.

Un plan d'action d'une telle envergure est en fait un plan quinquennal, soutiendra AASM. L'étendue et la complexité des stratégies entraînent un éparpillement des maigres ressources (20,000\$/an), affectant l'avancement des travaux. Au cours de 1996-1998, le comité a travaillé à construire la concertation, à sensibiliser le milieu aux pratiques non charitables, et à coordonner les

quatre sous-comités de travail mis en place¹⁹⁸. On a réussi à accroître sa participation à des instances régionales de réflexion et d'action (Table de concertation sur la faim, Regroupement des magasins partage, *Naître égaux – Grandir en santé*) et en cela, on soutient avoir participé à des actions de lutte contre la pauvreté. Dans le projet du marché public, on a tenu une expérience pilote sur deux fins de semaine à l'automne 1997; celle-ci a reçu un bon accueil en même temps que le public trouve les prix trop élevés. Afin de poursuivre le projet, on prévoit faire des arrangements avec des producteurs de sorte à obtenir gratuitement des fruits et légumes déclassés. Puis on a soumis à deux reprises une demande de subvention au Secrétariat au développement des régions (Fonds d'économie sociale)¹⁹⁹. Dans le projet de transport, on s'est joint au comité transport de Vivre St-Michel en santé. Finalement, on a réussi un maillage avec le Groupe-Ressource et mis en place deux groupes d'achat. Des demandes pour deux nouveaux groupes devront attendre que les deux premiers soient rodés de sorte à dégager des ressources pour soutenir leur démarrage (E22).

Ces expériences locales montrent que l'enveloppe consentie à la sécurité alimentaire dans le plan des priorités 1995-1998 a suffi à la mobilisation des milieux mais était de loin insuffisante pour que ceux-ci disposent des moyens pour agir. Ainsi, a-t-on initié des activités tout en se butant vite au manque de ressources pour leur plein déploiement. Elles montrent de plus que l'« univers des possibles » de l'initiative non charitable est plutôt étroit lorsque les individus visés ne disposent pas d'un revenu minimum pour s'y inscrire; et que nombre d'intervenants et d'organismes dépendent des efforts considérables d'imagination pour tenter de pousser plus haut le plafond de l'autonomie chez les gens les plus marginalisés de notre société, et davantage encore lorsque des forces sociales antagoniques les conduisent à la dépendance.

¹⁹⁸ On ne peut négliger de considérer certains aspects du fonctionnement de Aliment'action St-Michel qui peuvent avoir affecté sa capacité à réaliser ses objectifs de rassembleur des acteurs du champ. Eu égard à la démocratie, des programmes tel *1,2,3 Go!*, portés par Vivre St-Michel en santé, qui ne sont pas des organismes, sont membres du Comité et ont droit de vote au même titre que les organismes dûment constitués. De plus, certains organismes ou programmes membres y sont représentés par plusieurs personnes ayant toutes un droit de vote, ce que contestent certains autres organismes, voyant là une forme de noyautage de la prise de décision.

¹⁹⁹ Ce projet est vu par les élus municipaux et le milieu des affaires comme une compétition livrée aux marchands alors qu'il est, aux dires de ses promoteurs, bien accueilli dans la communauté.

CHAPITRE XXI
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION :
LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE

L'évaluation a été menée par Bertrand et al. (1998) de l'équipe d'évaluation, selon le calendrier prévu, malgré une mise en œuvre décalée d'environ six mois sur le calendrier des priorités.

Le travail de spécification des plans d'action prévu au devis pour initier l'évaluation a été amorcé à l'hiver 1997. Les spécifications stratégiques ont été complétées et validées auprès des acteurs locaux. Celles-ci représentent, pour chaque quartier et pour le plan régional, une théorisation du problème et des solutions. Quant à la spécification opérationnelle, elle a été amorcée mais non complétée vu le développement peu avancé des plans d'action. Rappelons que cette opération consistait à identifier les bornes critiques des plans d'action et à spécifier pour ces bornes des descripteurs tels leur faisabilité, leur justification, ou des indicateurs de réussite. Aussi, l'évaluation de l'implantation a-t-elle porté sur une description et une explication de l'écart entre les activités prévues et réalisées. Une composante de tous ces plans, celle de la concertation, a été décrite en identifiant les conditions qui l'ont favorisée ou qui lui ont fait obstacle. À cette étape-ci du développement du projet, on n'a pu que documenter certains effets proximaux. Ces évaluations régionales et locales ont été validées auprès des acteurs.

Puis l'évaluation de la vraisemblance a porté sur deux questions : Les actions amorcées correspondent-elles aux éléments qui favorisent la sécurité alimentaire? En quoi la concertation favorise-t-elle la présence de ces éléments? Cette analyse des pratiques, eu égard au référent théoriques sur la sécurité alimentaire, s'est tenue tout au long du projet, dans la mesure où un objectif du Comité régional était de s'en donner une définition commune et dans la mesure où les concertations locales se sont construites au travers de ce questionnement. La journée d'évaluation de la vraisemblance aura été un prolongement à ces réflexions, où d'autres acteurs se sont ajoutés. Notamment, des acteurs de la Table de concertation sur la faim et des acteurs externes de l'Université Laval et du Toronto Foods Policy Council²⁰⁰, pour soutenir la réflexion sur la sécurité alimentaire, et de l'Université de Montréal, pour soutenir la réflexion sur la concertation. Cet exercice a toutefois connu des limites. Il s'est tenu dans le contexte du renouvellement des subventions de la Régie aux priorités, ce qui ne favorise pas le sens critique des participants. De

²⁰⁰ Le Toronto Foods Policy Council a été initié par la Ville de Toronto en 1990 dans le cadre de son mandat en matière de santé. Plusieurs secteurs y sont représentés: initiatives contre la faim, affaires, syndicats, coopératives, services publics, santé et services sociaux, fermes rurales. Son développement a connu 3 phases: 1°) mise en place de solutions communautaires de rechange au dépannage (1991-93); 2°) tenue de débats publics sur le système agroalimentaire, la politique canadienne sur l'agriculture (1994-95); 3°) gestion d'un fonds d'infrastructure de 2,4M\$ pour faire face aux coupures de 22% du gouvernement ontarien aux mesures d'aide sociale (Conférence de Sean Cosgrove, journée d'évaluation de la vraisemblance, 28 novembre 1997).

plus, à la suite des conférences des invités externes, le tiers des participants a quitté avant les ateliers consacrés à l'évaluation de la vraisemblance, ce qui réduit la représentativité des discussions et des jugements.

1 LA SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION

Le modèle d'action du projet est celui de concertations intersectorielles, aux paliers régional et local, afin de développer des actions aux différents niveaux du modèle écologique et d'assurer un continuum de pratiques de sécurité alimentaire au palier local. L'approche privilégiée en est une de développement communautaire et de synergie des paliers local et régional. L'approche de planification en partenariat retenue fait du modèle d'action une co-construction par les théoriciens, les planificateurs et les praticiens et donc, un modèle construit au travers du test de la réalité. Expression de ce test de la réalité, les acteurs ont discuté de la solidité de leur modèle d'action en se référant aux acquis d'expérience de la région et d'ailleurs, notamment du Toronto Foods Policy Council. Leur évaluation a porté principalement sur deux aspects : celui de la concertation et celui des niveaux d'action du modèle écologique.

1.1 La dimension de la concertation au cœur de la notion de sécurité alimentaire

Le degré de réceptivité manifesté par les communautés locales à l'idée d'une action concertée dans le champ de l'aide alimentaire témoigne du bien-fondé du modèle d'action sous cet aspect. La notion de sécurité alimentaire offre un point de ralliement entre différents organismes préoccupés par la faim et la pauvreté. Puis les pratiques locales en ont déjà bénéficié : le mouvement de concertation a entraîné des acteurs stratégiques; il a favorisé le recrutement de participants et la mise en commun de ressources (halte-garderie, prêt de local) pour le développement de pratiques de sécurité alimentaire.

Avec l'élargissement des concertations, c'est la définition même de la sécurité alimentaire, adoptée par le Comité régional, qui est révisée. Cette position, plus orthodoxe eu égard à la théorie, celle d'écarter le dépannage de la notion de sécurité alimentaire et de concevoir plutôt un transit de l'insécurité vers la sécurité alimentaire, est remise en question par des acteurs plus intéressés par l'action concertée, tel Centraide. On lui reproche de provoquer la confrontation inter-organismes plutôt que de favoriser leur mise en réseau au niveau des communautés; on lui préférerait une définition plus mobilisatrice des milieux, en termes de « parcours vers la sécurité alimentaire », qui mettrait l'accent sur le nécessaire travail à faire de révision des positions des deux parties. Approche qui ne rallie évidemment pas les acteurs plus radicaux du Comité pour qui « installer le dépannage,

c'est l'installer à perpétuité » (extraits du *verbatim* de la Journée d'évaluation de vraisemblance, 28 novembre 1997, atelier légume). Force est d'admettre toutefois que, de façon concrète, la position initiale du Comité est aussi remise en question par les pratiques développées localement, qui, à l'exception de Inter-quartier, tablent toutes sur la mise en réseau des organismes communautaires et consacrent passablement d'énergie à rallier les organismes de dépannage à la concertation. Au plan de la qualité, la construction d'un espace de compromis qui accroîtrait le potentiel de ralliement de la sécurité alimentaire est un gain, dans la mesure où il favorise la modification du rapport de force entre la réponse traditionnelle de la charité et une alternative plus critique (E23). La qualité gagne ainsi à ce que soit maintenue vivante la réflexion critique des praticiens sur leurs pratiques et l'évolution des théories, vu leur co-fertilisation (E24).

Si le modèle d'action est conçu autour de la concertation, le test de la réalité montre que construire cette concertation exige temps et ressources. Aux paliers régional et local, les concertations naissantes ont réalisé le portrait des ressources, mobilisé les acteurs, mené une réflexion sur les pratiques; adopté des orientations et des plans d'action régional et locaux. Cela exige de ralentir, d'interrompre, de reporter l'implantation des activités destinées aux populations pour mieux les définir et mieux se coordonner. Le travail de construction des concertations accapara une large part des ressources consenties à ce plan triennal 1995-1998 mais, faut-il le reconnaître, remporta bien davantage que son investissement. Le potentiel de changement entraîné par la priorité, malgré son importance marginale, est sensiblement plus grand que si les mêmes ressources avait été investies isolément dans le développement de quelques pratiques, à cause de l'effet mobilisateur de la concertation (E23).

1.2 L'innovation sociale située aux niveaux proximaux du modèle écologique

Le deuxième élément considéré eu égard à la solidité du modèle d'action concerne les niveaux d'action du modèle écologique. Le regard évaluatif porté par les acteurs conclut qu'au stade de développement actuel du projet, l'action s'est surtout déployée autour du développement des personnes, de l'amélioration du milieu (collectivisation des moyens : marché public, transport, groupe d'achat) et de la sensibilisation des institutions (organismes de charité, bailleurs de fonds, élus municipaux), mais qu'elle s'est peu adressée aux causes structurelles de la pauvreté et de la faim, seules quelques actions médiatiques ayant été tenues (E25).

Or, pour que des actions d'influence ou de pression puissent prétendre à un certain impact sur les causes structurelles de la pauvreté, elles doivent se situer au même niveau que les acteurs qu'elles souhaitent influencer et avoir suffisamment d'ampleur pour les atteindre. N'est-ce pas là le

message laissé par la désormais célèbre marche populaire des femmes *Du pain et des roses* de juin 1995? À cet égard, l'ACJMA (hiver 1994) soutient que, puisqu'il y a dans nos sociétés assez à manger pour tous, « *ce sont les décisions politiques qui causent la faim* ». Il faut donc se garder d'investir tous ses efforts dans les projets alimentaires communautaires et s'assurer de prendre le temps qu'il faut pour mener des actions politiques. De ce point de vue, plus le modèle d'action tendra à se développer aux niveaux d'action onto, micro et meso, qui sont principalement le lieu des concertations locales (le Comité régional veut davantage viser les niveaux exo et macro), plus on tendra vers des solutions qui cherchent à composer avec la pauvreté (faire davantage avec moins) plutôt qu'à l'éradiquer (E25). À cet égard, l'entrée en scène de la sécurité alimentaire a pour effet de sectoriser encore davantage les méfaits de la pauvreté en autant de problèmes sur lesquels se spécialisent les experts, les institutions et les organismes communautaires, rendant plus complexe l'action globale sur ses causes mais multipliant aussi les opportunités d'action.

L'expérience torontoise, qui fait figure d'exemple, porte ici à réflexion en proposant un arrimage entre les milieux rural et urbain, donc entre producteurs et consommateurs, dans la perspective d'une prise en charge toujours plus grande des citoyens avec les moyens dont ils disposent. Dans le contexte socio-politique actuel, force est d'admettre que l'innovation sociale dans le champ de l'aide alimentaire se situe surtout aux niveaux proximaux du modèle écologique (onto, micro, meso) et que le virage vers la sécurité alimentaire place le poids de l'innovation sur les organismes communautaires. On s'attend d'eux qu'ils favorisent le passage du statut d'usager à celui de participant et de citoyen; qu'ils développent une culture d'implication qui favorise l'intégration sociale des personnes les plus marginalisées; qu'ils favorisent la sécurité alimentaire des citoyens par des moyens non charitables. Les pressions qu'exercent Centraide sur les organismes en faveur de ce virage témoignent de ces attentes. La qualité dépend donc dans une certaine mesure de l'innovation sociale. Sur ce terrain, le regard évaluatif des acteurs conclue que l'action ne pourra prétendre à quelqu'impact que dans la mesure où elle se déploiera proportionnellement à l'ampleur du problème. Ce qui est loin d'être actuellement le cas des activités de sécurité alimentaire qui ne rejoignent qu'une frange des usagers de l'aide alimentaire. Or, la solidité du modèle d'action, de ce point de vue, dépend des décideurs publics et des bailleurs de fonds (E26).

2 L'ANCRAGE DU MODÈLE D'ACTION

On peut mettre sous le compte de l'ancrage du modèle d'action, son adaptabilité en fonction des habiletés des acteurs, des ressources et obstacles présents dans les communautés et sa capacité à accroître ces habiletés. On réfère ici à la variabilité des arrangements inter-organisationnels et des

plans d'action des quartiers en fonction de l'état d'avancement de la réflexion collective des acteurs, de l'évolution de cette réflexion dans le temps, et en fonction des ressources, bien que ces plans se rattachent tous au même cadre d'orientation (E27). Si on se réfère aux théories sur l'*empowerment* des acteurs (Goodman et al., 1996; Wandersman et al., 1996), cette adaptabilité devrait contribuer à améliorer l'action, c'est-à-dire favoriser une adhésion large aux concertations de telle sorte à entraîner le parcours espéré des usagers en vue d'accroître leur niveau de sécurité alimentaire.

3 LA VIABILITÉ DE LA SOLUTION

La viabilité de la solution au regard du problème à résoudre, du point de vue des populations, s'appréciera dans le passage « réel » des personnes dans le continuum. Le jeune âge du projet ne nous permet évidemment pas de documenter cet aspect. On sait que les cours de cuisine ou les groupes d'achat suscitent chez le public une certaine adhésion et que la demande dépasse actuellement la capacité de soutien des organismes, qui n'est par ailleurs pas très grande (E28). On sait que les pratiques d'éducation populaire dans le domaine de l'alimentation ont fait leur preuve, on n'a qu'à se référer à la notoriété des ateliers Action-Alimentation du Carrefour d'éducation populaire de Pointe-St-Charles (E29). On sait aussi que les groupes d'achat n'ont cessé de se consolider depuis leur début et qu'ils disposent maintenant d'un pouvoir d'achat intéressant; que les organismes qui les implantent tentent de résoudre par toutes sortes de solutions locales leur principal problème, celui du transport; qu'ils présentent un avantage relatif, dans la mesure où le citoyen en retire suffisamment de bénéfices pour compenser ses efforts (temps et déplacement). À cet égard, le rapport coûts/ bénéfices s'évalue en fonction de la distance à parcourir, des moyens de transport, du budget et du nombre de personnes dans le ménage, des frais de gardiennage en contrepartie de l'augmentation du pouvoir d'achat, de la quantité et de la qualité de l'alimentation (E30).

Un sondage réalisé auprès de participants aux groupes d'achat (n=75), malgré ses limites méthodologiques, montre quelques tendances. Avant leur participation, autour de la moitié des répondants disent avoir manqué de nourriture faute d'argent. Les achats collectifs auraient permis de diminuer ce stress pour environ 60% d'entre eux. Le principal bénéfice mentionné est l'économie; viennent ensuite une alimentation plus variée et plus riche en aliments que l'on juge plus sains. Selon les données du Groupe Ressource, l'épargne par rapport à Métro et Provigo (semaine du 15 décembre 1997) serait de 58% sur les fruits, de 54% sur les légumes, de 35% sur le

fromage et de 36% sur les viandes. D'autres données tirées de *focus groups* indiquent d'autres retombées reliées à la dignité des personnes :

« « O.k., tu paies ta nourriture, tu la paies moins cher, tu te valorises parce que tu l'as pas quêtée.../.../ Avant j'étais gênée d'inviter les gens à souper parce que je n'avais pas beaucoup de nourriture, maintenant ça me permet d'inviter et de faire du spécial à table... Les enfants vont être tellement contents, enfin ils auront de la nourriture jusqu'à la fin du mois ». C'est aussi cela les groupes d'achat ». (Bertrand et al., 1998, annexe 5).

4 LA FORCE D'ENTRAÎNEMENT DU PROJET

En faisant de la sécurité alimentaire une priorité régionale et en proposant une problématisation qui appelle à la concertation, la Régie (sa DSP) a incontestablement créé un mouvement dans le champ de l'aide alimentaire. Les instances de concertation, supportées par le leadership de la DSP et son Comité régional, ont eu jusqu'à ce jour une certaine force d'entraînement auprès d'acteurs stratégiques aux paliers régional et local. L'appel d'offres a créé un *momentum* duquel les acteurs locaux, selon leurs dires, ont tiré profit. Ce mouvement incarne la convergence de diverses forces, institutionnelles et communautaires, intersectorielles, pour remettre en question la réponse traditionnelle au problème de la faim (E31).

Par ce mouvement, la sécurité alimentaire est venue à constituer un point de ralliement et un élément commun d'identité, tel qu'en témoignent plusieurs intervenants communautaires. La reconnaissance de la sécurité alimentaire par un acteur régional institutionnel, qui détient des leviers de pouvoir, ouvre la voie à l'établissement d'un rapport de force au sein du milieu communautaire vis-à-vis le courant dominant de la récupération-dépannage. Si diverses pratiques de prise en charge étaient déjà promues par les organismes et notamment par la Table, leur intérêt commun est maintenant de s'allier en vue d'accroître leur visibilité et d'accroître ce mouvement qui risque de les avantager, notamment au plan des ressources.

La sécurité alimentaire devient dès lors une parole commune aux acteurs institutionnels de la prévention – promotion de la santé et du bien-être (DSP en chef) et au milieu communautaire. C'est ainsi que le directeur de la santé publique reprend sur différentes scènes publiques la notion de sécurité alimentaire, se trouvant à parler au nom d'un ensemble de pratiques communautaires de prise en charge en évoquant les grands traits des plans d'action locaux. Un cran plus loin, elle est en voie de devenir un levier de revendications communes, tel qu'en témoignent les représentations publiques ponctuelles rappelées précédemment.

En outre, ce mouvement présente un potentiel de ralliement intersectoriel qui n'apparaît cependant pas encore pleinement déployé, eu égard à la problématique (E32). Notre période d'observation (1995-1998) ne permet pas d'apprécier dans quelle mesure ce mouvement réussira à accroître sa représentativité²⁰¹ et à affecter la tendance au dépannage. La résistance à la sécurité alimentaire viendrait davantage encore des organismes qui souscrivent traditionnellement à l'œuvre de charité pendant des périodes très médiatisées (St-Vincent-de-Paul, Chevaliers-de-Colomb, associations de pompiers ou de policiers, marchands) et pour qui les retombées politiques sont plus vitales. Elle serait moins grande chez les organismes qui opèrent des services de dépannage. Les intervenants du projet commencent à observer, notamment chez les bénévoles du dépannage, leur adhésion à l'idée de la sécurité alimentaire en même temps que leur manque de capacité à y œuvrer (E33). Ici, des acteurs stratégiques tels les bailleurs de fonds ou les organismes en position de soutenir les changements de pratique ont le pouvoir de modifier le contexte de sorte à créer des conditions qui accroissent l'intérêt des acteurs à coopérer. Dans sa planification révisée 1998-2001, le planificateur considère que le leadership régional dans ce projet doit être accentué, notamment par l'élargissement de l'intersectorialité et la sensibilisation du public (E32).

Étant porté par un acteur régional d'influence, qui possède un mandat de planification en prévention – promotion de la santé et du bien-être, la force d'entraînement de ce mouvement se manifeste aussi auprès de bailleurs de fonds. Chez les gestionnaires du SOC²⁰² à la Régie, suite à des représentations du Comité régional, on a commencé (1997) de catégoriser les organismes en fonction du dépannage et de la sécurité alimentaire. Bien qu'il ne peut être relié aussi directement à la priorité, le même effet s'observe à Centraide qui ne finance plus de nouveaux organismes de dépannage alimentaire et qui soutient ceux qui font des actions de sécurité alimentaire et de concertation. De plus, ses critères d'évaluation des demandes de renouvellement de la part des organismes de dépannage se resserrent, allant jusqu'à rendre le financement conditionnel à un virage vers des pratiques de prise en charge, tel qu'en témoigne le cas Aliment-Action de LaSalle évoqué antérieurement (E34).

²⁰¹ L'annonce par le Comité régional de la tenue en novembre 1999 d'un colloque réunissant les milieux de l'éducation, de la santé et des services sociaux, de l'industrie agroalimentaire, du mouvement communautaire et du monde municipal augure peut-être de l'émergence d'un espace de concertation intersectorielle régionale élargi en sécurité alimentaire.

²⁰² Programme de Soutien aux organismes communautaires du MSSS géré par les Régies régionales.

Tableau 9

MATRICE DE LA DYNAMIQUE PROCESSUS – RÉSULTAT DU PROJET DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

PARAMÈTRES ANTÉCÉDENTS		PARAMÈTRES DE RÉSULTAT	
Processus de structuration du programme		Qualité	
Planification stratégique et structurelle		Évaluation / planification révisée	
		Solidité/ ancrage / viabilité	
		Force d'entraînement	
<p>Problématisation/ intérêt</p> <p>Problématisation mobilisatrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> cadre de planification partenariale E1 mobilisation/ orientation du rôle des acteurs locaux E2 mouvement de concertation locale E3 	<p>Controverses/ convergences</p> <p>Controverses :</p> <p>Confrontation des paradigmes du dépannage et de la prise en charge E4</p> <p>Concurrence objective du dépannage avec les initiatives de prise en charge E5</p> <p>Stratégies de convergences :</p> <p>Établissement d'un leadership régional en SA et d'un rapport de force vis-à-vis les pratiques de dépannage E6</p> <p>Sensibilisation OD :</p> <ul style="list-style-type: none"> à un rabatement vers leur mission première d'aide d'urgence au transit vers des pratiques de SA E7 	<p>Arrangements inter-organisationnels</p> <p>Arrimage régional – local / co-construction IOOC + P ↔ T ↔ P / équilibre pouvoir IOOC E8</p> <p>Cloisonnement disciplinaire E9 Association de partenaires stratégiques E10</p> <p>Élargissement des concertations / dialogue OD ↔ OP / arrimage contraint OD à SA / Mise en réseau des groupes d'achat E11</p> <p>Leadership Comité régional / planif. rég. ancrée / orientation commune des planif. locales E12</p> <p>Définition commune de SA : dvp comm. et continuum d'actions E13</p> <p>Reconnaissance et financement de la structure rég. – locale comme RAC E14</p> <p>Revendication de reconnaissance + financement de la TCFMM / Collaboration obligée au Comité régional E16</p> <p>Arrangements TCFMM ↔ Comité régional à définir cf. sous-comités E17</p> <p>Coalition intersect. rég. à construire E18</p>	<p>Solidité du modèle d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Pertinence du dvp comm. et de la concertation en SA/ élargissement du concept vers parcours SA / potentiel de ralliement accru / rapport coût-bénéfices favorable à la concertation E23 (+) Réflexion critique théorie ↔ pratique E24 (+) Action niveaux onto / micro / meso / exo (bailleurs de fonds) / (-) niveau macro à renforcer E25 (+) Poids de l'innovation sur le milieu comm. / déploiement SA dépend des ressources E26 <p>Ancrage prp contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Adaptabilité du modèle d'action selon contextes et capacités des acteurs locaux E27 <p>Viabilité de la solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) Demande > offre E28 (+) Notoriété de l'éducation populaire en alimentation E29 (+) Viabilité des groupes d'achat/ accrue par leur mise en réseau E30
		<p>Sociogramme</p>	
		<p>Technogramme</p> <p>Développement du plan</p> <p>Plans d'action régional et locaux arrimés E19</p> <p>Financement plus que doublé E15</p>	<p>Implantation du plan</p> <p>Actions médiatiques sur causes structurelles de IA et imp. d'agir en SA E20</p> <p>Représentations auprès des bailleurs de fonds E21</p> <p>Pratiques locales de SA / manque de ressources pour leur plein déploiement E22</p>
<p>Légende : SA : sécurité alimentaire; IA : insécurité alimentaire; OD : organisme de dépannage; OP : organisme de prise en charge; I : organisme institutionnel; OC : organisme communautaire; dvp : développement; TCCFMM : Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain; RAC : réseau d'action concertée; P ↔ T ↔ P : planification –théorie - pratique.</p>			

CHAPITRE XXII

LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION

La matrice de la dynamique processus-résultat du projet, au tableau 9 qui précède, présente les paramètres de la structuration de l'action et de l'appréciation de sa qualité selon la chronologie du processus. Deux propositions théoriques explicatives de la qualité nous semblent émerger. Elles apparaissent résumées à la figure 8, à la fin de ce chapitre.

1 UNE CO-CONSTRUCTION FONDÉE SUR UN ÉQUILIBRE DU POUVOIR ENTRE LES ACTEURS ET SUR UNE CO-FERTILISATION DE LA RECHERCHE, DE LA PLANIFICATION ET DE LA PRATIQUE

Le fer de lance du mouvement de concertation observé dans ce projet a été celui d'une problématisation mobilisatrice, c'est-à-dire qui s'adresse non seulement à l'action mais aussi aux acteurs en leur proposant un point de ralliement malgré leurs différences, une zone de coopération où leurs intérêts convergent, un point de passage obligé autour de la concertation en sécurité alimentaire. Au palier local, les initiatives naissantes ont lancé des appels aux autres acteurs concernés, tenu des journées d'information et d'échange, autant d'efforts d'approvisionnement et de confrontation des visions respectives des problèmes et des solutions, de mises en scène aussi où les rapports entre les acteurs se reconfigurent à la lumière des éléments nouveaux du contexte, de telle sorte à favoriser leur repositionnement et à progresser dans la construction de concertations élargies. De cet effort de mobilisation découle un arrangement complexe, alliant les acteurs institutionnels et communautaires, locaux et régionaux, et les secteurs de la recherche, de la planification et de la pratique.

La solidité du modèle d'action découle de son caractère co-construit. Une problématisation qui mobilise les acteurs tend à valoriser l'expertise et les pratiques existantes, ici essentiellement communautaires, et par là, à favoriser l'atteinte d'un certain équilibre du pouvoir entre acteurs institutionnels et communautaires, qui se reconnaît ici notamment dans la diversité des approches de solution et des arrangements inter-organisationnels mis de l'avant (la mise en réseau autour d'une pratique en vue de son renforcement; la concertation en vue d'un continuum de pratiques; des collaborations autour d'un organisme pivot qui déploie un large éventail de pratiques). La co-construction opère par cette reconnaissance de l'expertise et des pratiques, qui est l'une des assises d'un rapport institutionnel / communautaire plus égalitaire (une autre assise étant le financement de l'intégralité des pratiques). Un tel rapport permet une re-problématisation, une définition commune du modèle d'action du projet qui emprunte aux paradigmes des différents acteurs, ici la nutrition communautaire, le développement communautaire et l'action concertée, sans les

reprendre entièrement mais en générant un concept nouveau. Ce qui est en soi un moteur d'innovations sociales. C'est ainsi que le développement communautaire et la concertation ont pris le pas sur une définition plus orthodoxe comme dimensions structurantes d'une politique régionale de sécurité alimentaire. Le modèle d'action prend ici appui sur les organismes communautaires au cœur même du tissu social des communautés; il met à profit leur tradition de développement communautaire et leurs pratiques dans le champ de l'aide alimentaire; il renforce ces pratiques en les mettant en réseau et en les inscrivant dans un mouvement régional commun. Au plan de la qualité, cette diversité maintenue favorise l'adaptabilité aux différents contextes et cet ancrage fait que le modèle d'action est en mesure de satisfaire les niveaux d'action les plus proches des communautés (en référence au modèle écologique).

Quant à la co-construction des secteurs de la recherche, de la planification et de la pratique, elle permet aux praticiens de rattacher leur action à l'évolution de la pensée mondiale, de mener une analyse plus critique de la portée réelle de leurs pratiques et de faire évoluer l'action vers des formes présentant une plus value au plan de la qualité (rappelons ici comment les concertations locales en sont arrivées à reconnaître les pratiques de dépannage cachées derrière des formes diversifiées d'aide, magasin partage ou autres). Cet apport sert de plus à donner à des pratiques diverses une cohérence, puis une parole mieux articulée et plus unifiée, qui deviennent un levier d'action et de pouvoir au plan local mais surtout supra-local. La capacité de révision du modèle d'action pour une conception plus globalisante, de sorte à accroître son potentiel de ralliement, repose sur cette dynamique théorie / pratique / planification. Aussi, une parole plus unifiée sert d'atout dans le déploiement d'actions dirigées vers les institutions (notamment les bailleurs de fonds) et les décideurs publics (eu égard aux politiques publiques).

Cet effort de co-construction exerce une pression en faveur de l'exercice d'un leadership régional par le planificateur, leadership fondé sur une expertise co-construite par les acteurs du champ engagés dans le processus. Le développement d'un tel leadership régional permet le déploiement d'actions à un niveau supra local dirigées vers des acteurs détenant des leviers de pouvoir. Un palier régional fort est souhaité par les acteurs locaux non seulement pour soutenir l'action locale, mais surtout pour agir sur ces leviers que le local ne peut atteindre. On est en fait ici devant un renouvellement du leadership régional en sécurité alimentaire où les institutions tentent à nouveau de prendre le pas. L'atteinte de certains des paramètres de qualité, notamment l'effet d'entraînement observé auprès des bailleurs de fonds et l'élargissement des concertations locales (notamment aux acteurs institutionnels), est largement attribuable au leadership régional exercé par la DSP et son Comité. Eu égard au financement, s'il est actuellement nettement insuffisant,

c'est sur ce leadership régional que repose la responsabilité de modifier la situation, envers quoi l'association de Centraide au Comité est de bonne augure. Ce palier régional sera d'autant plus fort qu'il pourra s'assurer d'une large représentativité intersectorielle et que les institutions publiques y seront proactives. Ici le secteur scolaire, où le don de nourriture est une pratique institutionnalisée dans les écoles des quartiers pauvres, apparaît être un allié incontournable.

Une telle approche de planification cherche à endiguer le cloisonnement omniprésent entre les univers de la pratique, de la recherche et des politiques et programmes et entre les paliers régional et local. Elle modélise le sens que veulent donner à l'action concertée les instigateurs du virage prévention – promotion en santé publique. À cause de l'impact des politiques et programmes publics sur la structuration des champs d'action (il est incontestable que l'établissement par la Régie de priorités et de programmes entraîne une concentration des ressources et une orientation de l'action dans un champ donné), il importe que leur planification ne soit pas un exercice unilatéral mais qu'elle soit éclairée par les pratiques et par l'analyse des causes et des stratégies gagnantes issue de la recherche. Puisque les politiques et programmes sont des ossatures qui n'encadrent en bout de piste pas davantage que ce que l'on met dedans, la fertilisation croisée de ces trois univers apparaît être une avenue profitable.

2 *L'ÉTABLISSEMENT D'UN RAPPORT DE FORCE PERMETTANT LA CONFRONTATION DES PARADIGMES D'ACTION*

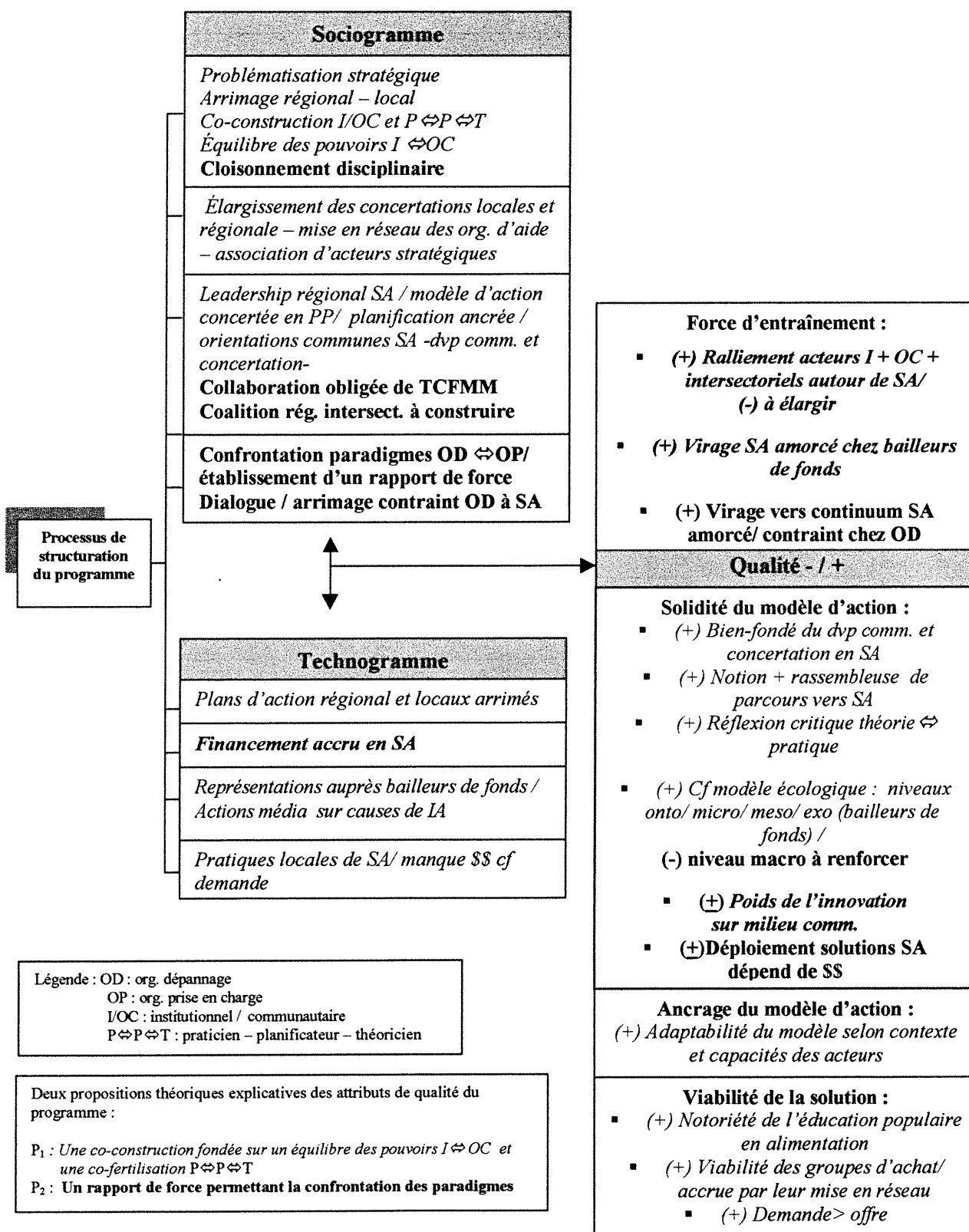
La remise en question de la réponse traditionnelle au problème de la faim par la charité privée est au centre du projet de sécurité alimentaire. Pour assurer son autorité sur un champ de pratique, c'est-à-dire pour défendre la supériorité de son paradigme d'action et s'assurer l'appui du public et l'accès aux ressources, une organisation, un système, a besoin de maintenir l'efficacité de son approche. Or, le cumul des évidences sur ses effets négatifs et la montée de la critique à son égard mettent en évidence que le paradigme de la charité privée n'est peut-être pas la forme d'aide la plus avancée à l'échelle du développement humain. Cette confrontation tend plutôt à affirmer la supériorité du paradigme émancipateur. Si les pratiques de dépannage dominent toujours le champ de l'aide alimentaire, reflet d'un ordre social, le ralliement intersectoriel (même réduit) généré par le projet aura entraîné un nouveau rapport de force, de sorte à faire progresser régionalement la controverse autour des paradigmes d'action. Les gains, si marginaux soient-ils au plan du financement et de l'entraînement de bailleurs de fonds, s'inscrivent dans ce nouveau rapport de force. Ce qui constitue en soi un gain au plan de la qualité.

Mais plus fondamentalement, ces deux paradigmes interpellent de façon antagonique le rapport des bien nantis aux plus pauvres dans la société. Et pour aller au bout de la logique d'action du paradigme émancipateur, le projet devra élargir ses rangs et diversifier ses approches. Il nous apparaît utile ici de distinguer les actions à mener qui sont de nature plus politique (représentation, lobby, influence) et pour lesquelles une approche de coalition (ou de réseaux) apparaît mieux indiquée, des actions de nature plus administrative (recherche de consensus et coordination entre différents acteurs pour l'organisation de services) pour lesquelles convient une approche de partenariat. Les solutions administratives telle l'action intersectorielle apparaissent davantage comme un moyen d'implanter le changement que de le générer, soutenait Degeling (1995).

À cet égard, l'arrangement inter-organisationnel mis en place, à ce stade-ci de son évolution, conduit à marginaliser l'action sur les facteurs structurels, pas tellement en ne les prenant pas en compte dans la position du problème ou dans le modèle d'action, mais surtout en marginalisant les acteurs porteurs de cette perspective critique sur le social. Notamment, en n'associant pas les chercheurs du domaine social et en ne mettant pas suffisamment à profit le plein potentiel de l'instance de réflexion et d'articulation de la pensée critique du milieu communautaire dans le champ (la Table). Sur le terrain politique, les instances intersectorielles peuvent joindre à leur rang des acteurs stratégiques, mais elles peuvent aussi initier ou s'associer à des coalitions pour mener des actions.

S'associer à (ou associer) des acteurs stratégiques est une façon d'élargir l'éventail des moyens d'action, eu égard aux déterminants structureaux de la pauvreté, chacun dans le créneau où il est légitimé d'agir. Ici, la question de l'étendue ou de la représentativité des acteurs est pensée davantage en termes stratégiques, c'est-à-dire en fonction de moyens diversifiés en vue d'un objectif large de changement à atteindre, plutôt qu'en termes de coordination. On parle ici d'acteurs d'influence intéressés à générer un changement social dans un sens donné. Il faut voir que pour agir sur un ordre social, il faut une masse critique d'acteurs susceptibles d'agir sur cet ordre social. Les actions doivent alors s'étendre au-delà du domaine bureaucratique pour créer des liens avec les mouvements sociaux en faveur des droits, de la justice, de l'environnement. C'est par la légitimité et le pouvoir que les mouvements sociaux gagnent l'appui populaire et réussissent à avoir de l'influence sur les politiques publiques.

Figure 8
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité
Projet Sécurité alimentaire



CAS 4

LE PROJET *NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ* DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

CAS 4 : LE PROJET *NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ* DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

CHAPITRE XXIII LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET ET SES ACTEURS

1 LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT DE *NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ*

Les années 1970 ont vu naître et se développer le système de santé communautaire au Québec. La santé maternelle et infantile en a été le premier domaine d'intérêt en donnant lieu, en 1973, à la première politique québécoise de périnatalité, qui fut d'ailleurs la première politique de santé préventive à être adoptée au Québec. La situation de la périnatalité de l'époque au Québec l'exigeait. La Commission Castonguay-Nepveu (1970) révélait un taux de mortalité infantile parmi les plus élevés du Canada; des taux de mortalité infantile très supérieurs dans les régions éloignées du Québec par rapport aux régions plus urbanisées, et plus élevés dans les zones urbaines pauvres par rapport aux zones plus favorisées; et de surcroît, des écarts considérables entre les hôpitaux du Québec quant aux taux de mortalité périnatale²⁰³.

La décennie 1970 fut consacrée à une réorganisation des soins obstétricaux hospitaliers et à la mise en place à travers tout le Québec (entre 1975 et 1978) du programme universel des cours prénatals par le biais des Départements de santé communautaire (DSC) et par la suite, des CLSC. Les bilans évaluatifs de 1980 montraient l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité maternelle et périnatale mais ne montraient aucun gain au niveau de la réduction de la prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et de l'insuffisance pondérale (moins de 2 500 grammes à la naissance). Et différents rapports²⁰⁴ étaient là pour rappeler que les progrès dans la réduction de la mortalité périnatale n'avaient pas réussi à effacer les écarts entre les milieux les plus pauvres et les mieux nantis. De façon concomitante, l'évaluation des cours prénatals montrait que ceux-ci ne rejoignaient pas les femmes qui en avaient davantage besoin, celles des milieux les plus défavorisés. Ce qui indiquait la voie au développement de la décennie suivante, celle des inégalités à la naissance et des programmes ciblant les milieux à risques élevés au plan social.

Dès lors, les DSC et CLSC commencent à orienter leurs programmes vers les femmes des milieux défavorisés. Le ministère commande une série d'avis en périnatalité en vue d'orienter la deuxième politique de périnatalité du Québec (1993). L'un de ces avis, *Naître égaux et en santé* (Colin et

²⁰³ La mortalité périnatale est le taux de mortinaissances et de décès d'enfants de moins de 7 jours pour 1000 naissances vivantes et mortinaissances. La mortalité infantile est le taux de décès d'enfants de moins d'un an par 1000 naissances vivantes.

²⁰⁴ Conseil des Affaires sociales, 1983, 1984; Pelchat Y., Wilkins R., 1986.

al., 1989), produit par le Comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse des DSC, est consacré aux inégalités à la naissance et comporte un *Programme intégré de services en périnatalité* auprès des femmes de milieux défavorisés, inspiré des « Comprehensive perinatal care » expérimentés aux Etats-Unis. Ce programme vise à réduire le taux de nouveaux-nés de poids insuffisant et pour cela, à assurer aux femmes enceintes de milieux défavorisés un soutien global et personnalisé par une intervenante privilégiée.

Par ailleurs, des organismes, certains depuis plusieurs années, ont développé des interventions préventives en périnatalité auprès des milieux défavorisés. Le Dispensaire diététique de Montréal (dès 1940) fait ici figure de précurseur de l'intervention nutritionnelle adaptée à ces femmes. Des CLSC et des organismes communautaires ont aussi mis en place différentes initiatives, dont les projets OLO²⁰⁵. On voit alors naître au DSC Maisonneuve-Rosemont le premier programme intégré de services périnataux systématisés, qui deviendra *Naître égaux – Grandir en santé* (Martin et al., 1995). Ce DSC en a coordonné à compter de 1989 l'implantation dans trois régions du Québec, l'est de Montréal (quatre CLSC), l'Outaouais et l'Abitibi (trois autres CLSC).

Si, au cours de la décennie 1980, des gains ont continué d'être enregistrés au niveau de la mortalité périnatale et infantile, ramenant le Québec à une position comparable à celle de la plupart des pays occidentaux, au chapitre de la prématurité et de l'insuffisance pondérale, le Québec affiche toujours un retard²⁰⁶. Et cette mauvaise performance continue de cacher des écarts entre milieux pauvres et mieux nantis²⁰⁷. Devant cette situation, la deuxième *Politique de Périnatalité* du Québec (1993) maintient le cap sur les services intensifs et adaptés auprès des milieux défavorisés. La politique identifie la pauvreté comme un puissant facteur déterminant l'issue de la grossesse et évoque la nécessité de mesures socioéconomiques visant à s'attaquer aux inégalités sociales. Elle propose à cet égard un travail interministériel en vue d'un plan d'action gouvernemental. Dans son domaine de compétence, la politique table sur des mesures de réduction des conséquences de

²⁰⁵ Suppléments alimentaires Oeuf-Lait-Orange et certains des éléments du *Programme intégré de services en périnatalité* -information sur la grossesse et l'accouchement, soutien-

²⁰⁶ De 1980 à 1991, la mortalité périnatale est passée de 11,5 à 8,0 et la mortalité infantile est passée de 9,6 à 5,9. Le Québec n'est dépassé que par le Japon (4,6), Singapour (5,5), la Suède (5,6) et la Finlande (6,1) (taux pour 1 000). Cependant, de 1980 à 1991, le taux d'insuffisance pondérale n'a que très légèrement diminué (6,5% à 5,8%) et le taux de prématurité est passé de 5,7% à 6,7%. Pendant ce temps, avec un programme énergique, la France ramenait son taux de prématurité de 6,8% en 1981 à 4,8% en 1988-1989, alors que le taux d'insuffisance pondérale est en deçà de 5% depuis plusieurs années dans la plupart des pays européens (MSSS, 1993). Des données québécoises plus récentes montrent que le taux d'insuffisance pondérale a continué de décroître en 1992 et 1993 (5,65%) pour remonter en 1994 (5,89%) (Joseph et al., 1997).

²⁰⁷ Le taux d'insuffisance pondérale est de 10% chez les québécoises pauvres, un taux comparable à celui des pays en voie de développement tels le Sénégal, le Tchad ou la Jamaïque, alors que les québécoises les plus favorisées obtiennent des taux autour de 4%, comparables à ceux des pays les plus avancés comme la Finlande ou la Suède (Pelchat & Wilkins, 1986). De façon générale les nombreuses études européennes et américaines sur le sujet montrent qu'en milieu de pauvreté, la prématurité y est une fois et demie plus élevée, l'insuffisance pondérale à la naissance y est du double, de même que la mortalité périnatale et infantile (Colin et Desrosiers, 1986, cité dans Comité Famille-Enfance-Jeunesse des DSC, 1992).

la pauvreté par une amélioration du système de soins de santé et de services sociaux, particulièrement par le développement d'approches novatrices où figurent les programmes intégrés de prévention en périnatalité, de type *Naître égaux – Grandir en santé (NG)*, qui s'adressent en priorité aux femmes enceintes des milieux défavorisés. La politique reprend ici les mesures mises de l'avant un an plus tôt dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992a). Dans ses *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (1997), le MSSS réitère sa position en soutenant que l'objectif de services intensifs et adaptés auprès des familles en situation d'extrême pauvreté n'est pas encore atteint. Il recommande l'extension du soutien aux parents jusqu'à deux ans après la naissance et des programmes de développement cognitif, affectif et social des enfants d'âge préscolaire. Surtout, il faut que le réseau socio-sanitaire réussisse à rejoindre précocement et davantage les parents en situation d'extrême pauvreté. Après quatre années d'expérimentation de *NG* dans 7 territoires de CLSC (1989-1994), c'est 34% des femmes enceintes sous-scolarisées (< 11 ans) de ces territoires que l'on a réussi à rejoindre (Boyer, 1994)²⁰⁸. L'objectif visé par le MSSS est qu'en 2002, 50% des femmes enceintes sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté aient été rejointes par ce type de programme.

C'est en concordance avec ces politiques et priorités nationales qu'en 1995 la Régie régionale de Montréal-Centre inscrit aux priorités de santé et de bien-être l'extension de *NG* dans d'autres territoires de CLSC (outre les quatre de la première vague) et l'implantation de sa phase postnatale.

Ainsi, *NG* découle d'une politique où des problèmes parmi les plus importants, tels la sous-scolarisation, l'insuffisance de revenus et les inégalités sociales, qui déterminent l'état de santé et de bien-être des familles, se trouvent écartés à titre de problèmes pour être considérés comme des facteurs de vulnérabilité qui affectent certains groupes sociaux, avec d'autres facteurs tels l'absence d'information ou les risques environnementaux du milieu de vie, les habitudes de vie, le peu de recours aux mesures préventives, facteurs de vulnérabilité qui commandent des mesures compensatoires. La *Politique de périnatalité* (renouvelée dans les *Priorités nationales de santé publique*) ne s'intéresse ainsi qu'aux problèmes qui peuvent être considérés par les services sociaux et de santé. Cette vision des problèmes et des solutions, qu'avait mis en relief Beaudoin (1990) à l'endroit de la Commission Rochon, reproduit ici le patron de plusieurs politiques et programmes publics du domaine social.

²⁰⁸ L'étude d'implantation du programme indique que 70% des femmes rejointes n'étaient pas connues de leur CLSC. Ce qui montre l'ampleur du défi pour les CLSC de rejoindre ces familles (Martin et al., 1995).

Pour mieux comprendre l'esprit de cette politique et du programme *NG*, il faut tenir compte de l'intensité de la pauvreté. On distingue ici le seuil de grande pauvreté qui est fixé à 60% du seuil de pauvreté et en dessous duquel, en 1991, vivait 10% de la population québécoise, extrême pauvreté qui comporte aussi des dimensions sociales et culturelles²⁰⁹. C'est cette frange de la population, qui tend à demeurer de façon permanente dans la pauvreté et que l'on estime en Europe représenter de 5% à 10% de la population, qui est particulièrement visée par les programmes de type *NG*. L'appartenance au milieu défavorisé augmente l'importance de tous les facteurs de risques associés à une issue de grossesse défavorable (facteurs biologiques, habitudes de vie, environnement social, recours et adéquation des services de santé) et les conséquences de la pauvreté chez les enfants apparaissent très tôt, en termes de retards de développement, de troubles du langage, de difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Et à cause d'une progression plus grande de la pauvreté chez les groupes sociaux les plus susceptibles d'avoir des enfants (les jeunes et les femmes) et d'une fécondité plus élevée chez les femmes de milieux défavorisés, la population cible de tels programmes tend à s'accroître.

La *Politique de périnatalité* et le programme *NG* qui en découle se situent dans la tendance canadienne et états-unienne des États, devant l'accroissement de la pauvreté, à viser par des mesures sélectives à réduire cette pauvreté, et surtout à en réduire les conséquences chez les enfants. Si le Canada figure en première place dans l'échelle de développement humain des Nations-Unies, il figure bon dernier, avec les États-Unis, en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux enfants²¹⁰ et il est, toujours avec les États-Unis, le pays qui investit le moins dans des politiques d'aide à la famille²¹¹. L'État québécois²¹² pour sa part prenait position dans la lutte à la pauvreté des familles en adoptant en 1997 deux projets de loi, dans le sillon de sa récente politique familiale (1997). L'un porte sur les prestations familiales et comporte des crédits d'impôt pour enfants et des allocations visant les familles à faible revenu. L'autre consiste en la création des

²⁰⁹ « On parle de « précarité quand il y a absence d'une ou plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes ou aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Ainsi, les chômeurs, les travailleurs à emplois précaires et à petits salaires, les chefs de familles monoparentales, les personnes vivant en région éloignée et appauvrie, les immigrants, etc, se retrouvent en situation de précarité. Cependant, « quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger et devient persistante, elle engendre la grande pauvreté. Elle compromet alors gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (définitions du mouvement ATD-Quart Monde) » (Colin, 1992, p. 14).

²¹⁰ Selon les données du Conseil canadien de développement social (1996), un enfant sur cinq au Canada vit sous le seuil de la pauvreté. Les données recueillies dans le cadre du *Forum national sur la santé des Canadiens* (1996) montrent que ce taux est de trois enfants sur cinq dans les familles monoparentales. Au Canada, 45% des familles monoparentales vivent sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 20% au Royaume-Uni et 15% en France (Renaud, 1997).

²¹¹ Le Canada investit 0.9% de son PNB dans des services ou des bénéfices pour les familles, comparé à 2 à 3% dans les pays d'Europe. Au Canada, investir 1% de plus du PNB signifierait d'ajouter 7 milliards \$ dans de telles politiques (Renaud, 1997).

²¹² L'effort budgétaire du Québec pour venir en aide aux enfants est de loin le plus important au Canada. Il est, per capita, de plus de trois fois l'effort de la Colombie britannique et de plus du double de celui de l'Ontario (site Internet du Gouvernement du Québec, dans DSP, juillet 1997).

Centres à la petite enfance (0-4 ans), largement financés par l'État (5\$/jour payés par les parents) et dont l'usage est gratuit pour les prestataires de la sécurité du revenu. L'État canadien intervient quant à lui principalement dans le cadre de deux programmes communautaires, le *Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE, 1992, 55M\$/an)* et le *Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP, 1994, 14M\$/an)*²¹³, gérés en partenariat avec les provinces et territoires. *NG* trouvera d'ailleurs auprès du *PACE* le financement de la mise en place de son volet d'action intersectorielle et plusieurs organismes communautaires familiaux impliqués dans *NG* y sont aussi subventionnés.

2 LA CONSTITUTION DU RÉSEAU

2.1 Les politiques et bailleurs de fonds

NG est placé sous la responsabilité des établissements publics (DSP et CLSC) et financé par des fonds publics. Ce qui fait des politiques et bailleurs de fonds ses premiers acteurs.

NG cible des territoires prioritaires sur la base de critères de défavorisation et dirige son action en premier lieu vers les femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté (huit territoires sont retenus²¹⁴). En adoptant une approche mixte de promotion et de prévention, *NG* élargit cette cible aux familles et aux communautés en situation d'extrême pauvreté et étend la période d'intervention au postnatal (0-2 ans). *NG* opte en fait pour un ciblage sélectif des femmes enceintes et des familles pour certaines de ses mesures (ex : le suivi individuel en pré et post-natal). Là, l'objectif de recrutement pour chaque territoire de CLSC est de rejoindre 55% des femmes ayant donné naissance à un enfant, qui n'ont pas complété un V^e secondaire²¹⁵. Pour d'autres de ses mesures (ex : la création ou la consolidation de ressources communautaires), il opte pour un ciblage sélectif des communautés²¹⁶. Il vise par là à réduire un spectre plus large de

²¹³ Données pour le Canada. (Source : Dominique Parisien, *PACE*, Santé Canada, conversation téléphonique, 28 avril 1999).

²¹⁴ Les 4 territoires de CLSC de la première vague d'implantation du programme (1989-1994) sont Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Mercier-est/Anjou, J-Octave-Roussin. Ceux qui se sont ajoutés pour la deuxième vague d'implantation (1995-1998) sont Des Faubourgs, Pierrefonds, Verdun/Côte-Saint-Paul, St-Michel.

²¹⁵ Le critère de la sous-scolarisation a été retenu préférablement au seuil de pauvreté puisqu'il est fortement associé à l'extrême pauvreté et directement lié à la prématurité et à l'insuffisance pondérale à la naissance.

²¹⁶ *NG* se distingue à ce chapitre de programmes tel *1,2,3 Go!* qui visent un accès universel dans un milieu donné, évitant le recours à des critères d'inclusion susceptibles de stigmatiser les familles. L'approche de *NG* a par contre l'avantage d'adopter des stratégies de démarchage visant à rejoindre les familles qui appartiennent au segment le plus défavorisé (et le plus marginalisé) et de se doter de moyens de vérification de l'atteinte de la population cible sur des critères stricts d'inclusion. À propos de *1,2,3 Go!*, rappelons que Centraide du Montréal métropolitain lançait, concurrentement au déploiement de *NG*, ce programme de soutien à l'action intersectorielle locale autour de la santé des enfants pauvres (500 000\$ pour 1995-1996) dans 6 quartiers de la région du Montréal métropolitain dont 3 quartiers à Montréal-Centre. Les 2 programmes se conjuguent sur le territoire du CLSC St-Michel.

problèmes de santé et de développement chez les enfants que ceux spécifiquement reliés à l'issue de la grossesse.

NG correspond donc aux critères de financement des bailleurs de fonds. Son volet d'intervention prénatale en CLSC est financé par le MSSS en fonction du nombre de femmes recrutées et suivies répondant aux critères de défavorisation²¹⁷, témoignant en cela de l'orientation du MSSS en faveur des mesures sélectives, voire indiquées, dans des plans d'intervention individualisés. *NG* comporte pour son volet postnatal trois autres composantes, celles du suivi individuel en CLSC et de l'accompagnement communautaire (par un organisme communautaire) financées par le budget des priorités (accordé par le MSSS pour la mise en œuvre de la *Politique de la Santé et du bien-être*, 1992a), et celle de l'action intersectorielle locale dont les plans d'action sont aussi financés par le budget des priorités et dont le processus de mise en place est financé par le *PACE*, conditionnellement au financement de l'intervention postnatale dans le cadre des priorités régionales. Le tableau 10 détaille le rôle des bailleurs de fonds dans le programme.

Tableau 10
La structure de financement de *Naître égaux – Grandir en santé*

COMPOSANTES DU PROGRAMME		TOTAL 1995-1998	\$\$ /AN PAR TERRITOIRE DE CLSC	SOURCE DE FINANCEMENT
Suivi prénatal en CLSC		949 802 \$	858\$suivi /femme groupe expérimental 247\$ OLO/femme groupes expérimental et contrôle	Plan d'action jeunesse du MSSS
Suivi postnatal en CLSC		310 000\$ x 3 ans	financement de base : 15 000\$ allocation 261\$/femme	Régie régionale / priorité
Accompagnement communautaire postnatal		200 000\$ x 3 ans	financement de base : 10 000\$ allocation 164.80\$/femme	Régie régionale / priorité
Action inter-sectorielle locale ¹	mise en place	112 500\$ x 3 ans	12 500\$ pour travailleur de milieu	<i>PACE</i>
	plan d'action	270 000\$ x 3 ans	30 000\$	Régie régionale / priorité
Démarchage + formation			46 000\$ x 3ans	Régie régionale / priorité
TOTAL 1995-1998			3 765 302 \$	
¹ Aux fins du financement, 9 territoires sont reconnus (Verdun / Côte-St-Paul forment 2 territoires). Sources : Prénatal : Daniel Beauregard, coordonnateur de <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> , janvier 1999. Postnatal : Scénario de financement de l'équipe de pilotage pour la priorité Tout-petits, 26 septembre 1995.				

²¹⁷ Les coûts des suivis excédentaires aux objectifs de recrutement établis pour chaque CLSC sont toutefois admis.

2.2 La DSP et les CLSC

La périnatalité est un champ d'action traditionnellement investi par les services publics, où se cumule une masse significative de savoirs théoriques et pratiques. C'est notamment le champ où la chaîne de causalité de l'impact de la pauvreté sur la santé physique et mentale apparaît être la mieux documentée²¹⁸. La DSP prend appui sur ces savoirs pour proposer dans *NG* une systématisation de l'intervention auprès d'une population cible sélective, dans la perspective de maximiser les gains de santé et de bien-être dans un contexte de ressources limitées. L'encadré 1 à la page 224 présente les grands traits du programme-cadre. Par ce rôle, mais aussi par son rôle de maître d'œuvre de l'implantation du programme, la DSP est sans contredit l'acteur central de *NG*. À cet égard, le programme-cadre situe les rôles de chaque acteur, en commençant par celui de la DSP qui en est un de coordination des activités de soutien à l'implantation. Les CLSC y ont un rôle de réalisation des activités; ils sont le lieu d'ancrage du programme au palier local, responsables de l'intervention prénatale et partenaires de premier plan du développement du postnatal, là où les organismes communautaires sont vus comme des partenaires disposant d'une expertise considérable. Les CLSC sont donc les partenaires privilégiés de la DSP avec qui elle transige pour la mise en place du programme. Pour la DSP, l'enjeu primordial est de réussir la mise en place des structures et le déploiement de l'intervention de la façon la plus conforme possible de sorte à atteindre les objectifs socio-sanitaires fixés.

L'implantation de *NG*, un programme à portée sélective dans des territoires prioritaires, comporte pour le réseau des CLSC des enjeux liés à l'équité entre les CLSC pour ce qui est du financement et à l'intérieur de chaque CLSC, des enjeux liés à un équilibre à maintenir entre les mesures universelles et les mesures sélectives. Dans les CLSC désignés, la mise en place d'un programme sélectif comporte aussi pour les intervenants des enjeux d'ordre éthique, devant le fait de consacrer une si grande portion de leur temps pour un nombre si restreint de personnes qui, par ailleurs, n'ont pas demandé de services; et des enjeux d'ordre professionnel, devant la lourdeur de cette clientèle et le peu d'outils dont ils disposent pour faire face à ses besoins.

Le rôle attendu des CLSC désignés soulève aussi pour eux l'enjeu de réussir le double virage, vers l'interdisciplinarité (le décroisement entre les professions) et vers l'intersectorialité (décroisement du champ de pratique, de sorte à établir une continuité d'intervention avec les

²¹⁸ Nous référerons ici à la revue de la littérature succinctement présentée dans le programme-cadre de *Naitre égaux – Grandir en santé* (Martin et al., 1995), mai aussi aux travaux du *Forum national sur la santé des canadiens* (1996) qui concluent à une percée significative au plan de la connaissance quant aux « chemins biologiques par lesquels l'environnement social agit sur le corps humain ». À titre d'exemple, on sait maintenant que la période de 0-6 ans est extrêmement importante pour le développement du cerveau humain et que le défaut d'un environnement stimulant et d'une alimentation adéquate pendant cette période peut entraîner un déficit pratiquement impossible à rattraper, déficit qui entraîne des conséquences majeures sur la capacité des individus à faire face aux difficultés de la vie (Renaud, 1997).

organismes communautaires et autres acteurs). Le concept d'intervenante privilégiée soutenue par une équipe interdisciplinaire, placé au cœur du programme, exige la mise en commun des savoirs disciplinaires afin que chaque professionnel puisse faire un minimum d'intervention relevant des différentes disciplines, ce qui est perçu par certains comme une menace à l'exclusivité des champs de compétences. De 1989 à 1994, dans les quatre CLSC de la première vague, l'implantation des équipes interdisciplinaires a connu trois phases, celle où aucune des disciplines professionnelles ne considère le suivi individuel global comme relevant de son champ de compétences, celle de la multidisciplinarité qui tend à découper les besoins du client en autant de sphères de compétences et celle de l'interdisciplinarité où les intervenantes voient la pertinence de l'étude de cas et du partage des connaissances. Il demeure que cette pratique continue de soulever des préoccupations corporatistes de telle sorte que les CLSC ont souhaité dès sa sortie voir le programme-cadre discuté avec les corporations professionnelles concernées. À l'usage, l'interdisciplinarité a d'ailleurs entraîné chez certains groupes professionnels des réactions protectionnistes²¹⁹. L'ouverture vers le milieu demande quant à elle une évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles vers des activités hors établissement (démarchage, accompagnement communautaire) et hors du champ clinique traditionnel (organisation communautaire). L'action intersectorielle en vue de la continuité de l'intervention fera face, on le verra au chapitre suivant, aux forces de la sectorisation du programme en zones d'exclusivité et de contrôle.

Devant ces défis, des CLSC comptent sur certains de leurs atouts telles, à l'interne, la participation de l'organisateur communautaire à leur module enfance-famille ou, vers l'externe, une tradition de partenariat avec le milieu communautaire et autres acteurs (ex : les CH). Ils reconnaissent aussi leurs difficultés, dont les principales sont de devoir arriver à un ajustement entre les disciplines (travailler sur le corporatisme) au regard de la philosophie d'intervention de NG, d'identifier les exigences respectives de sorte à améliorer leurs rapports aux organismes communautaires, de faire face au peu de tradition communautaire et de tradition de concertation dans certains territoires et de travailler à son développement.

2.3 *Les organismes communautaires familiaux*

Les organismes communautaires interpellés par NG sont ceux qui œuvrent avec les jeunes enfants et leurs parents. Ce sont des acteurs individuels en ce sens que la plupart ne sont pas membre du RIOCM²²⁰ ni d'un autre regroupement pour faire valoir leurs intérêts.

²¹⁹ Par exemple, certains groupes professionnels attribuent à la mise à la disposition de leur expertise, du fait de l'approche interdisciplinaire, la précarisation de leur poste dans les CLSC et montrent des réticences à la réédition de certains outils.

²²⁰ Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de la région de Montréal.

Encadré 1
Le programme *Naître égaux – Grandir en santé* (Martin et al., 1995)

Naître égaux – Grandir en santé est un programme public issu de la génération des expérimentations sociales. Sa phase prénatale est un projet pilote devant faire la démonstration de son efficacité à améliorer l'issue de grossesse et l'adaptation au rôle parental. L'évaluation des effets, en cours depuis 1994 (N=1272 femmes), est faite selon un devis randomisé où le poids à la naissance est la principale mesure.

NG est le fruit d'une construction où ont pris part les CLSC et DSP de la première vague d'implantation (1989-1994) en donnant leurs avis sur le document maître et les outils d'intervention et de gestion. Aussi, des consultations ont été menées auprès d'experts du Département de médecine sociale et préventive, de la Faculté des Sciences infirmières, du Département de psycho-éducation de l'Université de Montréal, de la Fédération des CLSC et du MSSS.

NG constitue un exercice rigoureux de planification. Les déterminants et les principaux facteurs de risques (conditions de vie, habitudes de vie, ressources personnelles, soutien social, qualité et accessibilité des services et des ressources du milieu, politiques publiques et valeurs sociales) associés à l'état de santé physique et mentale des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de milieux d'extrême pauvreté y sont méthodiquement appuyés sur les connaissances existantes, principalement issues de la recherche universitaire et du milieu institutionnel mais aussi, bien que dans une moindre mesure, du milieu communautaire (notamment pour montrer les ressources que les personnes pauvres mobilisent et l'ingéniosité dont elles font preuve pour faire face à un quotidien écrasant). Ses stratégies sont appuyées sur une revue extensive des évaluations des programmes de prévention de la prématurité et de l'insuffisance pondérale à la naissance (soutien nutritionnel, visites prénatales à domicile, soins prénatals globaux), des programmes de développement des enfants et d'amélioration des relations parents-enfants (stimulation infantile précoce, interventions préscolaires)²²¹, des interventions visant l'implication des pères, des interventions dans la communauté, des politiques familiales, sociales et fiscales.

NG cible non seulement des familles à risque mais aussi des communautés. Il vise selon une optique de prévention la réduction de divers problèmes d'ailleurs interdépendants et selon une optique de promotion, la reconnaissance et le renforcement des capacités de prise en charge des familles et des communautés en situation d'extrême pauvreté et l'adoption de politiques publiques favorisant un accès équitable aux conditions de santé. Le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner charpente le programme et celui-ci se fonde sur une approche d'*empowerment*. Le programme comporte trois stratégies. Sa stratégie de renforcement du potentiel individuel, qui concerne autant les familles que les intervenants, comprend l'éducation sur la santé, la relation d'aide et l'accompagnement vers des services et des réseaux, l'aide matérielle et de dépannage, la formation des gestionnaires et des intervenants. Sa stratégie de renforcement du milieu comprend des changements organisationnels et des pratiques professionnelles, l'action intersectorielle, la création ou la consolidation de ressources.

²²¹ Les plus efficaces de ces programmes, autant en ce qui a trait à l'issue de grossesse qu'au développement des enfants et à la relation parents-enfant, adoptent une approche pré et postnatale globale, c'est-à-dire qu'ils sont précoces, prolongés (dès la grossesse et préférablement jusqu'à l'âge scolaire), intenses (ex : suivi hebdomadaire) et offrent une gamme étendue de services : suivi personnalisé, visites à domicile, soutien nutritionnel, groupes d'entraide, garderie-dépannage, aide concrète pour la nourriture, le logement, soutien émotionnel, etc.... Le succès des interventions précoces est conditionnel à ce qu'elles soient menées de concert avec une action dans la communauté (Martin et al. 1995).

Sa stratégie d'influence comprend des activités de sensibilisation visant la modification des attitudes eu égard aux milieux de pauvreté et des actions politiques visant à faire pression sur les décideurs en faveur de lois, de politiques et de programmes susceptibles d'entraîner une amélioration des conditions de vie.

L'adoption du modèle écologique pousse le programme à viser des cibles et des déterminants plus éloignés dans l'étiologie des problèmes, au-delà des individus et leur milieu de vie, vers les services publics, les politiques publiques et les dirigeants. Le positionnement d'une stratégie d'influence répond plus spécifiquement à cette volonté du programme. Les approches fondatrices du programme (approches combinées de promotion et de prévention, modèle écologique, approche d'*empowerment*) conduisent ainsi à l'adoption d'objectifs de promotion plus larges, en plus des objectifs de prévention contenus dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992a) et la *Politique de périnatalité* (1993). Cependant, étant centré sur le développement des enfants en milieux d'extrême pauvreté, ce qui oriente les activités découlant de ses stratégies d'action, *NG* n'est pas un programme de développement local qui viserait la résolution des problèmes sociaux par le développement social et économique des communautés locales. Il est un programme dont l'axe porteur est celui du suivi individuel relié à une problématique spécifique, dans le prolongement duquel se greffent des actions dans le milieu, auprès des institutions et au regard des politiques publiques.

En plus de proposer des orientations, des objectifs et des stratégies d'action, *NG* est un véritable programme-cadre qui systématise l'action. Y sont définies les activités de base, sorte de tronc commun à toute équipe qui l'implante. Pour chaque stratégie, il propose un répertoire d'activités pertinentes dont l'efficacité et la faisabilité ont été relativement démontrées. Huit activités de base sont prescrites : 1^e) le suivi personnalisé²²² par une intervenante privilégiée, soutenue par une équipe interdisciplinaire; 2^e) l'accompagnement communautaire qui consiste en l'insertion de chaque femme et famille dans un (ou des) organisme du milieu susceptible de répondre à ses besoins; 3^e) l'information et le soutien des pères; 4^e) les rencontres de groupe : information, entraide, action; 5^e) la création ou la consolidation de ressources en vue de l'amélioration des conditions de vie des familles; 6^e) la création ou la consolidation de ressources de soutien parental et de stimulation infantile; 7^e) l'action politique auprès des décideurs; 8^e) la sensibilisation du public.

²²² La fréquence prescrite est aux deux semaines en phase prénatale. S'il y a eu suivi prénatal, le suivi postnatal comporte 10 contacts dont 5 rencontres de la naissance à 3 mois, et autant de 3 mois à 2 ans. En l'absence de suivi prénatal, 12 rencontres sont prévues de la naissance à 6 mois et 10 contacts dont 5 rencontres de 6 mois à 2 ans (Martin et al., 1995).

Il n'ont donc aucun interlocuteur régional dans le programme. Ce sont des organismes, principalement de services, maintenus dans un état de précarité par un financement insuffisant, aléatoire et morcelé (par programme, tel le *PACE*)²²³. Dans le cadre de *NG*, ces organismes sont financés aussi sur la base de la réalisation de projets spécifiques sans qu'un financement de base suffisant et récurrent ne leur soit par ailleurs assuré. Ce qui, on le verra, constitue la principale embûche à leur partenariat avec les établissements publics. Leur intérêt dans le projet est pour l'essentiel l'accroissement de leur financement de telle sorte à offrir davantage de services, devant les besoins évidents des familles, sans trop perdre de leur autonomie.

La priorité Tout-petits a propulsé ces organismes en avant-scène et accéléré leur organisation au palier régional (René et al., 1997). Dans le contexte de la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux (phase 1995-1998) et de la ré-allocation d'une somme globale de 15M\$ aux organismes communautaires²²⁴, un regroupement d'organismes communautaires familiaux (ROC-FM) prendra forme afin de négocier avec la Régie la ré-allocation des 2M\$ au secteur famille.

2.4 Les familles en situation d'extrême pauvreté

L'orientation d'*empowerment* de *NG* fait des familles visées des partenaires plutôt que des clientes du programme. Pour respecter ce principe, nous les positionnons comme acteurs. Leur participation aux structures du programme est un objectif à atteindre, en vertu de finalités d'adéquation du programme et d'intégration sociale. À prime abord, les acteurs conçoivent plus facilement cette participation à titre de membre des organismes communautaires impliqués ou de bénévoles, ou à leur conseil d'administration. De la sorte, les familles se trouveraient représentées aux instances du programme par les représentants des organismes qui y siègent et éventuellement, elles pourraient participer elles-mêmes à ces structures à titre de représentantes des organismes. Une autre option, plus proche de l'orientation traditionnelle clientéliste, est de créer des lieux où les femmes seraient invitées à exprimer leurs besoins, à valider les besoins sur lesquels les concertations locales ont l'intention d'agir et les moyens qu'elles comptent développer.

Cette question de la participation ramenée par le programme-cadre n'est pas nouvelle au sein du mouvement communautaire où l'intervention est constamment re-questionnée eu égard à deux approches, celle de la mise en place de services à être dispensés à des usagers dans le besoin et

²²³ Pour l'année 1995-1996, la subvention moyenne versée par la Régie, dans le cadre du SOC, aux 49 organismes communautaires familiaux de la région de Montréal-Centre, était de 12 500\$, l'étendue allant de 2 250\$ à 51 500\$. Les autres sources de financement de ces organismes sont le *PACE* (18 organismes) et *Centraide* (9 organismes).

²²⁴ Ce qui fait passer le budget du programme de Soutien aux organismes communautaires de la région de Montréal-Centre de 35M\$ à 50M\$ (source : Michel Mongeon, DSP, 29 avril 1999). Ce programme du MSSS est géré par les Régies depuis la loi 120 (1991).

celle de l'implication et du soutien apporté à ces mêmes personnes qui deviennent des participants dans la recherche de solutions. À cet égard, le contexte de précarité des organismes ne favorise pas le développement de pratiques d'implication des usagers à la vie associative afin de soutenir leur intégration sociale.

Dans le cadre de *NG*, la question de la participation comporte aussi une autre implication, celle de rejoindre les familles qui sont les plus marginalisées de la société. Là aussi, le choix des moyens de démarchage est teinté des deux approches précitées, entre miser sur les forces de ces familles ou sur leurs manques. L'intérêt en cause, pour les intervenants, est le maintien de leur appartenance professionnelle lorsqu'ils s'engagent dans des activités de démarchage qui impliquent le développement de relations interpersonnelles avec les familles (Comment dépasser le rapport intervenant – client sans perdre son identité professionnelle?)

Quant aux femmes elles-mêmes et leurs familles, on peut soutenir que leur intérêt²²⁵ est dans la reconnaissance, par les acteurs publics et communautaires, des efforts considérables qu'elles déploient pour faire face à leur quotidien difficile, et par là, qu'elles participent déjà à la recherche de solutions et détiennent en cette matière des savoirs et une expérience considérable. Également, leur intérêt est dans la reconnaissance de la légitimité de leurs projets et de leurs rêves, y compris celui de la maternité qui se présente souvent comme le seul projet possible pour répondre à l'aspiration fondamentale de tout citoyen d'être reconnu et d'accéder à un rôle social, devant le cumul des échecs au plan de l'insertion sociale qui caractérise les milieux d'extrême pauvreté. Enfin, dans la reconnaissance de leurs capacités parentales et de leur utilité, selon l'idée qu'« *aucun enfant ne peut se développer si sa famille est sans cesse menacée, humiliée ou victime de préjugés, si ses parents sont considérés comme inutiles* » (ATD Quart-Monde, 1996). Cette triple reconnaissance prend forme, notamment, dans la participation libre des familles à différents niveaux du programme. La préoccupation centrale du programme de rejoindre les familles et de leur faire une place dans les instances décisionnelles fait de ces dernières des actrices au même titre que les acteurs institutionnels ou communautaires.

Cette triple reconnaissance trouve son corollaire dans le rôle de soutien et de développement des capacités parentales dévolu au programme. Elle est aussi confrontée au rôle de contrôle social qui incombe aux services publics qui, dès lors, se transforment en lieu d'exercice du rapport de pouvoir de l'État sur les familles en vue de la protection des enfants. Les efforts d'adaptation des

²²⁵ On se réfère ici à ATD-Quart-Monde (1996) qui peut être considéré comme un porte-parole des personnes et des familles en situation d'extrême pauvreté et à l'ouvrage de Colin et al. (1991).

services peuvent atténuer mais ne feront pas disparaître cette double identité de services et de contrôle et le pouvoir ultime des services publics de retirer les enfants des familles. La méfiance des femmes de milieux défavorisés envers les établissements publics demeure le principal obstacle à la fréquentation des services.

Le tableau 11 suivant résume la position sociale des acteurs et les enjeux qu'ils associent à la structuration du projet.

Tableau 11
Intérêts fondamentaux des acteurs du projet *Naître égaux – Grandir en santé*
en fonction de leur position sociale et leur identité

ACTEURS	INTÉRÊTS FONDAMENTAUX /ENJEUX ASSOCIÉS À LA STRUCTURATION DE LA PRIORITÉ	POSITION SOCIALE / IDENTITÉ
MSSS Santé Canada	Par le financement de programmes sélectifs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ réduire la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance en milieu d'extrême pauvreté; ▪ réduire les conséquences de la pauvreté sur le développement des enfants. Réduire, par des mesures préventives, les coûts entraînés par l'extrême pauvreté pour les services publics.	Instances étatiques : concepteurs /planificateurs des politiques publiques et bailleurs de fonds.
DSP	Atteindre par le déploiement de son programme-cadre les objectifs des politiques publiques en matière de périnatalité et de petite enfance.	Instance publique de planification socio-sanitaire régionale en prévention – promotion de la santé et du bien-être. Concepteur du programme-cadre, maître d'œuvre de son implantation. Rôle clé dans le plan de financement.
CLSC	Changement des pratiques professionnelles vers l'interdisciplinarité et des pratiques organisationnelles vers le partenariat avec les organismes communautaires et vers l'intersectorialité, dans le champ de la périnatalité. Maintien de l' « identité professionnelle » des intervenants dans leur rapport aux femmes visées.	Organisme public de dispensation de services de préventifs et curatifs de 1 ^{er} ligne. Partenaire institutionnel de premier plan de la mise en œuvre du programme.
OC-FAM (organismes comm. familiaux)	Accroître leur financement de sorte à accroître leur action auprès des familles pauvres.	Organismes communautaires de services. Initialement sans regroupement régional. Regroupement au sein du ROCFM ^a dans le cadre de la ré-allocation.
Familles	Reconnaissance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ de leurs efforts et compétences cf pauvreté; ▪ de la légitimité de leurs projets; ▪ de leurs capacités parentales. Services.	Population marginalisée, situation d'extrême pauvreté.

^a ROCFM : Regroupement des organismes communautaires familiaux de Montréal.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Étant donné le fonctionnement régional du programme et la couverture régionale des sources de données, nous avons opté pour une analyse régionale du processus et ses résultats. Cependant, afin d'illustrer ou de documenter de façon plus extensive certains éléments du processus, nous avons retenu deux territoires témoins, J.-O.-Roussin et Des Faubourgs, pour lesquels nous avons analysé les données locales. Leur sélection s'est faite par élimination, en fonction de critères définis en vertu des objectifs de la recherche, en recourant à deux informatrices du programme.

CHAPITRE XXIV
UN PROGRAMME-CADRE STRUCTURANT :
LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET STRUCTURELLE

Parmi les 19 propositions soumises à la consultation en avril 1994 en vue de déterminer les priorités régionales, deux concernaient la périnatalité et la petite enfance en milieu de pauvreté, l'une centrée sur le déroulement et l'issue de grossesse, l'autre sur le développement des enfants. Leur formulation reprenait dans une large mesure les grands traits de *Naître égaux – Grandir en santé*. L'appui du public s'est surtout manifesté en faveur de la proposition relative aux enfants (classée au 4^e rang contre le 16^e rang pour les femmes enceintes). L'appui des organisations aux deux propositions est surtout venu du milieu institutionnel où elles ont figuré parmi les 3 premiers choix des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui œuvrent en prévention – promotion de la santé et du bien-être, soit le Regroupement des CLSC de la région de Montréal, les Centres Jeunesse, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, la Commission médicale régionale. La proposition relative aux enfants a aussi été retenue au 1^e rang par le Conseil scolaire de l'île de Montréal, un acteur important dans l'analyse des problématiques liées à la pauvreté à Montréal. Le milieu communautaire (tous secteurs confondus) n'a par contre pas placé les tout-petits (au 5^e rang) ni les femmes enceintes (au 8^e rang) parmi ses premiers choix. Seuls les organismes communautaires du secteur de l'adaptation sociale ont retenu la proposition relative aux enfants parmi leurs trois premiers choix. L'appui manifesté par le public et les organisations en faveur des enfants constitue en quelque sorte un appui aux actions maîtresses de *NG* et a donné lieu à une priorité accordée au développement des enfants en milieu de pauvreté, incluant la grossesse.

En fait, la priorité Tout-petits adoptée par le CA de la Régie en décembre 1994 rassemble les trois propositions relatives aux milieux de pauvreté (la grossesse, le développement des enfants et la situation alimentaire -cas 3 étudié précédemment-) et propose une problématisation où on délaisse une lecture épidémiologique, qui s'appuie sur des associations statistiques entre les problèmes de santé et de développement chez les enfants et leur niveau de défavorisation, en faveur d'une formulation plus sociale qui place la pauvreté au premier plan des causes, pauvreté qui entraîne des conséquences multiples et considérables sur la santé des femmes enceintes, des bébés, des enfants et des familles, sans négliger les coûts énormes de ces conséquences pour les services publics. Le modèle d'action proposé opte pour une concentration des ressources vers des secteurs prioritaires plutôt que leur dispersion selon une approche universelle. Il privilégie les solutions communautaires (entraide, accroissement des services dans la communauté et insertion sociale) plutôt que les solutions cliniques traditionnelles (dépistage des cas problème et counseling). Pour

cela, on mise sur les ressources communautaires, sur le partenariat et l'intersectorialité, plutôt que sur les seules ressources institutionnelles du secteur socio-sanitaire. On y inscrit aussi des voies d'action novatrices s'adressant à des facteurs macro-sociaux, telles celles de représentations publiques en faveur de la réduction des inégalités et de la révision des politiques publiques liées à la pauvreté. De telle sorte que non seulement les institutions mais aussi le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal appuient cette priorité.

**1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME :
UNE APPROCHE TECHNOCRATIQUE D'INTÉRESSEMENT DES ACTEURS ET DE STRUCTURATION DU
PROGRAMME**

1.1 La problématisation et l'intéressement des acteurs

Si la première vague d'implantation du programme (1989-1994) portait sur sa phase prénatale en CLSC et évoluait dans un contexte de projet pilote, la deuxième vague d'implantation avec l'opération des priorités régionales porte sur ses phases pré et postnatale et marque l'entrée en scène des organismes communautaires et d'autres services publics; elle évolue cette fois dans un contexte de déploiement de programme. Commence alors le travail en partenariat et en intersectorialité sans que l'approche de planification n'ait été modifiée, du moins à cette étape de la planification structurelle, pour s'ajuster à ce nouveau contexte. Ainsi, le programme-cadre, rendu alors à l'étape de sa validation auprès des CLSC et DSP de la première vague d'implantation (consultation en cours en janvier-février 1995), est-il présenté aux acteurs de la deuxième vague comme un produit achevé. Il leur propose, en plus d'une position du problème et d'un modèle d'action, les structures devant présider à son implantation, des outils de gestion et un programme de formation assorti d'outils devant soutenir l'intervention (E1, E7). L'encadré 2 à la page 232 détaille cet encadrement.

La planification structurelle a consisté pour l'essentiel en l'adoption, par la Table de gestion additionnée des nouveaux CLSC, des structures et du cadre administratif proposés sans requérir d'ajustement, et en leur mise en place. Aucune interface n'a, à cette étape, été établie avec les organismes communautaires (ou autres acteurs) interpellés par le programme. La stratégie d'intéressement déployée par la DSP a été celle de l'appel d'offres. D'abord, auprès des CLSC pour la sélection des nouveaux territoires, suivi d'un appel d'offres conjoint de la DSP et des CLSC auprès des organismes communautaires locaux pour la sélection des organismes communautaires d'accompagnement. Puis, pour l'implantation des comités promoteurs, maillon clé de la nouvelle structure du programme, la DSP a transigé avec les CLSC en vue d'une sollicitation conjointe des organismes familiaux et des instances de concertation de chaque

territoire. Ces comités créés (y participent partout le CLSC, la DSP et les organismes communautaires d'accompagnement), ils ont sollicité la participation des organismes communautaires et des instances de concertation locale pour la mise en place des regroupements intersectoriels. Lorsqu'elles existaient, les comités promoteurs ont eu recours aux instances locales ayant des objectifs compatibles; dans le cas contraire, ils ont créé des regroupements. Les instances intersectorielles pour le programme ont été créées ou consolidées suite à une journée de sensibilisation tenue dans tous les territoires de décembre 1995 à février 1996 (E2).

La sélection des nouveaux territoires a été faite sur la base de critères socio-démographiques et sanitaires préalablement approuvés par la Table de gestion. Suite à une réunion d'information (23 mars 1995) où se sont présentés 17 CLSC et où la DSP a exposé les critères de sélection de quatre nouveaux territoires, les grands traits du programme et son cadre d'implantation, cinq CLSC ont déposé une lettre d'intention. Ce qui fut suivi d'une visite de site par la DSP où les organismes communautaires de chaque territoire étaient invités (avril 1995). Trois des cinq territoires en liste (Des Faubourgs, St-Michel et Verdun/Côte-St-Paul) sont reconnus comme milieux défavorisés et se démarquent par des scores très élevés à tous les critères; Pierrefonds sera retenu vu le nombre plus élevé de naissances de femmes sous-scolarisées et de faible poids par rapport à l'autre territoire en liste. St-Michel a en outre été retenu afin de répondre à la préoccupation d'adaptation de *NG* aux communautés ethniques, manifestée par des CLSC à forte concentration ethnique au cours de la planification structurelle. Les CLSC de ces nouveaux territoires présentent de plus des conditions organisationnelles favorables. Ils sont déjà engagés dans des interventions envers les femmes enceintes défavorisées (programme de suivi prénatal avec suppléments alimentaires, programme OLO, intervention auprès des mères adolescentes), certains en collaboration avec les organismes communautaires. Ils sont aussi fortement impliqués dans un travail de concertation avec les organismes communautaires familiaux de leur territoire (Des Faubourgs, St-Michel) ou dans le développement d'organismes communautaires en lien avec la pauvreté (St-Michel, Verdun/Côte-St-Paul, Pierrefonds).

La problématisation proposée dans le programme-cadre rallie les acteurs. La vision écologique qu'il propose obtient l'appui du milieu communautaire et son approche communautaire correspond aux nouvelles orientations des CLSC (E3). En outre, les CLSC, interpellés pour le déploiement du programme au palier local, n'ont pas montré d'opposition à la structure proposée et acceptent bien l'idée d'ententes contractuelles où les obligations respectives sont claires, dans une perspective d'imputabilité et d'atteinte de résultats. Ils optent pour une mise en œuvre progressive de la nouvelle structure, soutenus par la formation dispensée par la DSP (E4).

Encadré 2

Encadrement de l'implantation du programme *Naître égaux – Grandir en santé*

Les structures

Il est prévu pour le volet de suivi personnalisé une **équipe interdisciplinaire** au CLSC et l'établissement de collaborations avec un **organisme communautaire d'accompagnement** des familles. Pour le volet d'action intersectorielle locale, il est prévu un **comité promoteur** du programme (parité institutionnelle et communautaire) dont la tâche est de voir à la mise en place d'un **regroupement intersectoriel**, de soutenir l'élaboration et, le cas échéant, d'approuver les plans d'action intersectorielle locale et de recommander l'allocation des fonds. Un travailleur de milieu (organisateur communautaire) par territoire, relevant du CLSC et, ensemble, coordonnés par la DSP, a pour mandat de voir à l'implantation et la consolidation de l'action intersectorielle, en lien étroit avec le comité promoteur. Au palier régional, existent déjà une **Table interrégionale de gestion** (DG des CLSC, DSP, MSSS), instance décisionnelle du programme placée sous la responsabilité de la DSP, et une **Table des coordinatrices** des CLSC.

Le cadre administratif

Un ensemble d'outils pour la planification opérationnelle et la gestion du programme ont été produits par la DSP et pour la plupart testés par la Table de gestion (Goulet et al., 1996). Les outils généraux sont un *Cadre logique* qui propose pour chaque volet du programme une série de produits attendus auxquels correspondent des indicateurs et des moyens de vérification, puis une *Structure de travail* qui propose pour chacun de ces produits un fractionnement des tâches²²⁶. Des grilles spécifiques à chaque volet permettent aux acteurs des différents territoires de recueillir de façon standard les éléments dont devront faire état leurs rapports annuels d'activités et leurs plans d'action, rapports requis pour le renouvellement du financement et dont l'analyse comparative est centralisée à la DSP.

Des contrats type engageant la Régie, les CLSC et les organismes communautaires ont été approuvés par la Table de gestion. Ils explicitent les produits attendus et les activités à entreprendre, auxquelles un financement est attaché, de même que les obligations de chacun.

Pour le volet de suivi individuel :

- un contrat lie la DSP et les CLSC mandataires pour le suivi prénatal selon le cadre de l'évaluation des effets;
- un contrat lie la Régie régionale et les CLSC mandataires pour le suivi individuel postnatal;
- un contrat lie les CLSC fiduciaires et les organismes mandataires pour l'accompagnement communautaire. À cet effet, des critères de sélection ont été définis²²⁷; le recrutement se fait par appel d'offres et le comité de sélection est local (CLSC, organismes du milieu, DSP).

²²⁶ Par exemple, le *Cadre logique* du volet intersectoriel comporte trois produits : un comité promoteur opérationnel, un regroupement intersectoriel opérationnel, un plan d'action intersectorielle opérationnel rejoignant les familles, auxquels correspondent des indicateurs et des moyens de vérification (ex : pour vérifier la mise en place d'un regroupement intersectoriel opérationnel, les indicateurs sont : la structure; le mode de fonctionnement -fréquences des rencontres, points à l'ordre du jour, prise de décision, engagement des parties-, ...; l'existence et la qualité du plan; les secteurs et acteurs impliqués; les activités et résultats; les mécanismes de mise en œuvre, de coordination, de suivi et d'évaluation). Puis la *Structure de travail* propose, par exemple pour le produit « un plan d'action intersectorielle opérationnel rejoignant les familles », les tâches suivantes : prendre connaissance des besoins des familles pauvres; analyser la capacité des organismes du milieu d'y répondre; élaborer un plan d'action commun pour rejoindre ces familles; mettre en œuvre le plan et assurer le suivi; obtenir un soutien financier et technique de la DSP; évaluer l'action intersectorielle.

²²⁷ Ces critères sont : être reconnu OSBL; agir dans un champ d'action pertinent; démontrer sa capacité à rejoindre et accompagner les familles visées; être en mesure de soutenir l'intégration sociale des familles visées.

Pour le volet de l'action intersectorielle :

- des critères d'acceptation des plans d'action intersectorielle locale ont été définis²²⁸;
- un contrat lie la DSP et les CLSC mandataires pour les travailleurs de milieu (*PACE*);
- un contrat lie la Régie régionale et les CLSC fiduciaires pour le volet d'action intersectorielle locale;
- un contrat lie les CLSC fiduciaires et les organismes communautaires mandataires pour le volet d'action intersectorielle.

Les frais de gestion et de représentation reliés à la participation au partenariat sont reconnus dans le cadre administratif sans qu'une somme ne leur soit explicitement attachée.

Le soutien à l'implantation

À cet effet, la DSP a mis au point un programme de formation²²⁹ (sessions de formation, mise à niveau, tutorat par un agent de liaison de la DSP) et a assorti *NG* d'outils destinés à soutenir l'intervention. Ce programme dispense une formation générale sur *NG* et sur des thèmes spécifiques identifiés par le biais de groupes de discussion²³⁰.

Les outils de soutien à l'intervention sont : 1°) la *Démarche initiale d'identification de besoins*, outil validé (Perreault et al., 1996) et accompagné d'un guide d'utilisation (cahier de 8 pages complété par l'intervenante privilégiée au cours des trois ou quatre premières visites et soumis à l'équipe interdisciplinaire); 2°) un formulaire de référence au programme; 3°) les outils de l'intervention nutritionnelle (*Besoins et ressources en alimentation en période prénatale*, assorti d'un guide d'utilisation; *Courbes de suivi du gain de poids gestationnel*; *Relevé alimentaire*); 4°) *Mon album de grossesse* (outil interactif de 45 pages à l'intention des femmes); 5°) pour le suivi prénatal, une *Fiche d'intervention clinique cumulative* validée (Routhier & Perreault, 1993), en vue de l'évaluation des effets du prénatal; 6°) un répertoire des ressources communautaires; 7°) les outils de communication et de recrutement²³¹; 8°) un outil de travail en équipe interdisciplinaire et de discussion de cas; 9°) les outils de l'intervention postnatale (*Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale. Naître égaux – Grandir en santé* (Beauregard et al., 1996) (l'outil est un tableau des interventions à prévoir selon les étapes du développement de l'enfant jusqu'à deux ans); 10°) un outil de soutien à l'action intersectorielle (trousse de formation de Ouellet et al., 1995); 11°) les outils d'évaluation.

²²⁸ Ces critères sont : être fondé sur la concertation et contribuer à la renforcer; se situer dans un champ d'action pertinent; impliquer activement les familles; être réalisable avec les ressources disponibles; démontrer la capacité du milieu d'assurer le maintien à plus long terme du projet; disposer d'un organisme capable d'agir comme fiduciaire; éviter le double financement d'une même activité.

²²⁹ Conçu par un comité interrégional coordonné par la DSP de Montréal-Centre où ont participé le MSSS, des CLSC et des organismes communautaires familiaux. Réalisé grâce au soutien financier du programme de formation réseau de la Direction de la formation et de l'adaptation de la main d'œuvre du MSSS.

²³⁰ Cinq thèmes auront été couverts du printemps 1995 à l'automne 1997: 1°) l'intervention en milieux de pauvreté: barrières à l'utilisation des services publics et modifications conséquentes de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles; 2°) le travail en équipe interdisciplinaire et la discussion de cas; 3°) la démarche systématique d'intervention individuelle; 4°) l'intervention nutritionnelle (alimentation de la femme et du bébé, allaitement maternel, liens pauvreté-faim-santé et les ressources en sécurité alimentaire); 5°) l'action intersectorielle (selon le modèle du MSSS (1992b) et de Ouellet et al. (1995)). Ces formations ont bénéficié aux CLSC, à l'exception de celle sur l'action intersectorielle qui a été offerte aussi aux organismes communautaires.

²³¹ Il s'agit de dépliants d'information sur le programme destinés aux organismes et intervenants, de cartes de visite, d'encarts dans les journaux, de feuillets pour les publi-sacs, etc..., produits par chaque CLSC ou régionalement.

1.2 Les structures régionales de gestion

Puisqu'au moment du déploiement du programme à quatre autres territoires et de l'implantation du volet postnatal, les organismes communautaires familiaux ne sont pas représentés au sein des structures régionales de gestion, on s'entend à la Table de gestion sur la nécessité de son élargissement. On convient de mettre d'abord en place les comités promoteurs et les instances intersectorielles locales (ce qui sera complété au printemps 1996) avant de penser à ajuster la structure régionale à la nouvelle configuration des acteurs. Devant une proposition de comité interrégional de gestion élargi déposée par la DSP (composition paritaire, institutionnelle / communautaire, de 26 membres), la Table de gestion propose plutôt, à l'automne 1996, une assemblée annuelle de tous les partenaires et élit un comité interrégional de gestion réduit (3 à 5 membres institutionnels) où les organismes communautaires seront invités à convenir de leur représentation. Face à la multiplication des structures de gestion découlant des priorités, les directeurs de CLSC souhaitent en fait déléguer la gestion du programme à leurs coordonnatrices. Du côté des organismes communautaires, une consultation des comités promoteurs à l'automne 1996 a montré leur intérêt premier à se concentrer d'abord au palier local, où ils sont à développer les plans d'action intersectorielle. De telle sorte qu'à la fin de 1996 la Table de gestion cessait d'opérer. Elle a transféré la gestion courante à la Table des coordonnatrices et a convenu de tenir au besoin des réunions ad hoc. Cette Table et le groupe de travail des travailleurs de milieu coordonné par la DSP restent donc les seules instances régionales du programme (E5).

En fait, dans la mesure où les décisions stratégiques et structurelles sont, pour l'essentiel, déjà prises, il y a peu d'intérêt pour les acteurs décisionnels des CLSC à maintenir une instance intersectorielle de gestion. Les décisions opérationnelles inter-territoires seront alors prises de façon sectorielle. Les questions touchant le suivi individuel en CLSC seront abordées à la Table des coordonnatrices; celles touchant le volet intersectoriel seront considérées au groupe de travail des travailleurs de milieu et les organismes d'accompagnement postnatal se rencontreront de façon ad hoc. C'est précisément une telle sectorisation que voulait éviter la DSP en promouvant une instance régionale intersectorielle de gestion. En même temps, la détermination par la DSP de la structure du programme en a en quelque sorte diminué la pertinence aux yeux des décideurs, de telle sorte que la dynamique intersectorielle du programme se situe au palier local. Ainsi, l'implantation de *NG* se sera complétée sans que les organismes communautaires aient pris une part active aux décisions relatives aux orientations du programme (E5).

À défaut d'une instance de gestion régionale intersectorielle, les décisions d'ordre structurel qui concernent les volets régionaux du programme, soit le plan de communication & démarchage et le

plan de formation (i.e. les choix d'allocation budgétaire 1996-1997), ont été prises par la Table de gestion après une consultation formelle auprès des comités promoteurs (juillet 1996). L'appui de 6 comités promoteurs sur 10²³² au plan soumis par la DSP était requis et a été obtenu. Concernant le plan de communication & démarchage, un groupe de travail composé d'agents d'information de la DSP et d'organismes communautaires des CLSC siégeant aux comités promoteurs soutient la production des plans locaux et d'un plan commun (poster, dépliants, cartons, feuillets, etc...) et les organismes communautaires sont invités sur une base volontaire à réagir aux propositions d'outils. Les décisions d'ordre structurel au palier local, par exemple l'acceptation des plans d'action et la répartition du financement local, sont prises par les instances locales (formellement aux comités promoteurs). La question d'une structure de gestion régionale intersectorielle est demeurée en suspend et a été ranimée épisodiquement devant des décisions qui ne suscitaient pas l'adhésion de certains comités promoteurs ou instances intersectorielles.

1.3 Les moyens d'assurer la conformité au programme-cadre

À la phase de la planification structurelle, la DSP disposait de quatre moyens d'assurer la conformité au programme-cadre : 1°) la détermination de la structure de financement; 2°) le déploiement d'un programme de formation accompagnant l'implantation; 3°) l'implication de la DSP, par ses agents de liaison, au sein des instances locales du programme, non seulement aux comités promoteurs mais aussi aux regroupements intersectoriels; 4°) la coordination des travailleurs de milieu. Particulièrement, la structure de financement qui prévoit des budgets désignés à chaque composante du programme, assorti d'une reddition de compte auprès des bailleurs de fonds, permet peu la mise en place d'autres formes d'arrangement et est en cela un outil efficace de contrôle²³³ (E6). Cependant, au-delà des moyens de soutien qui sont aussi des moyens de contrôle, le bien fondé de la structure du programme eu égard à la problématique constitue en soi une force de ralliement. Ses éléments clé, notamment l'organisme communautaire d'accompagnement, tout comme l'intervenante privilégiée en CLSC, sont appuyés par la situation de marginalisation et d'extrême pauvreté de la population à rejoindre et par la revue des interventions efficaces. On peut tenir le même raisonnement en ce qui a trait à la composante de communication & démarchage, alors que les CLSC et aussi les organismes communautaires sont

²³² Les territoires des CLSC Verdun/Côte-Saint-Paul et Mercier-Est/Anjou ont été subdivisés chacun en deux territoires correspondant à leur découpage sociologique pour les composantes communautaires du programme (accompagnement communautaire et action intersectorielle). Toutefois, seuls les deux territoires de Verdun/Côte-St-Paul sont reconnus aux fins du financement.

²³³ Le financement de NG a été sollicité par volet, à mesure que se structurait le programme, et la formulation de ces différents volets s'est aussi ajustée aux cadres normatifs des programmes de subventions. La structure de financement, bâtie de 1993 à 1995, résulte en un financement éclaté (MSSS, PACE, Régie) qui pousse à la fragmentation du programme en plusieurs composantes répondant à des normes différentes (notamment celles, très strictes, du volet prénatal financé par le MSSS en ce qui a trait à la population cible). Ce qui a un effet non escompté mais réel de contrôle de la conformité au programme-cadre et par ricochet, un effet dissuasif sur son adaptation à la diversité locale.

placés devant l'évidence de leur difficulté à rejoindre les familles visées par le programme. La compréhension que l'on a du problème et des solutions, d'ailleurs partagée par la plupart des acteurs institutionnels et communautaires, qui détermine les structures du programme, en facilite l'acceptation (E7).

C'est aussi ce bien fondé, additionné à la position stratégique de la DSP, qui lui permet de se positionner comme agent de changement à maints égards au travers de la structuration du programme (E8). D'abord, au niveau des pratiques professionnelles et institutionnelles, en favorisant leur évolution vers le démarchage et l'ouverture des CLSC sur leur milieu. Ensuite, au niveau du rapport institutionnel / communautaire, en favorisant le resserrement des collaborations entre les CLSC et les organismes communautaires et particulièrement, en introduisant un principe d'équité entre le financement accordé aux institutions et aux organismes communautaires pour des efforts comparables, principe qui se reflète dans un moins grand déséquilibre financier, comparé aux autres programmes des priorités.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME

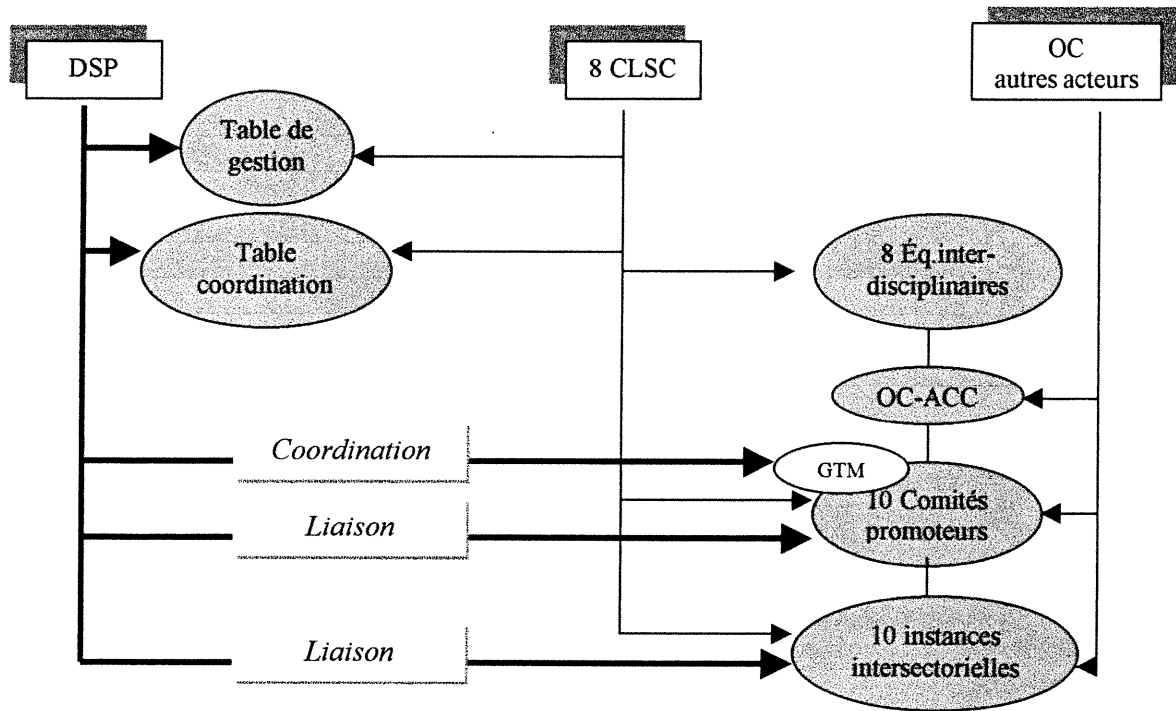
Dans un tel contexte de programme-cadre, à partir du moment où les acteurs en adoptent les lignes majeures, le technogramme se trouve en quelque sorte prédéterminé. Il évoluera par la suite selon les acquis de l'expérience. Ici, les acquis de la première vague d'implantation (volet prénatal) contribuent à sa stabilité en montrant sa faisabilité. Les intervenantes privilégiées, généralement des infirmières, et les équipes interdisciplinaires des quatre premiers CLSC ont suivi, entre décembre 1992 et décembre 1994, plus de 300 familles. Côté démarchage, la planification 1995-1998 part avec certaines expériences déjà tentées avec succès (ex : une promotion du programme insérée dans les publi-sacs) et un plan de communication prévoyant différents outils afin de rejoindre les femmes (ex : la distribution d'une carte postale dans les zones défavorisées visées) et s'adressant à des relayeurs d'information tels les médecins en centres hospitaliers et en cabinets privés, l'ensemble des intervenants des CLSC visés, les Centres Travail Québec, notamment pour la diffusion d'information aux femmes bénéficiaires de la sécurité du revenu (E9).

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME : L'ARRANGEMENT INTER-ORGANISATIONNEL MIS EN PLACE

1.1 La conformité des structures locales au programme-cadre

Le programme-cadre détermine largement les arrangements inter-organisationnels mis en place qui, au palier local, sont quasi uniformes d'un territoire à l'autre (E10), reflet des mécanismes de soutien déployés par la DSP pour justifier la pertinence de la structure proposée et des moyens de contrôle pour en assurer la conformité. La figure suivante illustre.

Figure 9
 Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel du projet
 Naître égaux - Grandir en santé



Budget total 1995-1998 :	
Prénatal CLSC	949 802\$ ^{MSSS}
Postnatal CLSC	930 000\$ ^{RR}
Postnatal OC	600 000\$ ^{RR}
Intersectoriel	337 500\$ ^{PACE}
	810 000\$ ^{RR}
Formation & démarchage	138 000\$ ^{RR}
Sources de financement : MSSS PACE RR (Régie)	

Légende :
 GTM: Groupe des travailleurs de milieu
 OC-ACC : Organisme communautaire d'accompagnement
 Source : Inspiré d'un organigramme transitoire du programme (Goulet et al., 1996)

Au bilan de juin 1996, les structures du programme sont en place partout, ou presque. Les équipes interdisciplinaires prévues sont en opération dans les nouveaux CLSC²³⁴ où les suivis prénatals sont offerts depuis janvier 1996, les suivis postnatals sont offerts dans les huit CLSC. Des organismes communautaires d'accompagnement ont été sélectionnés dans les 10 territoires et ont établi avec leur CLSC une entente de collaboration spécifique pour *NG* (sauf au CLSC Verdun/Côte-St-Paul). Certains de ces organismes collaboraient déjà avec leur CLSC et ont systématisé leur collaboration. Neuf de ces organismes sont membres des comités promoteurs et huit sont membres d'une table locale enfance-famille (présente en 6/10 territoires). En juin 1996 des comités promoteurs étaient aussi formés dans 8 des 10 territoires où siègent, outre le CLSC, la DSP et les organismes d'accompagnement, des représentants d'instances intersectorielles du quartier (Table enfance-famille, Quartier en santé) (les deux autres comités seront formés en novembre 1996). Ces comités promoteurs, qui se réunissent aux deux semaines, sont coordonnés tel que prévu par le travailleur de milieu et fonctionnent par consensus.

Également, en juin 1996, dans 5 des 10 territoires, des instances intersectorielles existantes avaient accueilli *NG*, un regroupement intersectoriel avait été formé et les quatre autres étaient en formation. Dans Anjou, territoire de pauvreté plus récente où les organismes communautaires sont jeunes, ce regroupement sera fonctionnel à l'hiver 1997. Dans les deux territoires du CLSC Verdun/Côte-St-Paul, bien que les principaux organismes communautaires familiaux soient mobilisés, plusieurs rencontrent des problèmes de survie et la collaboration avec le CLSC est difficile; ce qui n'aide pas à la mobilisation, de sorte que le comité promoteur tiendra lieu de regroupement. Enfin, en juin 1997, à Pierrefonds, plusieurs organismes suivent la formation qui devrait les conduire à constituer une instance intersectorielle et élaborer un plan d'action.

Au bilan, la création des comités promoteurs et des regroupements intersectoriels aura été grandement favorisée par l'implication des tables de concertation locale existantes et par l'opportunité que représentait le programme, pour les organismes communautaires, d'accroître leur capacité d'action auprès des familles pauvres²³⁵. Également, l'engagement des CLSC aura été un facteur de facilitation pour la mise en place de l'action intersectorielle. Aussi, les territoires où se concentre traditionnellement une forte proportion de population défavorisée sont généralement

²³⁴ Ces équipes sont composées surtout d'infirmières (la moitié des intervenants), qui assument le rôle d'intervenante privilégiée, d'intervenants sociaux, de nutritionnistes; plus rarement, de médecins, d'organiseurs communautaires, d'auxiliaires familiales, de psychologues. Afin de réguler les rapports interdisciplinaires, des équipes se sont dotées de protocoles. Un groupe de travail (DSP, CLSC, universités et Ordre des travailleurs sociaux du Québec) a été formé sur l'implication des intervenants sociaux dans le suivi prénatal. Au bilan 1996-1997, des équipes ont encore des difficultés à atteindre des objectifs communs aux différentes professions.

²³⁵ En comparaison, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, l'absence de fonds destinés à soutenir l'action intersectorielle a retardé la mobilisation des partenaires, de telle sorte que les comités promoteurs ont été formés entre septembre 1996 et janvier 1997, suite à l'annonce de la disponibilité de fonds en août 1996 par la Régie.

mieux pourvus en ressources communautaires, ce qui facilite évidemment l'implantation d'un tel programme. En contrepartie, le coût de ces concertations est nettement plus prohibitif pour le milieu communautaire, qui ne dispose déjà pas des ressources minimales pour assurer les services directs, et se traduit en certains endroits en participation bénévole.

Tel que le montre le tableau 12, de 1996 à 1997, les CLSC ont fini par être présents partout au sein des instances locales (souvent représentés par des professionnels et non des décideurs) et la DSP est également présente partout. Composés dans une large mesure d'organismes communautaires (organismes familiaux, mais aussi de dépannage, d'entraide, de sécurité alimentaire, de défense des droits), la représentativité intersectorielle de ces regroupements s'est tout de même accrue, à la faveur de démarches entreprises en ce sens dans certains territoires. Les garderies et les écoles ont accru leur présence de même que le milieu municipal. D'autres acteurs commencent à y être représentés, tels les CTQ et les Centres Jeunesse, voire même les acteurs politiques que sont les députés. On note par ailleurs la quasi absence d'organismes de défense des droits et de lutte à la pauvreté. L'absence en certains territoires d'acteurs névralgiques est expliquée, pour les Centres à la petite enfance, par leur entière mobilisation autour de la politique familiale (1997), et pour les écoles, par l'absence d'acteur ayant pour mandat de participer à de telles tables vu leurs priorités. Ce qui amène les acteurs des tables à envisager d'autre mode de participation, plus ponctuelle, sous la forme de réseaux, et qui engage moins que l'action concertée.

Tableau 12
Représentativité des regroupements intersectoriels en juin 1996 et 1997

Organismes	juin 1996 sur 6 regroupements	JUN 1997 sur 10 regroupements
INSTITUTIONS SECTEUR SOCIO-SANITAIRE		
CLSC	4	10
DSP (agent de liaison)	6	10
Centre hospitalier (dépt. pédopsychiatrie)	1	1
Centres Jeunesse	1	5
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		
OC-famille	6	8
OC-autre	4	9
OC-défense des droits	2	3
AUTRES INSTITUTIONS / INSTANCES		
secteur scolaire	2	5
municipalité, loisirs municipaux	1, 3	6, 3
Garderies – Centres de la petite enfance	--	5
Centres Travail Québec	1	3
Service de police	--	2
Paroisses	1	1
Bureau du Député	--	2
Croix-Rouge	--	1
CDEC	--	1
Quartier en santé	--	2

La représentativité intersectorielle des instances de concertation ne signifie pas une implication du même ordre dans les plans d'action où l'engagement est essentiellement celui des organismes communautaires. On y voit une collaboration encore ponctuelle des CTQ (activités de recrutement); une implication des garderies surtout comme clientes des services communautaires mis en place; et une implication qui cherche sa voie du côté des écoles. Il faut dire à ce sujet que les organismes, institutionnels ou communautaires, qui n'œuvrent pas spécifiquement auprès des 0-5 ans trouvent plus difficilement leur espace d'engagement dans les plans d'action. On note aussi que l'association des familles à quelque niveau dans l'élaboration ou la mise en œuvre des plans d'action n'est demeurée dans ce premier exercice triennal qu'à l'état de projet. La structure du programme, axée d'abord sur les collaborations entre CLSC et organismes communautaires, a fait en sorte d'orienter ces acteurs vers la solidification de leurs collaborations avant d'en établir avec d'autres acteurs, y compris les familles (Boyer & Parisien, 1998, pp. 42 et 54). Des efforts de mobilisation des garderies sont à l'agenda de 1997-1998, de même que le développement de liens avec des organismes et des regroupements de défense des droits et de lutte à la pauvreté (E11).

1.2 La conformité à la structure-cadre vue comme un passage obligé vers l'atteinte des résultats : la primauté d'une conception institutionnelle de la continuité des services

Pour la DSP, l'enjeu de la conformité à la structure-cadre est primordial, son intérêt étant de tester le modèle d'action au regard des objectifs des politiques publiques. La DSP a conséquemment déployé un effort considérable en vue d'assurer cette conformité par de la formation et un encadrement serré de la mise en œuvre.

La formation à l'action intersectorielle, prévue sur mesure dans chaque territoire pour appuyer l'élaboration des plans locaux, fut en fait réalisée à compter de l'automne 1996 (jusqu'en décembre 1997), après l'élaboration des plans 1996-1997 (sauf à Pierrefonds où la planification fut soutenue par la formation), de sorte qu'elle aura davantage servi à leur révision. Combinée aux rencontres des regroupements intersectoriels, en favorisant la connaissance mutuelle des acteurs, elle aura surtout contribué à la modification des rapports entre CLSC et organismes communautaires dans le sens d'une plus grande collaboration. Et, non le moindre des résultats, elle aura contribué à une prise de conscience, notamment chez les organismes communautaires, que les familles les plus démunies et marginalisées ne figuraient pas parmi leurs clientèles.

La formation a de plus constitué un lieu de partage des savoirs théoriques (dont le programme-cadre fait un bilan exhaustif) et des savoirs pratiques, particulièrement des pratiques communautaires existantes, sorte de mise à niveau des acteurs autour d'informations communes.

Le bilan des activités (DSP, 1997) soutient que la formation aura aussi permis de progresser vers le partage d'une vision commune (vers la reconnaissance de l'extrême pauvreté, sur le modèle écologique, sur les services). Ce qui est en fait l'adhésion des acteurs à la vision mise de l'avant dans le programme-cadre. La formation aura tenté de faire à rebours, dans le contexte d'un programme-cadre, ce que des acteurs engagés à l'origine d'un projet font en premier lieu dans la démarche qui les conduit à une action conjointe.

Mais l'effort de systématisation de la DSP aura principalement porté sur les structures, à savoir la sélection d'un organisme communautaire d'accompagnement, la formalisation des collaborations entre ces organismes et les CLSC, la mise en place de comités promoteurs et de regroupements intersectoriels fonctionnels; et sur les processus, à savoir la production d'un profil de besoins, d'une carte des ressources, d'un plan d'action répondant aux trois grandes stratégies du programme et sa mise en œuvre, encadrée par les rapports d'activités. La DSP a vu à leur mise en place par ses agents de liaison dans tous les territoires et par la coordination des travailleurs de milieu. Mises à part les activités de suivi en CLSC où le cadre en a déterminé le contenu (fréquence, approche personnalisée, durée), de façon générale les activités des organismes communautaires préexistantes au programme se sont vu reconnues. Cet accent mis sur les structures tient au fait qu'elles sont vues comme indispensables à l'atteinte des résultats visés. Leur bien-fondé tient pour l'essentiel à deux éléments : eu égard à l'atteinte de la population cible et à l'adéquation des services, tel que déjà évoqué; eu égard à un objectif d'insertion sociale des familles, placé au centre du modèle d'action, qui passe par la continuité du suivi individuel en CLSC, vers l'accompagnement communautaire, puis vers la participation à d'autres organismes du quartier, voire l'intégration à la vie associative des organismes. Dans le contexte institutionnel de spécialisation et de sectorisation de l'action, cette continuité dépend d'arrangements inter-organisationnels, voire intersectoriels. L'établissement de collaborations CLSC-organismes communautaires devient donc un point critique de l'atteinte des résultats visés (E12).

Dans le contexte de l'action communautaire, cette notion de continuité est incarnée dans l'approche globale qui ne se limite pas à une suite de services mais tend plutôt à intégrer en un tout les services, l'information et la mobilisation en vue d'une ré-appropriation par les personnes de leur dignité et de leur pouvoir de citoyen. C'est ainsi, à titre d'exemple, qu'un organisme qui opère une cuisine collective de purée de bébé fournira des services (information, aliments) mais favorisera aussi le travail d'équipe, offrira un répit, permettra des économies, et donc, favorisera globalement une reprise de contrôle sur sa vie et l'intégration sociale des participantes. En milieu communautaire, la concertation sert d'abord des finalités de représentation et de coalition pour la

défense des droits, contre les inégalités sociales et la pauvreté. Ce qui n'exclut pas que la concertation puisse avoir des objectifs de complémentarité, mais les organismes communautaires tendent d'abord à se développer un bassin de participants ou de membres et à y favoriser le développement de liens sociaux et d'un sentiment d'appartenance qui font que ce bassin s'agrandit et que les organismes tendent à élargir leurs activités pour répondre aux intérêts de leurs membres ou usagers; c'est là que réside leur force. D'autant plus que leur mode de financement place les organismes dans un rapport de compétition où le nombre de membres ou d'usagers est un facteur déterminant. S'inscrire en continuité et référer signifie que les organismes se spécialisent dans des créneaux de services, ce qui va, à priori, à l'encontre de leur approche globale et de leur stratégie de survie. Cette notion de continuum tient d'ailleurs davantage d'une perspective technocratique, centrée sur l'organisation des services, que d'une perspective d' *empowerment*, centrée sur le développement des personnes et des communautés.

La systématisation des structures du programme sert donc la perspective institutionnelle de la continuité des services (E12). Les intervenantes en CLSC sont les premières à rappeler, à l'instar du programme-cadre, que les objectifs d' *empowerment* ne peuvent être atteints par le seul suivi individuel en CLSC. Quant aux organismes communautaires, la continuité de leurs services dépend davantage de leur précarité liée à leurs conditions de financement que de la concertation. Un atout des promoteurs de NG aura été d'avoir légitimé l'ensemble de ses contraintes structurelles par la priorité à être accordée aux familles en situation d'extrême pauvreté.

1.3 Le rapport entre planification centrale et autonomie locale : le principal lieu de controverse

Ce rapport comporte des enjeux névralgiques pour les acteurs. Pour la DSP, celui de la viabilité de son approche de planification qui est vue comme un modèle de pratique en même temps que la cible de plusieurs critiques. Pour les acteurs communautaires, ceux de la perte d'autonomie et de contrôle. En atterrissant avec ses objectifs, ses structures, ses processus et ses échéanciers (à la définition desquels les acteurs communautaires n'ont pas contribué), le programme-cadre perturbe les démarches locales de concertation (entre organismes communautaires surtout) et tend à les « détourner » de leur agenda. Comment, voire pourquoi (ou pourquoi pas), intégrer une action amenée de l'extérieur dans l'action d'une concertation existante dans le milieu? Comment véhiculer la préoccupation centrale du programme qui est de rejoindre les familles les plus pauvres à une table de concertation dont les préoccupations sont plus larges et parfois autres? En attachant un financement à des objectifs précis, la planification centrale vient ici orienter l'action locale.

Au bilan, au plan de la dynamique locale, les retombées sont partagées mais généralement favorables aux familles les plus pauvres. L'entrée en scène du programme a stimulé le développement de la concertation locale en enfance/famille là où elle était absente (Pierrefonds, J-Octave-Roussin, Anjou, Olivier-Guimond, St-Michel²³⁶); il a agi comme catalyseur en faisant avancer des concertations déjà amorcées et qui, tout en conservant leurs visées plus larges, ont donné priorité aux familles pauvres (Des Faubourgs, Mercier-est, Hochelaga-Maisonneuve). Il a été un perturbateur des façons habituelles de faire (St-Michel et Hochelaga-Maisonneuve), puis un provocateur dans les milieux déjà organisés où il a renouvelé la réflexion sur les besoins des familles pauvres (Hochelaga-Maisonneuve) et où il a renforcé la concertation, sans toutefois entraîner là de consensus sur les priorités ni une véritable intégration des trois volets du programme. Il a été, enfin, un révélateur des obstacles à la concertation, notamment entre CLSC et organismes communautaires (Verdun et Côte-St-Paul) (E13).

Les tensions découlant de l'implantation d'un programme défini de l'extérieur qui tantôt stimule, tantôt perturbe et qui nécessairement oriente l'action locale, ont été diverses. Le processus a connu des tensions liées à l'échéancier serré de la mise en place des structures et du dépôt des plans d'action, ce qui n'a pas laissé un temps suffisant pour l'intégration de la démarche du programme-cadre aux démarches en cours ou pour bâtir un plan qui intègre réellement l'action des partenaires (E13). Puis la prédétermination des structures et l'ambiguïté de leurs mandats ont entraîné des conflits. La prédétermination des CLSC dans le rôle de fiduciaire des fonds destinés aux organismes d'accompagnement et à l'action intersectorielle²³⁷ a été remise en question; tout comme celle du travailleur de milieu dans le rôle de leadership local du projet; ou la participation d'office de la DSP aux comités promoteurs; ou encore la prédétermination du comité promoteur dans le rôle d'approbation des plans d'action. Aussi, la proximité des rôles des comités promoteurs et des regroupements intersectoriels, particulièrement dans les territoires où des instances de concertation étaient déjà constituées dans le champ enfance-famille, et la proximité des rôles des travailleurs de milieu (CLSC) et des agents de liaison (DSP), voire des formateurs (DSP), ont exigé des clarifications répétées. À cela, s'ajoute le constat qu'une meilleure connaissance des milieux aurait permis d'éviter, en certains territoires, la mise en place de structures parallèles (on parle ici des comités promoteurs). La formation aura donné lieu pour la moitié des territoires à des négociations ardues, le formateur étant vu comme un acteur externe venant s'immiscer dans le champ de responsabilité de l'organisateur communautaire (travailleur

²³⁶ À Olivier-Guimond et St-Michel, Quartier en santé s'est doté d'un comité enfance-famille pour l'implantation de NG.

²³⁷ En vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux, les structures de concertation ne sont pas reconnues à titre de fiduciaire de fonds, seuls le sont les établissements et les organismes communautaires (Claude Larivière, Journée d'évaluation de la vraisemblance, 7 novembre 1997).

de milieu) qui est de soutenir l'organisation locale et le développement des plans d'action. Puis la présence des agents de liaison de la DSP jusqu'au sein des instances locales a été contestée par les CLSC et leur double rôle, de soutien-conseil et de contrôle (à titre de bailleur de fonds), a été dénoncé en certains territoires comme étant contradictoire. En d'autres territoires, on apprécia que la DSP se considère aussi partenaire du projet, de telle sorte que le bailleur de fonds soit proche des acteurs terrain et que l'on puisse négocier rapidement avec lui (*E14*).

Ces tensions ont été canalisées dans une controverse sur le rôle des travailleurs de milieu et leur prolongement, celui des comités promoteurs. Ces travailleurs de milieu, embauchés par les CLSC et coordonnés par la DSP, qui travaillent en étroite collaboration avec les organismes communautaires d'accompagnement et les tables de concertation locale, sont en fait au carrefour des tensions. Leur rôle modèle est celui d'un leadership à exercer dans la promotion et l'implantation du programme. Ils occupent une position stratégique en tant que façonnier des ponts entre les institutions et le milieu communautaire. Ceux qui adhèrent à ce rôle voient dans le programme une approche proactive et une opportunité de renforcer la concertation locale autour de besoins reconnus par tous. Ce modèle se voit confronté au rôle traditionnel de l'organisateur communautaire en CLSC qui est de soutenir les initiatives du milieu. Ceux qui adoptent cette perspective se demandent quels sont les éléments essentiels du programme et jusqu'à quel point il est de leur responsabilité de les faire valoir auprès des organismes communautaires, voire si ce n'est pas là plutôt le rôle de l'agent de liaison de la DSP. Pareillement, on conçoit le rôle des comités promoteurs soit comme un lieu d'intégration des composantes du programme, soit comme un sous-comité de la table intersectorielle locale, ayant un rôle de soutien pour la mise en œuvre du volet intersectoriel, dont les mandats viendraient de celle-ci et qui lui serait redevable (plutôt que d'être une instance qui approuve les plans d'action des tables locales et recommande l'allocation des fonds). Certaines tables locales demandent d'ailleurs formellement que le travailleur de milieu relève d'elles plutôt que du CLSC. Et dans les territoires de fortes tensions entre CLSC et organismes communautaires, ce rattachement au CLSC est un handicap (*E15a*).

Cette controverse a trouvée une issue, en certains territoires, dans la capacité des acteurs locaux à se positionner. Là, les comités promoteurs, nommés par les tables locales de concertation, sont désignés comme un exécutif ayant pour rôle de coordonner l'ensemble du programme *NG*; et ce sont les tables locales qui ratifient les plans d'action et confient les mandats aux organismes désignés. C'est le cas des deux territoires témoins, Des Faubourgs et J.-Octave-Roussin où, pour ce dernier, d'entrée de jeu, les règles et procédures de la Table de concertation nouvellement créée prévoient que le comité promoteur en soit l'exécutif et remplisse les tâches qu'elle lui confie

(toutefois, conformément à la structure-cadre, les contrats sont signés entre le comité promoteur et les organismes mandatés). À la demande de la table de concertation, c'est aussi un organisme communautaire qui a remplacé le CLSC, à la troisième année du plan, dans le rôle de fiduciaire des fonds de l'action intersectorielle. D'ailleurs, dans le renouvellement des ententes avec le bailleurs de fonds (*PACE*), il est devenu possible que le travailleur de milieu relève d'une autre instance, telle une table de concertation, sans évidemment que son rôle ne soit modifié. Comme quoi, tel que le soulignait à juste titre Monnier (1987), dans un contexte inter-organisationnel les instances étatiques peuvent concevoir différents modèles d'action, ce qui leur confère crédibilité et influence, mais elles n'ont pas le pouvoir de les imposer. Entrent en jeu ici le degré d'organisation et de cohésion des acteurs locaux pour mettre en œuvre une alternative (*E15b*).

1.4 Le rapport entre organismes institutionnels et communautaires : la reproduction d'un déséquilibre du pouvoir

L'accompagnement communautaire en continuité du suivi pré et postnatal en CLSC est le lieu le plus intégré de collaboration institutionnelle-communautaire du programme. On parle de mécanismes formels de référence (dans les deux sens) et de suivi (notamment concernant l'échange d'information); d'accompagnement des femmes vers les organismes communautaires par les intervenantes du CLSC; de participation des intervenantes communautaires aux discussions de cas de l'équipe interdisciplinaire du CLSC, et des intervenantes du CLSC aux activités des organismes communautaires; du développement de mécanismes informels de référence en l'absence d'ententes formelles de collaboration. Dans les territoires où il n'y a pas de collaboration, la résistance viendrait davantage des CLSC où la confidentialité²³⁸ est vue comme un obstacle majeur à la référence. En certains territoires, la coopération serait facilitée par le fait que des organismes aient été mis sur pied par les intervenantes du CLSC qui siègent encore à leur conseil d'administration (*E17*).

Bien que des collaborations existent entre CLSC et organismes communautaires, leurs liens ne sont généralement pas articulés aussi serrés autour d'une action commune. Pour les organismes communautaires d'accompagnement qui ne privilégiaient pas a priori une approche de suivi individualisé, le cadre du programme comporte des enjeux particuliers. En contrepartie d'un financement qui leur permet de consolider que partiellement leurs activités, leur approche de

²³⁸ Ce qui s'avérerait peu fondé puisqu'en matière de respect de la confidentialité, les employés des organismes communautaires sont soumis à la loi sur la protection des renseignements personnels, au même titre que ceux du réseau de la santé et des services sociaux non régis par le code de déontologie d'une corporation professionnelle. Dans ce cas, c'est ce code qui s'applique. Les intervenants sont invités à signer un engagement solennel à respecter la confidentialité et à en informer leur clientèle. En outre, en matière de protection des renseignements personnels, les établissements sont soumis à la loi sur la santé et les services sociaux qui stipule (article 19) qu'aucun renseignement ne peut être divulgué sans le consentement de la personne. En référence à la loi sur la protection des renseignements personnels, la Commission d'accès à l'information balise ce consentement (Claude Doyon, DSP, 16 juin 1999).

quartier se trouve confrontée et doit s'ajuster à l'approche sélective du programme²³⁹. Et la concentration de leurs efforts vers les plus défavorisés, sans entraîner souvent les résultats escomptés, prive de services des familles aussi en situation de pauvreté, sans qu'elles cumulent autant de déficits. Souvent même, l'intégration de ces familles dans les activités régulières demande une démarche préalable d'*empowerment*. De plus, le mariage des clientèles s'avère difficile, notamment la gratuité pour la clientèle de *NG* est mal acceptée de la clientèle régulière qui continue de déboursier pour les services, puis cette dernière tend à se retirer des activités de crainte d'être identifiée comme « familles à problème ». Ce qui risque de fragiliser les organismes qui comptent sur cette source de financement.

L'arrangement CLSC–organismes communautaires d'accompagnement mis en place situe ces organismes dans un rôle complémentaire, en continuité de l'intervention professionnelle, selon une logique qui lui est proche notamment par la continuité de l'approche sélective, et pousse certains de ces organismes à des réalignements par rapport à leurs principes d'action (*E18*). À cet égard, les organismes communautaires d'accompagnement parlent d'une nécessaire distance à maintenir afin de préserver leur spécificité. Et pour les organismes de création récente, souvent par les CLSC, cette spécificité reste encore souvent à établir (Panet-Raymond, 1994). L'arrangement mis en place tend à déterminer le rôle des organismes d'accompagnement en vertu de la mise en œuvre d'un programme public et déroge en cela aux revendications traditionnelles d'autonomie des organismes communautaires²⁴⁰ (par la voie du RIOCM²⁴¹) dans le contexte de la régionalisation des services sociaux et de santé et du partenariat avec l'État amorcés avec la loi 120, voire par rapport à l'esprit même de la loi²⁴². Pour ces organismes, le cadre est davantage contraignant qu'il ne l'est pour ceux engagés dans les plans d'action locaux qui s'adressent à toutes les familles du quartier, respectant leur logique propre d'action.

De façon plus générale, tant pour les volets d'accompagnement communautaire que d'action intersectorielle, la mise en œuvre du programme aura été l'occasion de collaborations accrues entre CLSC et organismes communautaires (*E16*). Mais elle n'aura pas permis un renouvellement

²³⁹ Le cadre de financement du programme prévoit, en sus d'un montant de base, des allocations versées en fonction de l'ampleur de la population cible.

²⁴⁰ « ... un financement qui respecte l'intégrité de l'action des organismes communautaires et ne les oblige pas à morceler leur action pour correspondre à des cadres de gestion gouvernementaux..., ni à stigmatiser les personnes avec qui ils travaillent en les situant dans des problématiques ou des cadres qui ne correspondent pas à leur réalité... » (RIOCM. Plate forme de revendications communes. Adopté lors de l'Assemblée générale du 28 janvier 1994, p. 7).

²⁴¹ Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) mis sur pied en 1992 dans la foulée de la loi 120 afin d'organiser la représentation du milieu communautaire aux instances décisionnelles de la Régie régionale alors créée.

²⁴² La loi 120 sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991) reconnaît aux organismes communautaires la prérogative de définir librement « (leurs) orientations, (leurs) politiques et (leurs) approches » (article 335).

de leur rapport vers une dynamique moins inégalitaire, pourtant essentielle à l'établissement des collaborations requises par le programme. D'abord, en elle-même, la structure du programme fait en sorte de maintenir un rapport de pouvoir à la faveur des institutions. Notamment, les comités promoteurs, de composition institutionnelle au moins pour une moitié, se trouvent à avoir préséance sur l'instance de concertation locale, de composition très majoritairement communautaire, en ce qui a trait à l'approbation des plans d'action et ce, même dans des territoires où des tables de concertation enfance-famille existent depuis plusieurs années. De la sorte, le CLSC « *évalue la pertinence des projets (et) l'allocation des sous* » et donc se trouve à exercer un contrôle sur l'action communautaire alors que « *son rôle est ... de supporter la communauté* » (Journée d'évaluation de la vraisemblance, 7 novembre 1997, atelier sur le partenariat) (E19). Puis, devant les normes administratives du MSSS, où les instances de concertation ne sont pas reconnues à titre de fiduciaire des fonds de l'action intersectorielle, la persistance à maintenir les CLSC dans le rôle de fiduciaire ne favorise pas le renforcement des acteurs communautaires vis-à-vis les CLSC (E20). Et encore, plus généralement, l'état de sous-financement dans lequel sont maintenus les organismes communautaires limite leur capacité à développer et affirmer la spécificité de leur intervention, à assurer son plein déploiement et sa continuité (notamment en ne permettant pas la stabilité de leur personnel et par là le développement et le maintien des compétences) et à la faire reconnaître des acteurs institutionnels (E21).

La perpétuation d'un tel déséquilibre du pouvoir entre institutions et organismes communautaires se manifeste par divers symptômes tels la méconnaissance réciproque; le manque de reconnaissance et de confiance de la part des CLSC envers la qualité de l'intervention communautaire; leur manque de collaboration, notamment en ce qui a trait au transfert d'information, pourtant jugé essentiel à la qualité du programme. Le non renouvellement des rapports fondamentaux entre CLSC et organismes communautaires s'observe aussi dans la persistance de zones traditionnelles de conflits dont la principale est celle d'une pratique de sous-traitance appréhendée par certains organismes communautaires devant l'accroissement des références en provenance des institutions et devant une pratique de référence à sens unique²⁴³. Également dans la persistance en certains CLSC d'une tendance à la sectorisation du programme en champ de compétences, qui se reconnaît dans leur résistance à voir les organismes

²⁴³ À titre d'exemple, la mise en place d'un centre de répit de fin de semaine dans le territoire Des Faubourgs pose de façon percutante cette question de la sous-traitance ou du transfert de responsabilité du secteur public vers le secteur communautaire. Après un an de fonctionnement (mai 1997 à mars 1998), la demande est deux fois la capacité d'accueil de 10 enfants par fin de semaine. Les références qui devaient provenir des organismes membres de la table de concertation famille proviennent en fait de plus en plus des institutions (CPEJ, CLSC) et impliquent une récurrence d'utilisation du service (ex : aux 4 semaines). Les intervenants institutionnels prévoient son utilisation dans leur plan d'intervention et de la sorte, se trouvent à « bloquer » le service. De plus, puisqu'ils y sont référés par une travailleuse sociale, les parents croient leur place garantie alors qu'il est de la prérogative de l'organisme de gérer les demandes (Garderie du Carrefour. Le répit de fin de semaine. Rapport d'activités 1997-1998).

communautaires s'impliquer dans le démarchage en prénatal ou à reconnaître le suivi en CLSC comme un élément des plans d'action intersectorielle; aussi dans l'engagement tardif de certains CLSC au sein des instances de concertation locale, ne voyant pas la pertinence de l'intégration des trois volets du programme (E22). Il faut ici considérer que le programme-cadre, en délimitant les rôles des CLSC et des organismes communautaires, porte en lui-même les germes de la sectorisation qu'il cherche par la suite à combattre. À cet égard, on peut lire dans le bilan 1996-1997 de la DSP que « *les suivis individuels effectués par les CLSC devraient également être considérés comme étant partie intégrante de l'action intersectorielle afin que les collaborations ne s'établissent pas uniquement entre les organismes communautaires membres des comités et que le suivi individuel ne soit pas l'apanage exclusif des CLSC* » (p.20).

L'enjeu central du rapport institutionnel – communautaire, qui détermine largement leurs collaborations, demeure le cadre de financement des organismes communautaires. Y résident les assises pour l'établissement de rapports qui tendent ou non à être moins inégalitaires. En modifiant le contexte, c'est-à-dire non seulement en accroissant substantiellement leur financement mais aussi en affirmant l'autonomie des organismes dans un cadre général de ré-allocation²⁴⁴, le plan 1995-1998 de transformation du réseau découlant de la loi 120, qui prévoit une ré-allocation budgétaire vers le communautaire (par l'intermédiaire d'un rehaussement du budget du SOC) dans certains continuums de services, risque de venir modifier le rapport institutionnel – communautaire établi dans le contexte de NG. Ce cadre de consolidation évacue nommément l'approche de financement par projet, tel qu'adoptée par la DSP dans le cadre des priorités. Les organismes communautaires se sont d'ailleurs traditionnellement objectés à cette approche qui attache leur financement à la réalisation d'activités spécifiques déterminées par les programmes publics. Ce cadre n'uniformise cependant pas les politiques de financement de la Régie où est maintenu un mode de financement par projet pour l'enveloppe des priorités, sous la responsabilité de la DSP. Le cadre pour la ré-allocation dans le secteur famille, convenu entre la Régie et le ROCFM (1996), prévoit consolider les organismes qui interviennent auprès des familles en lien avec la priorité Tout-petits. Ce cadre reconnaît leur existence « *en tant que réseau d'aide naturelle au service des familles* » et leur contribution à la priorité Tout-petits par « *l'entremise de leurs activités et services en accord avec leurs objectifs* » (Comité aviseur sectoriel famille, RRSSS M-C, mai 1996, p.9). Le cadre sectoriel famille n'admet pas

²⁴⁴ Le cadre de ré-allocation convenu entre la Régie et le RIOCM (1996), et qui sert de balises aux cadres sectoriels, reconnaît les organismes comme des entités autonomes, en vertu de la loi 120, c'est-à-dire que la ré-allocation vise la consolidation des organismes qui pourront ainsi augmenter leur capacité d'action dans le sens de leur mandat et raison d'être. Les balises de la loi 120 définissent comme étant du domaine des services de santé et des services sociaux les activités de prévention, aide et soutien, hébergement, promotion, sensibilisation et défense des droits et intérêts des utilisateurs, promotion de la santé et du développement social (article 336 de la loi 120).

explicitement, différemment du cadre général, les activités liées à la promotion et la défense des droits. Ce qui témoigne de l'orientation principalement de services qui caractérise les organismes familiaux. Ce cadre prévoit un financement de base récurrent de 52 000\$ par organisme (atteint en 1997-1998, comparé à une moyenne de 12 500\$ en 1995-1996) et notamment, d'atteindre au minimum un organisme communautaire financé par le SOC par territoire de CLSC où se retrouve une concentration d'enfants vivant dans des familles pauvres ($\geq 25\%$). La ré-allocation de 2 M\$ multiplie par 3,27 le budget du SOC pour le secteur famille.

Ce faisant, l'intention de la Régie est claire. Son constat était à l'effet que plusieurs organismes « *n'ont même pas la capacité financière suffisante leur permettant d'assurer une continuité des services et activités offerts. Ils souffrent donc d'un problème de sous-financement qui bloque leur pleine implication dans les objectifs de prévention* » (Comité adviseur sectoriel famille, RRSSS M-C, mai 1996, p.7). Leur consolidation vise à garantir leur fonctionnement de base et aura pour effet d'accroître leur capacité d'action et conséquemment, les services de prévention s'inscrivent dans la priorité Tout-petits (p.9). La précarité chronique des organismes maintenue par un financement insuffisant et non récurrent, cela est connu, affecte la quantité et la continuité de leurs activités et services et la continuité des collaborations. Précarité qui, à compter du moment où elle fragilise les collaborations établies avec les CLSC, devient un enjeu aussi pour le milieu institutionnel. L'intérêt institutionnel est ici que les organismes communautaires aient les ressources pour maintenir et accroître leurs activités, de sorte à assurer la continuité des services, et pour assurer leur stabilité, de sorte à favoriser leur engagement dans l'action intersectorielle et de sorte que l'investissement institutionnel afin de créer ces collaborations ne soit pas perdu. Cette stabilité devient cruciale dans le cadre de *NG* où le suivi prévu avec les familles s'étend sur une période de deux à cinq ans. Vu leurs intérêts, les CLSC et la DSP, notamment par la voie de l'évaluation participative, ont fait écho auprès de la Régie à la revendication traditionnelle des organismes communautaires en faveur d'un financement suffisant et récurrent.

La capacité des organismes communautaires de s'engager dans les collaborations souhaitées dans le cadre de *NG* sera certes accrue²⁴⁵, mais dans un cadre négocié régionalement, plus large que celui des ententes de services autour d'activités spécifiques qui ont prévalu dans le cadre de *NG* (particulièrement pour les organismes d'accompagnement) et qui placent les organismes dans un rapport de pouvoir moins en leur défaveur (*E23*). La collaboration nécessaire des organismes communautaires pour l'atteinte des objectifs des politiques et programmes publics, à cause précisément de la spécificité de leur mode d'intervention, figure pour ces derniers comme un atout,

²⁴⁵ Ce ne sont pas tous les organismes ayant participé à *NG* qui sont inscrits au SOC et qui voient leur financement consolidé.

un levier de pouvoir, dans la négociation avec les décideurs publics en vue de l'établissement d'un cadre de financement plus respectueux de leur contribution sociale. Néanmoins, le nouveau contexte de la loi 120 n'est pas sans entraîner des effets à la fois négatifs et positifs sur l'autonomie et les pratiques communautaires, notamment en termes de professionnalisation, de spécialisation, de transfert de responsabilités du secteur public vers le secteur communautaire et d'accroissement de la demande, de prédominance des services sur la mobilisation et la défense des droits, d'orientation des pratiques en fonction des subventions disponibles, tel qu'en témoignent les acteurs communautaires de *NG* et qu'ont commencé de l'explorer certains travaux (René et al., 1997).

2 LE TECHNOGRAMME

2.1 *Le suivi pré et post natal en CLSC*

Une des retombées de l'opération des priorités régionales aura été que *NG* soit demeuré dans les huit CLSC un programme prioritaire et protégé, donc relativement peu affecté par les pressions du virage ambulatoire. On note tout de même dans le bilan d'activités 1996-1997 que certaines équipes ont connu des changements importants de personnel (*E24*).

Au cours de 1995-1996, alors que le suivi prénatal était en implantation dans les 4 nouveaux CLSC et que le suivi postnatal était en implantation partout, 243 femmes ont été suivies en pré et 144 en post. Au cours de 1996-1997, alors que le suivi pré et postnatal est en place partout, 384 femmes ont été suivies en pré et 370 en postnatal, dont 73% avaient été suivies en prénatal²⁴⁶. De plus, le taux d'attrition des suivis prénatals est de 10% à 12% (*E25*). Ce qui rejoint l'objectif de continuité du programme. Ces femmes correspondent aux critères d'admission au programme. Les données de l'étude des effets indiquent que sur 700 femmes recrutées, 92 % vivent sous le seuil d'extrême pauvreté et leur scolarité moyenne est de 9,5 années. L'expérience montre qu'il faut généralement de deux à trois ans aux CLSC pour atteindre l'objectif de recrutement fixé à 55% des mères sous-scolarisées. Les données de 1997 montrent que dans les nouveaux CLSC, le pourcentage de recrutement varie de 20% à 40% alors que les anciens territoires ont atteint ou dépassé l'objectif (Boyer & Parisien, p.32) (*E26*).

Le démarchage a été l'objet d'un effort soutenu des CLSC, par des stratégies principalement individuelles, comparées aux approches privilégiées par les organismes communautaires dans le

²⁴⁶ En moyenne, chaque famille a reçu, en pré, 9,5 visites si le suivi a débuté avant la 22^e semaine de grossesse et 6,1 visites s'il a débuté après; en post, la moyenne est de 6,3 visites.

volet postnatal. Elles ont consisté à faire connaître le programme au sein même du CLSC, auprès des médecins et des organismes communautaires des territoires, auprès de la population (kiosques, journaux de quartier, participation à des activités de quartier) et auprès des femmes visées (information insérée avec les chèques de la sécurité du revenu, en collaboration avec les CTQ; cartes postales sur le programme distribuées dans les boîtes à malle du quartier). Les données recueillies auprès des femmes recrutées indiquent que le tiers l'ont été par le biais d'un établissement de santé (bureaux de médecins, CLSC), un autre tiers par des parents et amis, alors que 14% l'ont été par la stratégie de l'information insérée dans les chèques de la sécurité du revenu. Les médecins de pratique privée, qui constituent un groupe d'acteurs incontournable, persistent à ne pas participer de façon satisfaisante au programme. La référence d'organismes communautaires reste très marginale avec 3% des femmes recrutées (DSP, Bilan des activités 1996-1997, p.7). Il apparaît donc que les stratégies qui font connaître le programme aux intervenants et qui font connaître les intervenants et les services du CLSC dans les quartiers soient profitables. Le fort pourcentage de femmes recrutées par le bouche à oreille dans leur réseau laisse présumer que la perception positive des services du CLSC atténue la méfiance caractéristique des milieux de pauvreté envers les services publics (E27).

Au-delà du recrutement, qui mobilise efforts et créativité, la rétention dans le programme demeure une difficulté, surtout en postnatal. L'intérêt des femmes rejointes en prénatal par le CLSC est surtout porté vers les services d'auxiliaire familiale et les suppléments alimentaires alors « *qu'il est plus difficile de les intéresser à des activités plus structurées surtout si, dans le passé, elles ont eu des expériences négatives auprès d'autres services ou ... ressources* » (Boyer & Parisien, 1998, p. 41). Le postnatal ne dispose plus des mêmes incitatifs à la participation. Mais l'expérience indique que le suivi prénatal favorise la rétention dans le programme en postnatal²⁴⁷ (E28).

Au chapitre des améliorations au programme-cadre, le guide du suivi postnatal introduit par la DSP en 1996 est fort utilisé et permet un suivi plus systématique. Des CLSC ont mis en place, en collaboration avec des organismes communautaires, des activités devant favoriser le passage de l'intervention individuelle à l'intervention en petits groupes (groupes d'entraide, activités de stimulation précoce, collaboration au programme YAPP, etc...). Également, des CLSC déploient des efforts pour rejoindre et impliquer les pères et planifie la formation de leur personnel à cet égard. La DSP a de plus travaillé à l'adaptation du programme aux communautés ethniques, en adaptant ses outils et en offrant du soutien aux CLSC pour la discussion de cas (2 CLSC s'en sont

²⁴⁷ Pour illustrer, les données de 1997-1998 de J.-O.-Roussin indiquent que 21 des 29 mères suivies en pré ont participé au suivi postnatal alors que seules 2 des 10 mères du groupe contrôle n'ayant eu que les suppléments alimentaires en pré y ont participé (Table intersectorielle, Rapport d'activités, 1997-1998).

prévalués); puis, en confiant à un groupe de travail (DSP, 4 CLSC pluriethniques de la région, chercheurs de l'Université de Montréal –sans représentation communautaire–) le mandat de documenter les conditions spécifiques aux familles immigrantes en période prénatale (E29).

2.2 *Le volet postnatal communautaire*

Le déploiement de ce volet s'est fait par la consolidation et le développement des activités des organismes, leur permettant de réaliser ce qu'ils anticipaient. Le principal gain est du côté d'un nombre accru de familles rejointes et de services offerts (E30). Mais la précarité persistante des organismes communautaires, qui ne fut pas corrigée avec le seul budget des priorités, fait que les services ne suffisent généralement pas à la demande croissante et que les organismes ne peuvent assurer partout leur continuité. Une interruption des services a évidemment un impact sur leur qualité mais aussi sur la participation, exigeant une reprise de la promotion et du recrutement. Vu ces conditions de précarité, les activités / services sont de façon quasi permanente réalisés dans des organismes en voie de consolidation, plutôt que de bénéficier de la maturité et de la stabilité d'un organisme ayant atteint sa vitesse de croisière (E31).

Chez les organismes communautaires, les activités de démarchage ont aussi été soutenues. Les stratégies sont essentiellement communautaires, fête de la famille, fêtes de quartier, animation dans les ruelles et les parcs, outils d'information et de promotion des organismes. Le contexte de la fête semble être un bon moyen de rassembler les familles et de rejoindre plus tôt celles visées sans être une démarche ciblée vers elles. La clé semble être la relation de confiance établie entre la femme et l'intervenante et à bâtir envers un organisme (le connaître, le démystifier). Cette confiance sera favorisée si une femme est référée par une personne significative de son réseau ayant déjà fréquenté l'organisme ou le service (E27). En milieu communautaire, la participation continue des familles est aussi une difficulté. Pour réduire la méfiance et endiguer les obstacles à la participation des familles les plus appauvries, les organismes développent diverses solutions. Pour assurer la continuité et encourager les familles à avoir recours à d'autres ressources du milieu, en certains territoires, des organismes ont commencé de faire des échanges de ressources (ex : échange d'intervenante). Des intervenants tentent d'accroître l'accessibilité par l'organisation de transport ou de points de services; ou d'accroître l'accessibilité économique en réduisant le coût des services, par exemple cette cuisine collective de purée de bébé qui a rendu la contribution volontaire plutôt qu'obligatoire pour compenser le prix des aliments. Des rapports d'activités d'organismes montrent à cet égard un accroissement de leur clientèle qui fréquente sans

frais les services depuis leur implication dans *NG*²⁴⁸. En d'autres territoires, les organismes se concertent pour lever divers obstacles, telle cette cuisine collective qui s'associe les services de la halte-garderie, puis du service de transport nouvellement mis en place (*E28*).

La gamme des activités / services offerts par les organismes d'accompagnement comprend du soutien aux parents (aide individuelle, visite à domicile, halte-garderie, répit, formation, orientation, référence, accompagnement dans leurs démarches et vers les ressources, groupes d'entraide); des activités de développement de l'enfant (stimulation, soins corporels, loisirs); du soutien aux conditions de vie (dépannage -vêtements, meubles, aliments-; sécurité alimentaire - cuisine collective, notamment de purée pour bébé-; transport) (*DSP, Bilan des activités 1996-1997*, p. 17). Les activités de ces organismes diffèrent en fait peu de celles des autres organismes familiaux des territoires, qui sont intégrées dans les plans d'action intersectorielle. Leur rôle particulier est l'accompagnement personnalisé des femmes ayant bénéficié du suivi en CLSC.

Dans le cadre de l'année administrative 1995-1996, la plupart des comités promoteurs et regroupements intersectoriels, en même temps qu'ils se constituaient, ont identifié des besoins prioritaires et réalisé un premier plan d'action. Une mesure d'exception au cadre administratif²⁴⁹ a permis le report en 1996-1997 des sommes non engagées en 1995-1996 (soit 73% des sommes) et maintenu la pertinence des plans d'action 1995-1996. En 1996-1997, les sept regroupements intersectoriels en place ont produit leur plan d'action. Dans les 3 autres territoires (Pierrefonds, Verdun, Côte-St-Paul), des actions ont été réalisées en collaboration avec des organismes communautaires membres des comités promoteurs (*E32*).

Une lecture de la concordance des plans d'action intersectorielle avec le modèle écologique de référence montre que les stratégies de renforcement du potentiel des personnes et de renforcement du milieu occupent la plus large part alors que la stratégie d'influence n'a donné lieu qu'à quelques activités ponctuelles. Trois types de projets ont été surtout consolidés ou développés : 1°) le soutien aux parents où le répit occupe une large place (sur 8 territoires), dénotant l'ampleur du stress que vivent les parents en situation d'extrême pauvreté et par surcroît, souvent en situation monoparentale; 2°) la stimulation du développement des enfants (dans 8 territoires) : activités de stimulation précoce, salles de motricité, services de location de jouets; 3°) le soutien aux conditions de vie où les services liés à l'alimentation sont les plus répandus (cuisines collectives,

²⁴⁸ Par exemple, au Carrefour des Pitchou, implanté depuis 1982 sur le territoire de J.-O.-Roussin, la clientèle qui fréquente les services sans frais est passée de 28% à 44%, de 1996-1997 à 1997-1998 (Carrefour des Pitchou, Rapport d'activités 1997-1998).

²⁴⁹ Selon une directive du MSSS, toute somme non encore engagée au terme de l'année financière doit être retournée.

dépannage, groupes d'achat) (5 territoires), témoignant de l'importance qu'accordent les parents au fait de réussir à bien nourrir leurs enfants, mais aussi de la part restreinte du budget dévolue à l'alimentation, à peu près le seul poste compressible du budget des ménages. Suivent, des services de transport (3 territoires), de prêts d'équipement, d'aide à l'entretien ménager, d'économie domestique (budget, couture, cuisine), d'accompagnement et d'information sur le logement, et la mise sur pied d'un fonds de dépannage pour les familles (1 territoire). On notera que les cibles rejointes sont les familles (encore peu les pères) et les ressources du milieu. Aucun projet ne s'adresse au renforcement des réseaux immédiats dans le soutien aux familles et c'est là une préoccupation inscrite à l'agenda de 1997-1998 (E33).

Il est difficile d'établir, à l'instar des CLSC, dans quelle mesure les organismes communautaires rejoignent la population cible du programme. Il n'est pas de coutume dans leur pratique de tenir dans leurs registres des données socio-démographiques tels le revenu ou la scolarité de leurs participants; aussi, les collaborations entre CLSC et organismes communautaires ne sont pas suffisamment formelles pour établir si les femmes reçues par ces derniers ont participé au suivi en CLSC. Cependant, bien que la majorité des familles rejointes par les organismes communautaires soient pauvres sans l'être nécessairement de façon chronique, ces organismes estiment atteindre en plus grand nombre des femmes qu'ils rejoignaient peu avant de s'engager dans NG²⁵⁰. Les efforts d'adaptation de leur pratique à la réalité de ces familles en témoignent (E26).

Quant à la stratégie d'influence, on admet que bien peu fut fait pour l'actualiser, localement ou au niveau de la DSP. Un territoire a réalisé des activités de sensibilisation du public à la réalité des familles pauvres (conférence de presse sur le nouveau regroupement famille) et deux territoires ont participé à la marche *Du pain et des roses* de juin 1995. Le volet d'influence est considéré par les acteurs encore comme un défi. Les regroupements intersectoriels, soutient-on, sont essentiellement composés d'organismes de services et peu de liens ont été développés avec des organismes de lutte à la pauvreté et de défense des droits. Ces groupes ont des façons fort différentes de poser les problèmes et les solutions et d'intervenir. En conséquence, les arrimages envisagés demandent encore réflexion (DSP, Bilan des activités 1996-1997, p.44) (E34).

²⁵⁰ Dans J.-O.-Roussin, où les zones de pauvreté côtoient des zones de classe moyenne, les données d'un organisme d'accompagnement montrent de 1995 à 1998 un appauvrissement marqué de leur clientèle : de 27% à 37% de famille monoparentale ; de 38% à 49% de femmes < 30 ans ; de 26% à 39% sans un 5^e secondaire ; de 34% à 47% bénéficiaire de l'aide sociale ; de 26% à 42% en situation d'extrême pauvreté, selon les barèmes de Statistiques Canada (Le Carrefour des Pitchou. Rapports 1995-1996 et 1997-1998).

CHAPITRE XXVI
L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ :
LES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION ET DE LA PLANIFICATION RÉVISÉE

L'évaluation participative (Boyer & Parisien, 1998) a été menée en conformité avec le devis, en mettant à profit les structures et les outils existants. Une proposition de fonctionnement a été débattue localement au sein des comités promoteurs (janvier – février 1997) et les éléments qui faisaient consensus ont été introduits dans la démarche. Tous les territoires ont accepté de participer, y voyant une occasion d'échanges locaux et entre territoires et vu son caractère incontournable dans le contexte de renouvellement des subventions. Il a été convenu d'utiliser les indicateurs proposés dans les *Outils de mise en œuvre* (voir l'encadré 2) et les bilans annuels d'activités prévus aux contrats liant les partenaires à la DSP à titre de spécification du programme et d'évaluation de l'implantation. Les bilans locaux d'activités, où l'accent fut mis sur l'intégration des trois volets du programme, ont été discutés aux comités promoteurs (mai-juin 1997). Quant à l'évaluation de la vraisemblance, réalisée en inter-territoire, elle a donné lieu d'abord à une consultation des acteurs locaux en vue du choix des questions et des personnes-ressources, suivie d'une journée d'échange sur les quatre questions retenues, devant conduire à des recommandations (7 novembre 1997). Les sujets examinés sont ceux du partenariat, de la place de la protection de l'enfance et de la jeunesse, de la place des parents et de la stratégie d'influence. Puis les recommandations ont été discutées au palier régional à la Table des coordonnatrices et localement aux comités promoteurs (novembre-décembre 1997). L'évaluation participative aura été une opportunité d'entrée sur la scène régionale pour les acteurs locaux et une occasion d'entrée en scène d'acteurs d'influence sur le programme (E35).

Le retour critique sur le programme a été complété par l'évaluation de la planification générale des quatre priorités (février 1998) réalisée par les planificateurs et qui a consacré une part des discussions au programme-cadre (Bilodeau et al., 1998, chapitre 7). Puis l'effet d'entraînement a été documenté à l'aide de deux entrevues complémentaires réalisées, fin mai 1999, avec des responsables du programme à la DSP.

1 LA SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION

1.1 Accroître les bienfaits d'un programme-cadre tout en réduisant ses méfaits

Dans un contexte d'action en partenariat, comment favoriser la vraisemblance d'intervention d'un programme-cadre sans trop perdre des conditions essentielles à sa vraisemblance d'implantation?

Comment proposer un cadre d'intervention qui soit susceptible de conduire aux résultats escomptés et à la fois favoriser sa mise en œuvre, de telle sorte à atteindre ces résultats?

Les acteurs reconnaissent la vraisemblance d'intervention du programme. L'appui sur le modèle écologique et l'adoption d'une perspective d'*empowerment* en font un cadre de référence innovateur (E36). Ils reconnaissent aussi la valeur de certaines dimensions des structures et processus prévus pour son implantation : ils soulignent le rôle mobilisateur qu'ont joué ses promoteurs dans les milieux en faveur du développement du secteur enfance-famille et leur rôle de catalyseur en faveur de l'action concrète (E37); ils en contestent la rigidité et le manque de latitude laissée à la décision locale. Essentiellement, la latitude sollicitée par les acteurs se situent à deux niveaux : celui des structures et sous un aspect particulier du processus, celui du cadre administratif.

Au plan des structures, l'uniformité des arrangements inter-organisationnels témoigne du peu d'autonomie et d'une perte de pouvoir au palier local. La structure-cadre, qui pouvait paraître cohérente et prometteuse en elle-même, s'est avérée contre performante lorsque confrontée au contexte historique et contingent des communautés locales, entraînant des conflits répétés et contribuant à amplifier, par certains de ses aspects, les rapports inégalitaires préjudiciables aux collaborations entre institutions et organismes communautaires. De sorte que l'on convient, au terme de l'évaluation, que cette structure « *comportait des embûches à la saine collaboration des acteurs* » et qu'elle doit non seulement être clarifiée mais modifiée (Boyer & Parisien, 1998, pp. 28, 69) (E38). Plutôt, les acteurs locaux proposent de concevoir le programme-cadre comme un outil qu'il est plus facile d'utiliser lorsque précédé d'une mobilisation du milieu autour de ses objectifs, permettant de faire émerger le leadership local et les acteurs intéressés à s'impliquer, et de trouver les arrangements les mieux adaptés. « *Cela permettrait... de construire le programme plutôt que de le greffer, de l'implanter* » (Boyer & Parisien, 1998, p. 71). À titre d'exemple, plutôt que d'être confrontés à la prédétermination du rôle et de l'appartenance organisationnelle du travailleur de milieu, les acteurs locaux auraient souhaité la latitude de convenir, au sein de leurs instances, de quel acteur assumerait le leadership de l'implantation du programme.

Eu égard au processus, un point névralgique de l'adaptabilité désirée est celui des règles administratives qui lui imposent son rythme et son cadre de fonctionnement, règles qui relèvent de la Régie, voire du ministère même, et qui sont largement définies en fonction du réseau institutionnel de soins. La logique technocratique qui y prédomine est peu compatible avec la logique partenariale de la prévention, où s'imposent différents modes d'action négociée, vu la

configuration inter-organisationnelle des acteurs²⁵¹. On reproche à ces règles administratives un mode de financement (annuel non récurrent et insuffisant) des organismes communautaires qui ne favorise pas leur stabilité pourtant essentielle au développement de l'action en partenariat; des échéanciers qui ne respectent pas le travail de concertation requis pour la préparation des plans d'action intersectorielle; des délais pour le versement des subventions, combinés au calendrier administratif pour l'engagement des fonds et la reddition des comptes, qui ne laissent pas suffisamment de temps à la réalisation de l'action²⁵². Les formules en vue de l'adaptation de ce cadre administratif au contexte de la prévention-promotion et au milieu communautaire, dans les Régies, restent aux yeux des planificateurs de la DSP encore à inventer (E39).

Mais quels moyens de soutien et de contrôle sont nécessaires à la DSP pour l'exercice de ce leadership que l'on reconnaît avoir fait progresser les milieux? Les acteurs de la planification s'entendent pour dire que l'utilité des programmes-cadre, dans des champs d'action où les connaissances théoriques et pratiques existent, est de servir de repère à l'action locale, alors que l'on sait l'importance de la cohérence et de la synergie de stratégies multiples (souvent réalisées par plusieurs acteurs) pour l'atteinte de résultats, et de permettre aux acteurs de sortir de l'immédiateté de l'action pour planifier des stratégies préventives à plus long terme. Les planificateurs concèdent que les programmes-cadre développés dans le présent exercice de planification constituent des propositions théoriques, certes globales et cohérentes, mais limitées par l'absence d'une information systématique sur les ressources et les pratiques existantes, de telle sorte à déterminer des objectifs intermédiaires en vertu de l'atteinte d'un but (E40).

Pour qu'ils soient pleinement utiles, les programmes-cadre doivent emprunter la voie de l'adaptation aux contextes locaux et de la reconnaissance des pratiques existantes; ils doivent être accompagnés d'un soutien à la planification et à l'évaluation, selon les besoins des acteurs, de sorte à améliorer leur capacité d'action. L'évaluation faite par les planificateurs va dans le sens d'une amélioration continue et mutuelle du programme-cadre et des plans d'action locaux. Selon cette conception, les planificateurs et chercheurs peuvent s'inscrire dans un rapport de pouvoir mieux équilibré avec les praticiens locaux. Dans un contexte d'action intersectorielle, le rôle

²⁵¹ Globalement, le calendrier de la reconfiguration du réseau était mal adapté à l'action en prévention-promotion. Sur le plan triennal, de 1 à 1½ année a été consacrée à la planification structurelle, ce qui laissa au mieux 2 ans pour mettre en œuvre des actions devant montrer des résultats.

²⁵² Annuellement, les organismes communautaires sont informés du renouvellement de leur subvention en fin d'avril (ou après), alors qu'on leur demande d'utiliser l'entièreté des fonds avant le 31 mars suivant. Outre cette contrainte générale, il faut voir que la mise en place de ressources communautaires a requis en plusieurs territoires des étapes essentielles et difficilement compressibles avant d'engager les fonds dans des services directs à la population, tels l'obtention de locaux municipaux ou communautaires (négociation d'ententes), l'aménagement physique des lieux (ex: pour correspondre aux normes de sécurité), la formation, l'aménagement de points de services, la résolution des problèmes de transport, etc....

d'agent de changement n'est possible que par l'exercice d'un leadership régional qui soit reconnu à la DSP par les autres acteurs du champ de la prévention – promotion, leadership que lui confère sa légitimité dans le rôle de planificateur régional; leadership qui prend également appui sur l'autorité que confère l'expertise. « *Et la voie la plus prometteuse de développement de cette expertise ... se situe du côté du développement de partenariats pour une coproduction des savoirs et des programmes* » (Bilodeau et al., p. 111).

1.2 *Préserver la spécificité et la capacité d'innovation de l'intervention communautaire*²⁵³

Le modèle d'action soumis à la discussion constitue une réponse structurée, appuyée sur les savoirs scientifiques et institutionnels, une réponse qui est le propre des institutions publiques de planification socio-sanitaire. Ce modèle d'action a été conçu dans un rapport de pouvoir institutionnel/communautaire tel que l'innovation communautaire n'a pas été sollicitée et donc en mesure de s'exprimer sous une forme organisée, voire de se développer. Devant la question centrale à résoudre, qui est pour l'essentiel de rejoindre et de favoriser l'engagement à long terme des jeunes familles les plus exclues dans des mesures de soutien et de prise en charge de sorte à prévenir un ensemble de problèmes, la réponse institutionnelle du suivi professionnel individuel, personnalisé et prolongé est transposée en milieu communautaire par la référence à un organisme communautaire d'accompagnement. Si l'innovation communautaire n'a pas, à proprement parler, inspiré cette formule, elle est d'autant plus indiquée que l'on se situe dans un champ d'action où aucune formule ne semble de manière probante passer le test de la réalité, tel qu'on l'évoquera en abordant la viabilité de la solution (E41).

L'évaluation participative constitue un premier lieu d'expression d'une certaine vision communautaire des solutions (E35). Si, tel qu'évoqué au regard de la solidité du modèle, la plupart des acteurs en reconnaissent la valeur, il s'en trouve pour émettre des doutes quant à l'efficacité d'une telle approche spécifique, isolée d'une approche plus globale en milieu de pauvreté. Des acteurs relèvent aussi un déterminant oublié du modèle, celui d'un lien d'appartenance à une communauté comme facteur d'insertion sociale, à mesure qu'ils observent la portée des activités festives comme moyen de développement de liens sociaux, en plus d'être un moyen de rassembler les familles, de les rejoindre, et de réduire leur isolement (Boyer & Parisien, 1998, p.44). Devant la préoccupation d'associer les familles à titre de partenaires du programme, le milieu communautaire rappelle qu'il est un lieu privilégié de cette participation. Si ces

²⁵³ Cette discussion doit être comprise dans le cadre de l'évolution des services sociaux et de santé où, depuis le rapport Brunet et avec la loi 120, la tendance est à un encadrement de l'action des CLSC et des organismes communautaires : définition des priorités et des stratégies d'action dans les politiques publiques (*Politique de la santé et du bien-être* (1992a), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1997), *Politique de périnatalité* (1993), etc...) et loi 120 (1991) qui encadre la contribution communautaire à ces politiques.

observations relèvent davantage d'une vision communautaire qu'institutionnelle, il demeure qu'une telle vision, organisée, qui puise aux fondements et aux acquis d'expérience de l'intervention communautaire, n'a point eu l'opportunité d'être développée.

1.3 *L'enrichissement du modèle par l'arrimage de la promotion - prévention et de la protection*

Témoignant de la confrontation du programme-cadre à la réalité, la question de la protection de l'enfance et de la jeunesse dans un contexte de promotion & prévention a été abordée à l'examen de la vraisemblance. La solidité du modèle d'action est ici regardée en référence aux pratiques des acteurs et à la notion de continuum de la promotion-prévention-protection²⁵⁴. L'intervention prolongée et proximale avec les familles rejointes confronte les intervenants à des situations potentielles d'abus et de négligence; et l'approche sélective de *NG* fait en sorte que le bassin de population rejoint comporte une part proportionnellement plus importante de familles à risque eu égard à la protection (repérables par des signes avant-coureurs), compte tenu du cumul des facteurs de stress auxquels elles sont soumises et du peu de ressources dont elles disposent. C'est envers ces familles que *NG* peut utilement effectuer un développement et coordonner ses actions avec les Centres jeunesse (CJ). Le bien-fondé d'un continuum (*NG*-CJ) tient au fait que la population à risque, dont celle prise en charge par les Centres jeunesse, requiert du soutien pour éviter le recours aux mesures de protection et la récidive; également pour assurer la transition entre les mesures de protection et de prévention.

Ainsi, pour prétendre à une approche globale, *NG* doit contribuer en amont du signalement à la protection des enfants, comprise dans le sens large d'environnement favorable à leur sécurité et leur développement. Les acteurs de *NG* trouvent pertinent un tel développement dans le sens d'un continuum promotion-prévention-protection. Ils soutiennent que leur action contribue déjà à cet objectif large de protection (*E42*). Mais l'appel à un développement vers le soutien aux populations à risques signifie de maintenir, voire de renforcer, les stratégies afin de rejoindre les plus exclus. Et puisque ces familles ont d'importants besoins, cela signifie de continuer de consacrer la plus large part des ressources, voire de l'accroître, pour une faible part de la population²⁵⁵. Si l'orientation du programme vers les familles en situation de pauvreté chronique obtient l'adhésion de principe des acteurs, elle ne fait pas l'unanimité au plan de ses conséquences,

²⁵⁴ Cette notion distingue, dans le champ de la prévention, des mesures **universelles** (destinées à toutes la population), **sélectives** (sur la base de conditions socio-démographiques et sanitaires) et **indiquées** (devant des signes qui permettent de dépister des cas problèmes); puis dans le champ du traitement, des mesures de protection et de réhabilitation destinées à la population **identifiée** (Chamberland, dans Boyer & Parisien, 1998).

²⁵⁵ L'estimé des acteurs est que la clientèle de *NG* potentiellement partagée avec les CJ représente 20% des familles et accapare 75% de l'effort.

surtout chez les acteurs communautaires mais aussi en CLSC, puisqu'elle tend, à cause des ressources qu'elle draine, à écarter des familles qui, sans cumuler autant de déficits, vivent en situation de pauvreté, ont des besoins et ont droit à des services. Dans un **contexte de ressources limitées**, plutôt que d'être complémentaires, les mesures indiquées viennent concurrencer les mesures sélectives et ces dernières, plus elles sont restrictives, se trouvent à précariser et à accroître les risques chez des familles qui seraient autrement admissibles. De telle sorte qu'en pratique la prévention diminue au profit de la protection (E43).

Dans ce contexte, l'amorce ou la poursuite d'échanges, de collaborations, avec les Centres jeunesse apparaît aux acteurs de NG être une nécessité (E42). Un effort de coordination des actions aux paliers local et régional se trouve inscrit aux recommandations de l'évaluation de vraisemblance, en même temps que la poursuite des actions de prévention et la « *consolidation, dans chaque territoire, du réseau de protection, de soutien formel et informel, particulièrement en matière d'alternative au placement* » (Boyer & Parisien, 1998, p. 75). De façon concomitante, le double virage vers le milieu et vers la prévention, déjà enclenché dans les Centres jeunesse, implique un ajustement avec les ressources et les pratiques préventives déjà en place et ajoute à l'à-propos de cet effort de coordination. D'ailleurs, en certains territoires un rapprochement avec les Centres jeunesse a déjà été amorcé. Mais la perspective d'une collaboration à bâtir avec les Centres jeunesse met en avant scène l'arrimage de cultures organisationnelles où les approches communautaire et socio-sanitaire contrastent avec l'approche socio-juridique de la protection pratiquée par ces derniers; de plus, elle place à nouveau les acteurs de la prévention devant le double rôle, contradictoire, de soutien et de contrôle alors que la relation de confiance avec les familles a été placée et se présente comme étant une clé de l'approche préventive du programme. Eu égard à la vraisemblance, reste à voir dans quelle mesure la communautarisation²⁵⁶ de la protection rendra moins intrusif, aux yeux des parents, l'exercice du contrôle et comment éviter qu'elle entraîne la méfiance des familles envers un ensemble plus large de ressources.

1.4 L'enrichissement du modèle par la concrétisation de la stratégie d'influence

Les acteurs s'entendent sur la pertinence d'accentuer la stratégie d'influence du programme. La question est plutôt de l'ordre du comment. Si on conçoit assez bien une stratégie d'influence menée par une coalition d'organismes communautaires militants et de syndicats, on conçoit plus difficilement qu'elle soit menée en intersectorialité, avec des acteurs institutionnels, voire des

²⁵⁶ Communautariser la protection signifie d'établir « *collectivement des liens de confiance entre les partenaires et avec les familles* », d'accroître l'accompagnement des familles et la référence entre les organismes. Et de la sorte, contribuer à « *enrichir les milieux de vie des familles vulnérables* » pour le bénéfice de l'enfant (Chamberland, dans Boyer & Parisien, 1998).

commerçants ou des députés. De plus, en CLSC, il n'y a pas partout un processus clair de prise de position publique²⁵⁷, bien qu'il apparaisse aux directions, à la lumière des quelques tentatives faites de mise en œuvre, qu'elles doivent se doter d'une telle position (E52). De leur côté, les acteurs communautaires interrogent en premier lieu la DSP, mais aussi les CLSC, sur leur mobilisation envers cette stratégie (E35). Par ailleurs, si peu de précédents viennent alimenter la réflexion des établissements publics, il en va de même des acteurs communautaires engagés dans NG (surtout des organismes de services) qui ont aussi peu d'action militante à leur actif.

La voie d'action retenue passe d'abord par une réflexion, en s'associant les personnes les plus pauvres, qui permette une prise de conscience de leur situation et qui permette, par l'analyse, de soutenir la prise de parole. Puis elle passe par la concertation et les alliances, aux paliers local et régional, voire avec des instances nationales, pour « *développer des stratégies d'influence visant les décideurs mais aussi ... visant à prendre le contrôle des marges de manœuvre qui existent* » (Boyer et al., 1998, p.65). Les attentes des acteurs locaux envers la DSP, que l'on voit dans le rôle de celui qui met sur la place publique les liens entre pauvreté et santé, ont été à cet égard nettement exprimées (E44). Autant, sinon plus encore ici qu'en d'autres stratégies, la spécificité de l'action institutionnelle et communautaire est-elle marquée, chacun puisant à son énoncé de mission, là où il est légitimé d'agir, l'orientation de son action et ses cibles. Les rares expériences de prise de position publique conjointe relatées par les acteurs montrent qu'elles se déploient en mettant l'accent sur cette capacité des différents acteurs, corporations professionnelles, coalitions communautaires, institutions, à développer leur argumentaire propre, les destinataires et les moyens de le communiquer, en vertu de leur expertise et de leur légitimité sociale.

2 L'ANCRAGE DU MODÈLE D'ACTION

Certaines des conditions devant favoriser l'ancrage du modèle d'action dans le contexte sont assurées : la reconnaissance de sa pertinence par les acteurs locaux; la définition locale des plans d'action à partir du portrait des besoins et des ressources (E45). Pour être complètement satisfait, l'ancrage du modèle d'action devrait pouvoir s'appuyer non seulement sur les acteurs organisationnels mais aussi sur la concrétisation du partenariat avec les familles.

²⁵⁷ Par exemple, au CLSC Des-Faubourgs, la politique est à l'effet que seuls la directrice générale et le président du Conseil d'administration peuvent prendre publiquement position au nom du CLSC.

L'expérience de référence proposée aux acteurs est celle, ontarienne, de *Better beginning... better future* (Sauvé, dans Boyer & Parisien, 1998). Là, dix principes guident le programme, dont une composition paritaire de parents et de représentants d'organismes au sein des comités de coordination. L'approche communautaire mise de l'avant est celle où, « *de la conception jusqu'à la mise en œuvre et à la gestion..., les familles participent et ressentent un sentiment d'appartenance à tous les niveaux* » (p.10); et où les bénévoles sont considérés au même titre que le personnel rémunéré²⁵⁸. La mobilisation et la participation des parents est un processus à long terme qui, dans leur cas, n'a pu être atteint avant un minimum de quatre années. Et la poursuite de cet objectif requiert des moyens, *Better beginning* consacrant le quart de son budget annuel à la formation, aux services de garde et en soutien à l'action bénévole.

Or, comment faire des familles de véritables partenaires dans *NG* ? Il est clair aux yeux des acteurs qu'une telle association des familles implique de modifier substantiellement les pratiques de concertation et d'intervention (par exemple, pour arriver à des discussions de cas impliquant les familles), à la fois dans les organismes institutionnels et communautaires, comme ont dû le faire les agences communautaires dans *Better beginning*. Mais d'abord, une telle association requiert un changement fondamental de philosophie d'action alors que de nombreux acteurs mettent en doute la capacité des familles à avoir un point de vue valable sur la position du problème et des solutions. Un tel objectif apparaît de plus incompatible avec l'atteinte de résultats à court terme et s'inscrit, pour certains acteurs, non pas à l'échelle d'un programme, mais à l'échelle d'un quartier. Les acteurs s'entendent donc pour recommander d'abord de réfléchir aux changements qu'implique une telle philosophie d'action, notamment la reconnaissance des organismes communautaires comme lieu privilégié d'engagement et de participation à la solidarité sociale, tout en voyant à la mise en place des conditions favorables (formation, gardiennage, etc...). Dans cette voie, plusieurs territoires ont réservé une partie du budget 1998-1999 de l'action intersectorielle pour favoriser cette participation des familles. Un travail est aussi amorcé pour l'implication des femmes rejointes dans la réalisation d'activités (*E46*).

3 LA VIABILITÉ DE LA SOLUTION

Malgré le jeune âge du programme qui fait qu'encore peu de résultats permettent de discuter de sa viabilité, les données à ce jour montrent qu'il marque des points mais que des zones demeurent problématiques.

²⁵⁸ Différents signes de cette considération sont mentionnés: accès des bénévoles aux ordinateurs, aux dossiers, au secrétariat, aux conseils de l'équipe, aux matériaux et à l'équipement incluant les bureaux, à la formation, aux rencontres sociales, au même titre que les salariés (p.11).

Le résultat positif du recrutement vient appuyer la viabilité du modèle d'action qui soutient que les femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté, dont les statistiques témoignent de l'existence et qui ne sont généralement pas rejointes par les services publics et difficilement aussi par les organismes communautaires, finissent par l'être en déployant des stratégies spécifiquement destinées à cette fin (E47). Ainsi, le programme réussit à rejoindre de façon continue, par le suivi prénatal, au moins la moitié des femmes enceintes en situation chronique de pauvreté dans les territoires participants. En postnatal, si la participation des familles est plus irrégulière et connaît des difficultés d'intégration, grâce aux efforts d'adaptation des organismes, les intervenantes observent une présence accrue de familles plus pauvres parmi leurs participants (E48). En contrepartie, la cible restreinte du programme fait qu'en CLSC des demandes de services de la part de femmes qui, sans répondre à tous les critères d'admission ne présentent pas moins des besoins requérant une intervention, ne peuvent être répondus. Le même impact s'observe dans les organismes communautaires (E43).

Les principales retombées du programme pour les milieux se situent dans l'augmentation de la densité et de la qualité des ressources de soutien. Et le plan de ré-allocation de la Régie viendra régler, du moins en partie, le problème de grande précarité des organismes. Pour les familles, les retombées sont celles d'une plus grande socialisation des enfants, d'une amélioration des compétences des parents et d'un pas vers leur intégration sociale (bénévolat, développement de réseaux, participation aux organismes communautaires) (E49).

Mais en deçà de la participation et de ses retombées, l'enjeu fondamental de la viabilité du programme est celui de la reconstruction de la zone de confiance et de sécurité dans le rapport entre les plus exclus et la société, ses institutions, ses organismes. La relation de confiance entre une intervenante et une famille doit se prolonger dans l'appivoisement des autres organismes auxquels elle est référée et l'instauration de ce rapport sera d'autant plus névralgique si la femme a connu des expériences difficiles avec d'autres services ou ressources et que persiste la crainte de se voir enlever ses enfants. À ce chapitre, des indications montrent quelques gains, notamment la continuité du suivi postnatal favorisée par le suivi prénatal; aussi, les diverses activités organisées dans les quartiers afin de faire connaître le programme (les CLSC, les organismes communautaires, les services et les intervenantes) permettent de rejoindre, mais mieux, d'établir et de maintenir une relation de confiance avec les familles. En témoigne le haut taux de recrutement par le bouche à oreille au sein des réseaux familiaux et d'ami(e)s (E50).

4 L'EFFET D'ENTRAÎNEMENT

4.1 Un effet d'entraînement inusité auprès du milieu institutionnel

L'effet d'entraînement le plus inusité observé est celui découlant des recommandations de l'évaluation participative, au chapitre de la stratégie d'influence, depuis l'équipe de NG à la DSP, jusqu'à sa propre direction et aux directions des CLSC.

L'évaluation de la vraisemblance, on le soulignait, a été l'occasion de l'entrée en scène d'acteurs d'influence sur le programme. La réflexion sur la participation des familles alimentée par l'expérience ontarienne de *Better beginning... better future* (Sauvé, dans Boyer & Parisien, 1998), combinée à la réflexion sur la stratégie d'influence soutenue par une intervenante du *Carrefour de pastorale en monde ouvrier* (Labrie, dans Boyer & Parisien, 1998) fort impliquée alors dans la révision de la réforme de l'aide sociale et dans l'approche avec les exclus, ont conduit à l'adoption d'une recommandation de développement d'une stratégie d'influence intersectorielle avec les familles. À la suite, à nouveau interpellée par les milieux pour soutenir la mise en œuvre de cette recommandation, la DSP re-sollicita la personne-ressource du *Carrefour de pastorale en monde ouvrier* (E35). Puisque de façon concomitante celle-ci travaillait à une campagne pour l'adoption d'une loi-cadre sur l'élimination de la pauvreté²⁵⁹, elle proposa à la DSP une trousse d'animation qui fut ramenée au groupe des travailleurs de milieu. Cette campagne s'est alors présentée aux acteurs comme une opportunité de réaliser quelque chose à ce chapitre, d'autant que la dimension de la participation des familles y était déjà présente, doublant aux yeux de l'équipe de NG à la DSP la pertinence de s'y intéresser.

²⁵⁹ En octobre 1997, en pleine réforme de la sécurité du revenu, le *Carrefour de pastorale en monde ouvrier* (de Québec) lançait, comme base d'un débat public sur le pacte social et fiscal et sur l'avenir des politiques de lutte à la pauvreté au Québec, une proposition de projet de loi sur l'élimination de la pauvreté. Celle-ci était le fruit de 2 ans d'implication du *Carrefour* sur le dossier de l'aide sociale, formellement au Comité externe de réforme de la sécurité du revenu (loi 186), puis dans le milieu. La proposition reprend le vocabulaire de la Décennie de l'élimination de la pauvreté décrétée par l'ONU au Sommet de Copenhague en 1995. Elle s'inscrit au Québec dans un mouvement qui, depuis la Marche des femmes de 1995, s'agrandit autour de l'idée que l'on peut agir sur la pauvreté et conduit à réclamer au Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996 une clause d'appauvrissement zéro du 1/5 le plus pauvre de la population. En 1997, dans cette foulée et pour concrétiser l'idée apparue de passer de l'appauvrissement zéro à la pauvreté zéro, le *Carrefour* lançait l'idée d'un projet de loi sur l'élimination de la pauvreté.

À l'hiver 1998, un *Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté* était formé (ATD Quart-Monde, le Carrefour de pastorale en monde ouvrier, la CEQ, le Centre de pastorale en milieu ouvrier, la CSN, la Conférence religieuse canadienne –section Québec, la Fédération des femmes du Québec, le Front commun des personnes assistées sociales du Québec, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, le Syndicat de la fonction publique du Québec). Le réseau mobilisé au 30 mai 1999 compte une vingtaine de groupes ou de collectifs de travail et des liens établis par des relayeurs (50) avec des réseaux d'appartenance. La stratégie du *Collectif* comporte une pétition qui sera déposée en appui au projet de loi; à l'hiver 1999, un appel d'appuis auprès des organisations; la contribution des milieux à l'élaboration du projet de loi, partant d'une première version comptant 52 articles; une adoption collective entre le 30 juin et le 31 décembre 1999 et le dépôt du projet de loi à l'Assemblée nationale du Québec à compter de janvier 2000. Au 30 mai 1999, 4 000 trousseaux d'animation ont été distribués de main à main et la campagne auprès des organismes a apporté l'appui de plus de 150 organismes : des groupes populaires et communautaires, des centres de femmes, des paroisses, un CLSC, une commission scolaire. Par la conscience d'un même problème, ce mouvement est en voie de faire le pont entre deux mondes : ceux des institutions et des milieux militants (Vivian Labrie, Allocution prononcée lors de la demi-journée de sensibilisation au *Projet de loi pour l'élimination de la pauvreté*. Direction de la santé publique, 28 mai 1999; documents du *Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté*).

Pour définir son action eu égard à la stratégie d'influence, la DSP prend appui sur son énoncé de mission qui comporte l'information de la population sur son état de santé et de bien-être, sur les facteurs de risques et les solutions jugées efficaces. « *L'on peut poser beaucoup de gestes en autant qu'ils demeurent dans une zone pour laquelle on nous reconnaît une compétence ... Il y a une zone de légitimité dans la quelle nous pouvons nous permettre d'être des agents de changement* », soutenait le Directeur de la santé publique à la Table des coordonnatrices (26 juin 1998). Il faisait notamment référence au *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé* (DSP, 1998), largement médiatisé, où la DSP en appelle à la mobilisation des acteurs sociaux (publics, privés, communautaires) et des décideurs et à la solidarité sociale. Un premier effort salué par les CLSC engagés dans *NG*. Dans le mouvement entourant le projet de loi sur l'élimination de la pauvreté, la DSP tenait une demi-journée d'échanges (mai 1999) où elle conclut d'enrichir les articles du projet de loi qui portent sur le rapport entre pauvreté et santé, et d'y ajouter les articles pertinents, dans le cadre de la consultation que mène le *Collectif* en vue de construire ce projet de loi. Sur la base de ces informations, la DSP décidera quelle prise de position publique s'avérera la mieux appropriée.

Dans ce mouvement autour du projet de loi, les instances intersectorielles des 8 territoires, de même que les CLSC, ont été sollicités pour donner leur appui. Les tables ont tenu des rencontres sur la question et établi des liens avec des tables locales de lutte à la pauvreté (*E51*). En date du 30 mai 1999, 3 CLSC engagés dans *NG* avaient inscrit ce point à leur conseil d'administration et un avait donné son appui, tout comme un autre CLSC de la région de Montréal. Puis un CLSC a inscrit ce projet de loi à l'ordre du jour du conseil d'administration du Regroupement des CLSC du Montréal métropolitain, de sorte à sensibiliser les directeurs aux demandes d'appui qui leur parviendront et à leur faire connaître la position d'appui adoptée par certains CLSC.

Le fait, pour les établissements publics, de devoir prendre position devant les déterminants lourds de la santé et du bien-être et les politiques sociales figure comme un effet d'entraînement du programme et est en soi un indicateur de sa qualité, lui qui, en ayant inscrit la stratégie d'influence parmi ses moyens, fait figure d'innovation sociale dans le champ des programmes publics (*E52*).

4.2 L'effet d'entraînement auprès des acteurs intersectoriels locaux

La consolidation des collaborations entre CLSC et organismes communautaires était placée au centre de l'arrangement inter-organisationnel visé. À cet égard, le milieu communautaire a plusieurs fois déploré l'absence d'acteurs décisionnels des CLSC aux instances de concertation du programme (comité promoteur, table intersectorielle). Les discussions tenues sur cette question

lors de l'évaluation ont entraîné une implication des coordonnatrices et/ou chefs de programmes pour définir les modalités de leur collaboration avec les organismes communautaires et pour concrétiser l'engagement des CLSC dans le programme (ses trois volets). Dans leur suivi des recommandations de l'évaluation (compte rendu de la réunion de la Table des coordonnatrices, 26 juin 1998), particulièrement devant la mise en mouvement de la stratégie d'influence et les enjeux associés aux questions à l'ordre du jour des instances de concertation du programme, les coordonnatrices reconnaissent la nécessité que les CLSC y soient représentés par des acteurs en position d'autorité. C'est une question d'efficience des joueurs lorsque ceux-ci entrent en jeu. On reconnaît dans cet engagement un effet d'entraînement du programme auprès des directions de CLSC (E53).

Bien que l'effort de concertation ait été concentré sur les collaborations CLSC – organismes communautaires, sous l'impulsion de NG, la composition des tables de concertation enfance – famille s'est élargie pour associer partout les CLSC et en certains territoires, la police communautaire, le CTQ, la municipalité, les Centres à la petite enfance, les CDEC. Ce qui est en soi un effet de mobilisation du programme dans les milieux en faveur des enfants, même s'il ne se reflète pas à ce stade-ci dans les plans d'action (E55). L'engagement des acteurs intersectoriels fait en sorte qu'en certains territoires, ces concertations élargies sont devenues des leaders de l'action intersectorielle locale, qui mettent de l'avant des initiatives qui dépassent le secteur enfance-famille (ex : la tenue de forums locaux dans le cadre du Forum sur le développement social). Des acteurs voient là l'incubateur de solutions locales novatrices aux problèmes.

Reste l'effort de ralliement des médecins de cliniques privées qui n'a pas donné les résultats escomptés, ce qui est évidemment une faiblesse du programme puisque les médecins constituent un groupe d'acteurs incontournables, étant les professionnels de la santé en qui en premier lieu les femmes mettent leur confiance (Colin et al., 1991) (E54).

Tableau 13

MATRICE DE LA DYNAMIQUE PROCESSUS – RÉSULTAT DU PROJET NAÏTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

PARAMÈTRES ANTECÉDENTS		PARAMÈTRES DE RÉSULTAT	
Processus de structuration du programme		Qualité	
Planification stratégique et structurelle		Évaluation / planification révisée	
Sociogramme			
Problématisation/ intéressement	Controverses/ convergences	Arrangements inter-organisationnels	Force d'entraînement
<p>technocratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> programme-cadre fondé sur connaissances sc. et inst. <i>E1</i> structure & processus cadre prédéterminés <i>E7</i> <p>Intéressement par appel d'offres :</p> <ul style="list-style-type: none"> après des CLSC sur des critères socio-démographiques; après des OC dans des territoires prédéterminés <i>E2</i> <p>Contrôle institutionnel de la décision régionale <i>E5</i></p> <p>Moyens de soutien & contrôle de la DSP sur la mise en œuvre <i>E6</i></p> <p>Leadership de la DSP appuyé sur expertise et position de planificateur régional et de bailleur de fonds <i>E8</i></p>	<p>Convergences</p> <p>Appui CLSC + OC aux obj & stratégies du programme cadre <i>E3</i></p> <p>Appui des CLSC à la structure cadre <i>E4</i></p> <p>Controverses :</p> <p>Contrôle régional VS local des structures locales et des plans d'action locaux <i>E15a</i></p>	<p>Conformité des arrangements inter-organisationnels locaux au programme-cadre <i>E10</i></p> <p>Faible représentativité intersectorielle dans plans d'action / pas d'avancée sur association des familles <i>E11</i></p> <p>Structure cadre reflétant une conception institutionnelle de la continuité des services <i>E12</i></p> <p>Processus contraignant mais mobilisateur en faveur des familles et de l'action concrète <i>E13</i></p> <p>Rigidité structure cadre, ambiguïté des mandats génèrent des conflits <i>E14</i></p> <p>Positionnement du contrôle local en certains territoires <i>E15b</i></p> <p>Collaborations accrues entre CLSC et OC <i>E16</i></p> <ul style="list-style-type: none"> coll. + systématisées entre CLSC et OC acc <i>E17</i> <p>Reproduction du déséquilibre de pouvoir entre I et OC :</p> <ul style="list-style-type: none"> rôle des OC d'acc. en continuité de l'approche inst. <i>E18</i> contrôle institutionnel sur les plans d'action OC <i>E19</i> CLSC fiduciaires des fonds OC <i>E20</i> Sous-financement historique des OC <i>E21</i> symptômes : manque de confiance, sous-traitance appréhendée, tendance à la sectorisation <i>E22</i> <p>Au terme du plan triennal, financement et autonomie accrues des OC-famille dans un cadre négocié régionalement <i>E23</i></p> <p>Par l'évaluation participative :</p> <ul style="list-style-type: none"> entrée sur la scène régionale des acteurs locaux entrée en scène d'acteurs d'influence <i>E35</i> 	<p>Solidité/ ancrage viabilité</p> <p>Solidité du modèle d'action :</p> <p>Vraisemblance d'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) rôle mobilisateur de la DSP <i>E37</i> (-) structure contre performante qui requiert modifications <i>E38</i> (-) règles administratives mal adaptées à action en PP et en partenariat <i>E39</i> <p>Vraisemblance d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> (+) appui des acteurs aux fondements du prg (modèle écologique en promotion SBE + perspective empowerment) <i>E36</i> (-) peu de place à l'innovation communautaire <i>E41</i> (±) continuité de la contribution à protection + recommandation d'arrimage avec CJ <i>E42</i> (±) quelques acquis + recommandation de positionnement de la stratégie d'influence <i>E44</i> <p>Ancrage du modèle d'action :</p> <p>(±) Prg cadre : proposition théorique fondée mais non ancrée <i>E40</i></p> <ul style="list-style-type: none"> (+) plans d'action locaux selon état des ressources et besoins locaux <i>E45</i> (±) recommandation en vue d'une participation accrue des familles à la définition du programme <i>E46</i>

PARAMÈTRES ANTÉCÉDENTS		PARAMÈTRES DE RÉSULTAT	
Processus de structuration du programme		Qualité	
Planification stratégique et structurelle	Planification opérationnelle	Évaluation / planification révisée	
Technogramme		Solidité/ ancrage viabilité	
Développement du plan	Implantation du plan	Force d'entraînement	
<p>Stabilité du prog. cadre (prénatal) vu faisabilité E9</p> <p>NG protégé en CLSC E24</p> <p>Enrichissement du programme cadre (volet prénatal) E29</p> <p>Production de plans d'action intersectorielle locale E32</p>	<p>Atteinte de la pop. cible par CLSC et OC E26</p> <p>Bonne rétention en prénatal par CLSC E25</p> <p>Lien de confiance établi avec les familles, en CLSC et OC E27</p> <p>Difficultés de rétention en post en CLSC et OC /solutions novatrices E28</p> <p>Accroissement des services et des participants dans OC E30</p> <p>Discontinuité activités en OC + insuffisance pp demande, vu précarité E31</p> <p>Bon déploiement des stratégies de renforcement potentiel des personnes et des communautés E33</p> <p>Peu d'actualisation stratégie d'influence E34</p>	<p>Viabilité de la solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • (+) Viabilité du démarrage des CLSC et OC auprès des familles les + exclues E47 • (+) Efforts d'adaptation des OC pour intégration des + exclus E48 • (-) Accès réduit aux services en CLSC et OC pour les familles pauvres sans être GPE E43 • (+) Densité et qualité accrue du soutien aux familles; stabilité accrue (\$\$) des OC E49 • (+) Signes de reconstruction zone confiance avec les familles E50 	
<p>Légende : I : institution; OC : organisme communautaire; OC acc. : organisme communautaire d'accompagnement; MD : médecins; GPE : grande pauvreté et exclusion; NG : Naître égaux – Grandir en santé.</p>			

CHAPITRE XXVII LA CONSTRUCTION D'UNE EXPLICATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTION

L'appréciation de la qualité montre que la force du projet réside dans sa capacité à mobiliser les milieux dans l'optique de rejoindre les familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion. Ses faiblesses sont celles de la rigidité et de l'excès de contrôle, juxtaposés à un manque d'innovation dans la construction des rapports institutionnel – communautaire, de telle sorte à favoriser l'innovation communautaire. La matrice, présentée au tableau 13 des deux pages précédentes, rassemble selon la chronologie du projet, les éléments du processus de structuration de l'action et ses attributs de qualité. Trois propositions théoriques explicatives des attributs de qualité du projet nous semblent émerger. La figure 10 à la fin du chapitre illustre ces enchaînements de facteurs processus - résultats.

1 LE POSITIONNEMENT DES FAMILLES EN SITUATION DE GRANDE PAUVRETÉ ET D'EXCLUSION AU CENTRE DES ENJEUX PAR UN PROGRAMME-CADRE STRUCTURANT

Le bien-fondé du programme-cadre, de ses objectifs et stratégies mais aussi jusqu'à un certain point de sa structure, en vertu de la population à rejoindre, additionné au leadership exercé par la DSP vu sa position de planificateur régional et de bailleur de fonds, sont des facteurs qui ont favorisé l'adhésion des acteurs. Fort de ces atouts et avec le concours des CLSC, les arrangements inter-organisationnels mis en place dans tous les territoires font en sorte que les collaborations CLSC – organismes communautaires se resserrent autour du recrutement et du soutien à apporter aux familles visées. Ces conditions expliquent l'atteinte de la population cible du programme. Ce qui exige, on l'a vu, divers ajustements organisationnels et inter-organisationnels et des efforts d'adaptation. Sans compter le contre-effet présumé de fragilisation des familles qui se trouvent privées de services, vu cette concentration des efforts vers les plus pauvres.

La problématisation proposée dans *Naître égaux – Grandir en santé* soutenait qu'un tel effort systématique était nécessaire en vue de rejoindre ces familles. Or, les premiers résultats d'autres programmes déployés en milieu de pauvreté tendent à appuyer cette assertion. *1,2,3 Go!* (Centraide), qui privilégie une approche communautaire, ne parviendrait pas à ce jour à rejoindre les familles les plus exclues²⁶⁰. Du côté du *PACE* (Santé Canada), qui soutient des initiatives communautaires, 72% des familles rejointes dans les territoires à niveau de vulnérabilité élevée ont un revenu inférieur à 20 000\$; 62% sont bénéficiaires de l'aide sociale (ou de l'assurance emploi –seul 4% des familles); pour 16% des familles, les mères ont moins d'un 3^e secondaire.

²⁶⁰ Selon les premières données disponibles (source : Ginette Boyer, équipe *Naître égaux – Grandir en santé*, DSP, décembre 1999).

Aussi, bien qu'il n'y ait pas de données rendues disponibles sur l'âge des mères en fonction du niveau de vulnérabilité des territoires, les données pour l'ensemble des projets indiquent que 54% des mères rejointes par le *PACE* ont entre 25 et 34 ans (Consortium de chercheurs, 1998)²⁶¹. Partant de ces données, il ne semble pas que le *PACE*, qui rejoint en moyenne 45 familles en chacun de ces territoires, atteigne autant que *NG* les familles les plus vulnérables. En effet, en 8 territoires de CLSC de la région montréalaise, *NG* rejoint en moyenne 94 familles par territoire (données du suivi en CLSC répondant aux critères stricts de recrutement, Bilan des activités 1996-1997, p.8) qui présentent un profil de vulnérabilité plus grande : 92% vivent en situation d'extrême pauvreté, 43,5% n'ont pas complété un 3^e secondaire et 62% ont moins de 25 ans (Théoret et al., 1997). Les données à ce jour tendent donc à justifier la nécessité d'un effort systématique pour rejoindre les familles plus marginalisées.

L'expérience porte cependant à conclure, par les tensions découlant du rapport entre la structure-cadre et les réalités locales et aussi par le bilan qu'en font les acteurs mêmes de la planification, qu'une approche plus centrée sur le leadership et le soutien et moins sur le contrôle, aurait pu conduire aux mêmes résultats sans entraîner autant de perte (efforts improductifs de contrôle au centre et d'affirmation de son autonomie au palier local). Ce qui va dans le sens du constat plusieurs fois énoncé de la supériorité de l'approche participative sur l'approche technocratique dans des contextes de partenariat et d'intersectorialité (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986; Monnier, 1987; Guba & Lincoln, 1989; Lamoureux, 1994).

2 *UN RAPPORT INSTITUTIONNEL-COMMUNAUTAIRE DÉFAVORABLE À L'INNOVATION COMMUNAUTAIRE*

L'analyse montre que le programme prend place dans un contexte où les principaux acteurs (DSP, CLSC et organismes communautaires) sont placés dans un rapport social où le déséquilibre du pouvoir est tel qu'une des parties n'est pas en mesure de se positionner. Sans grande tradition militante et avec des moyens dérisoires (même la Régie l'affirme), les organismes familiaux se sont traditionnellement tenus à l'écart des instances de représentation communautaires de telle sorte que, projetés à l'avant-scène par la priorité Tout-petits, ils n'étaient pas en mesure d'assurer d'entrée de jeu, au palier régional, leur positionnement dans le programme. Ce déséquilibre initial a été reconduit

²⁶¹ L'évaluation du *PACE* au Québec porte sur 158 projets, rejoignant 5 874 familles, réalisés de 1995 à 1996 en 167 territoires classés selon un niveau de vulnérabilité de faible à élevé, en vertu d'un ensemble d'indicateurs socio-démographiques. Afin d'obtenir une base de comparaison montréalaise, nous avons retenu les données relatives aux projets réalisés dans les territoires à niveau élevé de vulnérabilité, puisque : 1^o) 29 des 41 territoires québécois classés à vulnérabilité élevée sont de la région de Montréal; 2^o) 29 des 35 territoires de la région de Montréal sont classés à un niveau élevé de vulnérabilité; 3^o) 34 des 37 projets montréalais ont été réalisés dans des territoires à niveau élevé de vulnérabilité ; et 4^o) 79% des 1878 familles rejointes par des projets réalisés en territoires de vulnérabilité élevée sont de la région de Montréal.

par la structure du programme et les moyens de soutien et de contrôle qui furent acceptés par les CLSC mais qui furent en quelque sorte présentés comme incontournables aux organismes communautaires et aux instances locales de concertation existantes; également par une structure-cadre qui incarne une conception institutionnelle de la continuité des services.

L'impact négatif de ce déséquilibre des pouvoirs sur la qualité du programme s'observe au moins à deux niveaux. D'abord au niveau d'une structure qui s'est avérée contre performante à l'usage, non seulement parce que trop rigide et mal adaptée dans certains contextes mais aussi parce que coûteuse en efforts de clarification, en dédoublement de tâches, voire en excès de soutien ou de contrôle. Puis au niveau du contenu, soit la production d'un programme-cadre à saveur technocratique et la définition du volet communautaire du programme en l'absence des acteurs communautaires, ce qui n'a pas permis une véritable confrontation des paradigmes d'action pourtant essentielle au renforcement du modèle d'action. À titre d'exemple, quelles solutions aurait mises de l'avant le milieu communautaire devant l'objectif de favoriser la prise en charge et l'insertion sociale des jeunes familles les plus exclues? Le modèle de *NG* s'avère certes une avenue mais sans doute pas la seule. C'est de cette innovation dont se prive le programme en prédéterminant une solution unique. Dans la mesure où le programme favorisera l'innovation communautaire au sein des instances locales de concertation, de la même façon qu'il a favorisé l'innovation institutionnelle, l'action intersectorielle et particulièrement le partenariat institutionnel – communautaire gagnera en pertinence comme stratégie en vue de résoudre des problèmes complexes.

Il faut considérer ici que si l'égalité formelle entre institutions et organismes communautaires n'existe pas, les établissements publics peuvent mettre en place les conditions susceptibles de créer un rapport moins inégalitaire avec leurs partenaires communautaires pour le bénéfice de la qualité de l'action. Il est clair que l'implication de la DSP, maître d'œuvre et bailleur de fonds du programme, comme partenaire local n'est pas de nature à équilibrer les pouvoirs des acteurs au sein des instances locales, alors qu'il est reconnu que le partenariat fonctionne mieux dans un contexte d'équilibre des pouvoirs (Gray, 1985). En contrepartie, favoriser l'interaction avec des regroupements d'organismes communautaires, au palier régional et au palier local, est un moyen de rééquilibrer le rapport de pouvoir. « *J'aime pas parler des rapports de force sauf que, quand on est plusieurs organismes en partenariat avec une institution c'est déjà beaucoup plus facile ... d'arrimer les actions* » soutient un intervenant communautaire (journée d'évaluation de la vraisemblance, 7 novembre 1997, réactions de la salle aux présentations des conférenciers).

Autres moyens de rééquilibrer les pouvoirs, la négociation régionale du cadre du partenariat, telle que pratiquée entre le RIOCM, puis le ROCFM, et la Régie pour la ré-allocation budgétaire prévue au plan de transformation du réseau. De tels cadres régionaux, bien qu'ils ne soient pas parfaits du point de vue de la reconnaissance et de l'autonomie que revendique le milieu communautaire, comportent néanmoins des balises utiles à la négociation locale. Ils permettent aux organismes communautaires locaux, même de petite taille ou de création récente, de s'inscrire dans le rapport de force régional, voire national, établi entre l'État et le milieu communautaire, où, notamment, leur identité et leur contribution sociale sont affirmées. Ils permettent aux acteurs locaux, institutionnels et communautaires, de prendre appui sur les ententes découlant de négociations régionales successives, voire sur les ententes qui régulent, historiquement, les rapports entre l'État et les organismes communautaires. Un autre moyen est bien sûr celui d'un financement suffisant et récurrent des organismes communautaires, de telle sorte à leur permettre de s'inscrire dans le processus à long terme de l'action en partenariat.

3 *L'ÉVOLUTION D'UNE APPROCHE DE PLANIFICATION TECHNOCRATIQUE VERS UNE APPROCHE PARTICIPATIVE*

NG, dans sa conception initiale, incarne les préceptes de l'approche technocratique de planification des programmes publics, répandue dans la culture institutionnelle de la santé publique québécoise des années 1980-1990, s'inspirant en cela des expériences états-uniennes. Cette approche, qui opère selon une logique de diffusion, conçoit l'implantation d'un programme comme une opération de définition d'un ensemble d'objectifs reflétant le programme et d'assignation de responsabilités et de critères de résultats aux unités organisationnelles chargées de sa mise en œuvre, accompagnée d'un système de monitoring et d'ajustement. Les écarts d'implantation sont alors compris comme un échec de planification ou de contrôle.

En concordance avec ces préceptes, la problématisation soumise aux acteurs se centre essentiellement sur un ensemble de produits à livrer, découlant du modèle d'action. Son caractère technocratique trouve sa forme achevée dans le cadre logique, détaillant pour chaque produit attendu un ensemble d'activités y conduisant (revoir l'encadré 2), ce cadre logique comprenant à la fois les éléments de la structure-cadre à implanter, les éléments du processus et les indicateurs de résultats. Cette problématisation est assortie d'un ensemble de moyens de soutien et de contrôle, véritable programme susceptible d'assurer la conformité. L'appel aux instances de concertation locales pour le développement des plans d'action locaux est le principal élément mobilisateur de la problématisation, dont l'effet aura été perturbé par la prédétermination des composantes structurelles l'entourant (rôle et rattachement administratif du travailleur de milieu,

prédétermination du CLSC dans le rôle de fiduciaire; DSP membre d'office des instances locales; approbation des plans locaux dévolue a priori aux comités promoteurs). Cependant, confrontés à la réalité de l'action en partenariat, les planificateurs ont fait évoluer le rapport entre planification centrale et autonomie locale vers une approche davantage participative. Il faut voir que *NG* est un programme au carrefour de deux logiques. Son cadre de financement est déterminé, d'une part, par l'orientation épidémiologique de la *Politique de périnatalité* (1993) qui finance le volet individuel en CLSC (mesure sélective); et d'autre part, par l'orientation communautaire (dans le sens de la mobilisation des ressources de la communauté, du partenariat et de l'intersectorialité) de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), de laquelle découlent les priorités régionales, et qui finance le volet d'action intersectorielle du programme. C'est cette confrontation de logiques, comportant des conceptions différentes du rapport central - local, qui a poussé à l'évolution de la planification vers une approche davantage interactive.

Cette évolution s'observe d'abord à l'étape de la planification structurelle où la formation à l'action intersectorielle tient d'une approche participative²⁶². Puis, à l'étape de la planification opérationnelle, au niveau de la prise de décision locale, on observe une modification des acteurs décisionnels où en certains territoires les tables locales de concertation ont occupé l'espace en choisissant d'agir en lieu et place des comités promoteurs désignés d'office dans la structure-cadre. On observe également un contrôle accru des acteurs locaux sur le développement de l'action à mesure que se développent les volets du programme qui interpellent les acteurs communautaires (les stratégies de renforcement des communautés et d'influence). Si le volet prénatal, conçu comme une expérimentation contrôlée, s'appuyait exclusivement sur le réseau institutionnel, le déploiement du volet postnatal requerrait cet ajustement au contexte du partenariat. À l'étape de l'évaluation, l'équipe de *NG* à la DSP a soumis à ses partenaires la proposition d'évaluation participative qui a été débattue localement (au sein des comités promoteurs) pour donner un projet ajusté aux vues et besoins des acteurs, notamment par le choix des questions à examiner et des personnes-ressources. Par ce processus, en vue de la planification révisée, sont entrés en scène des acteurs d'influence contribuant à la formulation de recommandations qui marqueront l'évolution future du projet.

De sorte que, malgré un cadre structurant, l'effet mobilisateur du programme est incontestable. Et si le processus a pu être contraint par des règles administratives mal adaptées à l'action en partenariat et en prévention - promotion, il a aussi été renforcé par l'ensemble des mesures de

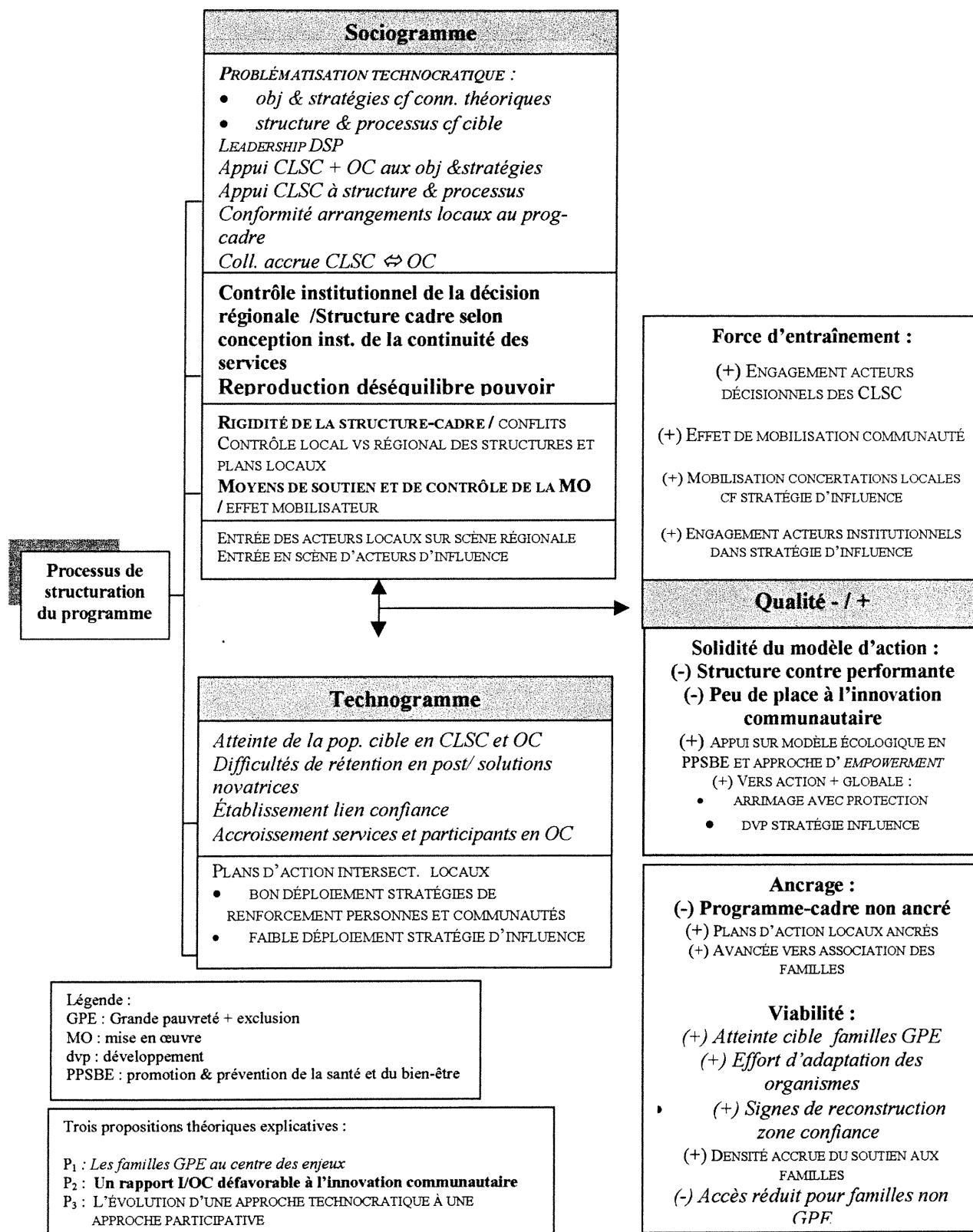
²⁶² Les thèmes abordés sont : mobilisation des partenaires; établissement de consensus sur des orientations communes et un mode de fonctionnement; mise en commun de l'analyse du milieu et des projets; élaboration d'un plan d'action en assurant la diversité et la complémentarité des cibles et stratégies; implantation et évaluation (Ouellet et al., 1995).

soutien déployées par la DSP. Des territoires s'entendent pour dire que NG n'aurait pas eu le même impact si le financement qui l'accompagnait avait tout juste été expédié sans encadrement. S'il est une contribution de cet encadrement, elle aura été d'orienter les acteurs vers un objectif commun, défini en vertu des priorités régionales, vers la consolidation et la coordination d'un ensemble de services en vertu des besoins des familles et en fonction des ressources déjà présentes dans le milieu, donc d'orienter les acteurs vers un effort accru de concertation. Ce qui résulte en plans d'action ancrés localement et en un accroissement des ressources de soutien aux jeunes familles. Ce bilan d'expérience en témoigne.

« La définition des objectifs d'action, l'évaluation de ce qui se faisait au sein de tous les groupes et la répartition des budgets ... dans la bonne entente sont autant de preuves qu'un réel cheminement s'est fait dans le territoire depuis l'arrivée de NG. /.../ Il y a 3 ans, Il n'y avait pas de coordination entre nos services. Le programme... a permis ... qu'il y a maintenant moins de compétition, moins de multiplication des services... On peut maintenant consacrer davantage nos énergies sur nos actions » (compte rendu de la réunion du comité promoteur Des Faubourgs, 13 juin 1997).

Sur la question particulière du rapport entre les sources de savoir qui orientent l'action, si les savoirs traditionnels du champ de la périnatalité suffisaient à soutenir la stratégie de renforcement du potentiel des personnes, consacrant a priori la primauté des savoirs institutionnels et scientifiques sur les savoirs communautaires, la mise en œuvre des autres stratégies rendait nécessaire le recours aux savoirs communautaires et modifiait de ce fait leur statut. De plus, des composantes innovatrices telles la participation des parents et la stratégie d'influence apparaissent plutôt dans le programme-cadre comme de grands objectifs et le peu de développement qu'elles aient pu connaître au cours de cet exercice triennal est le fait d'une co-construction des acteurs. Et si ces composantes intégrées au corps du programme sont en soi une innovation dans le champ des programmes publics, l'analyse du rapport processus-résultat montre que l'amélioration de la qualité sous ces aspects est associée à l'amplification de ces dimensions innovatrices par l'entrée en scène d'acteurs d'influence. Ainsi, la mise en valeur des savoirs communautaires, notamment dans la mise en œuvre de la stratégie de renforcement des milieux, et l'entrée en scène d'acteurs d'influence, par la voie de l'évaluation participative, ont eu pour effet une diversification et une modification du rapport entre les sources de savoir. La DSP n'est donc plus le seul acteur, par son programme-cadre, à orienter l'action.

Figure 10
Attributs du processus de structuration de l'action associés à sa qualité
Projet Naître égaux – Grandir en santé



QUATRIÈME PARTIE

L'ANALYSE COMPARATIVE DES CAS

INTRODUCTION

La planification participative, on l'évoquait d'entrée de jeu, s'est imposée devant la remise en question du fonctionnement technocratique des systèmes de services publics. De là sont nés des mécanismes diversifiés de participation, quant à son étendue²⁶³, quant au degré de contrôle des participants sur le processus (participation unidirectionnelle telle la consultation par sondages ou audiences; participation interactive tels la concertation, le partenariat), quant aux niveaux de la participation (établissement des priorités, détermination de l'action, mise en œuvre, évaluation) (White, 2000).

La planification participative des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre s'est inscrite dans ce mouvement. Dans cet exercice, la Régie (et sa DSP) (RRSSS M-C, 1994a, 1994b), pour qui une telle démarche participative est d'un type nouveau lança une consultation publique avec l'objectif d'impliquer la population et de mobiliser des partenariats pour l'élaboration et la mise en œuvre des priorités. À l'étape du choix des priorités, bien que la démarche planificatrice témoigne d'un élargissement vers d'autres sources d'information par rapport à une approche fondée exclusivement sur les connaissances scientifiques, elle demeure encore largement d'inspiration technocratique. La Régie s'est appuyée sur des données épidémiologiques (ampleur, gravité, conséquences, déterminants) et sur les évidences scientifiques quant aux interventions jugées efficaces pour soumettre à la consultation une liste de problèmes et de solutions qu'elle a préalablement déterminés. La participation de la population a été limitée à un sondage téléphonique et celle des organisations (secteurs public –intersectoriel– et communautaire) au dépôt de mémoires. Partant des convergences et des divergences de choix selon les publics consultés, la Régie (sa DSP) opère seule les arbitrages en vertu de critères qui découlent largement de la logique rationaliste²⁶⁴. Cet exercice de participation en est un, unidirectionnel, de transfert d'information de la population et des organisations vers les planificateurs de sorte à éclairer leurs choix. Il informe sur le degré de sensibilité de la population à différentes problématiques, sur la vision qu'ont les acteurs intersectoriels et communautaires des problèmes et des solutions, ainsi que sur leur volonté d'agir envers ces problèmes. Il soutient en ce sens des objectifs d'efficacité dans la mesure où il permet un accroissement mais surtout une diversification de l'information mise à la disposition des planificateurs et susceptible d'optimiser leurs décisions.

²⁶³ Associations sociales ou communautaires; autres secteurs de la sphère publique (municipal, éducation); divers groupes d'intérêts; citoyens cooptés ou représentants dûment désignés et supportés par leurs associations.

²⁶⁴ L'importance d'agir (gravité, ampleur, conséquence), la capacité d'agir (interventions reconnues efficaces, appui et mobilisation des acteurs), les coûts et la disponibilité des ressources.

Aux étapes de la planification structurelle et opérationnelle, alors que les décisions sur les orientations étaient prises tant au plan des priorités d'action que de l'allocation budgétaire, la participation, d'unidirectionnelle, s'intensifie et devient interactive. Elle est sollicitée en vue de trouver des ajustements entre l'appel de propositions découlant des décisions prises par le planificateur et l'offre faite par les acteurs, communautaires et institutionnels. La participation vise alors la mobilisation de partenariats pour la structuration et la conduite de l'action.

Bien qu'elles se réclament toutes de la planification participative et de l'action en partenariat, les quatre expériences étudiées précédemment se distinguent, on l'a vu, quant au degré de détermination de l'action par le planificateur avant d'en appeler à la participation, quant à la dynamique de la participation et quant aux arrangements inter-organisationnels que se sont donnés les acteurs en vue de coopérer dans une action concertée. L'analyse interne des cas a mené à un ensemble de propositions explicatives locales qui montrent comment ces différents aspects ont influencé, dans chaque cas, la qualité des programmes.

Partant des propositions explicatives locales élaborées par l'analyse interne des cas, la quatrième partie de cette thèse est consacrée à la dernière étape de notre stratégie de recherche qui consiste à élaborer une proposition théorique explicative d'un ordre plus général sur les conditions de la planification participative et de l'action en partenariat qui influencent positivement ou négativement la qualité de l'action. L'analyse comparative nous amène à ordonner les cas selon le degré de qualité de l'action, à comparer les dimensions de la structuration de l'action associées à l'atteinte de ces différents résultats de telle sorte à dégager ces propositions explicatives de la qualité d'un ordre plus général.

Nous rappellerons, au chapitre XXVIII, quelles sont les dimensions explicatives de la qualité dans chaque cas. Puis, au chapitre XXIX, nous discuterons des dimensions les plus actives du processus eu égard à la qualité des programmes et présenterons le développement théorique auquel donne lieu notre recherche.

CHAPITRE XXVIII

UN RAPPEL DES DIMENSIONS EXPLICATIVES DE LA QUALITÉ DE L'ACTION DANS CHAQUE CAS

L'analyse interne des cas montre que Cancer du sein (*CS*) et Sécurité alimentaire (*SA*) sont les plus performants au plan de la qualité de l'action, suivis de Naître égaux – Grandir en santé (*NG*) qui obtient un résultat mitigé, alors que Violence faite aux femmes (*VF*) est sans contredit le moins performant. Deux moments du processus de planification participative et d'action en partenariat apparaissent être cruciaux, eu égard à la construction de la qualité de l'action : celui de la problématisation, étape cruciale de mobilisation des acteurs où s'installe la dynamique de la participation, et celui de la résolution des controverses et de la construction de l'accord, étape cruciale de l'établissement de la coopération. Le rappel des cas sera articulé autour de ces deux moments. Le tableau comparatif 14 à la fin de ce chapitre présente le niveau atteint dans chaque cas pour chacune des dimensions de la qualité de l'action (effet d'entraînement, solidité et ancrage du modèle d'action, viabilité des solutions), en vertu des caractéristiques du processus de structuration de l'action à ces deux moments, et montre la symétrie entre ce processus et les résultats atteints. Les dimensions actives du processus seront discutées de façon plus approfondie au chapitre suivant.

Dans le cas *VF*, l'approche de **problématisation** adoptée, d'inspiration technocratique, a emprunté une dynamique unidirectionnelle, de consultation – validation auprès d'acteurs pressentis pour réaliser les actions préalablement définies, où la Régie et sa DSP se sont positionnées en instances décisionnelles en vertu de leur mandat d'État. Centrée sur les diverses formes de violence dans la société et les solutions d'organisation des services, de la prévention jusqu'aux services aux victimes et agresseurs, la problématisation évoque la nécessaire concertation en vue de la continuité et la complémentarité sans proposer aux acteurs d'avenues susceptibles de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts et favoriser ainsi la coopération. Les controverses soulevées par cette problématisation, qui concernent la reconnaissance de l'expertise et le contrôle des ressources autant que les logiques d'action (cibles, approches théoriques et niveaux d'action de la priorité; conditions cliniques ou organisationnelles du changement), placent en concurrence tous les acteurs mobilisés du champ, institutionnels et communautaires. Par ailleurs, des acteurs stratégiques se trouvent non mobilisés. Dans ce contexte d'adversité, la **construction de l'accord**, plutôt sa non-construction vu la non-résolution de la plupart des controverses, entraîne un rabattement de l'action vers des projets sectorisés de formation clinique (par ailleurs relativement satisfaisants), plutôt que vers les conditions organisationnelles et inter-organisationnelles du changement, eu égard à la complémentarité et la continuité souhaitées. Il en résulte au plan de la **qualité** un modèle d'action qui souffre d'une faible correspondance de ses postulats de base avec la réalité (faible ancrage) et qui

satisfait, certes, aux conditions cliniques, mais non aux conditions organisationnelles (notamment en CLSC, en CJ et en CHCD) et inter-organisationnelles requises pour un dépistage systématique et une intervention efficace auprès des victimes et des agresseurs (solidité faible). L'effet d'entraînement du projet sera au mieux sectoriel, auprès des acteurs décisionnels des CLSC. L'explication table sur deux dimensions du processus de structuration de l'action. D'abord, le caractère technocratique de la problématisation (paradigme unique; consultation - validation et ententes bilatérales, de sorte à contourner la controverse) qui conduit à évacuer les dimensions inter-organisationnelles et intersectorielles de l'organisation des services; puis son corollaire, la non mobilisation de certains des principaux acteurs concernés, sectoriels (les CHCD) et intersectoriels (justice, sécurité publique), dans une optique de re-problématisation, tout en considérant le contexte de concurrence où sont placés les acteurs, découlant des politiques publiques.

Dans le cas *CS*, la **problématisation** a donné lieu à une dynamique interactive, bilatérale, puis multilatérale, entre les acteurs qui se sont montrés intéressés, en vue du développement de l'action. Par cette approche, les différentes conceptions de la question se trouvent exposées (épidémiologique, féministe, multiculturelle), de même que les intérêts des acteurs, et se dessine une zone de convergence autour d'une approche globale de la santé des femmes dans un projet d'information sur le cancer du sein. Les controverses soulevées à la croisée concernent autant les logiques d'action (rôle des femmes et des spécialistes dans les perspectives épidémiologique et féministe) que la reconnaissance des savoirs et pratiques féministes (la valeur de l'auto-examen des seins) dans le projet d'information. La **construction de l'accord** a donné lieu à un laborieux processus de construction du partenariat sur des bases de réciprocité et d'équité (autonomie, reconnaissance des diverses approches, formation mutuelle, ententes contractuelles et financement) en même temps que se négociait la place de leurs visions respectives (cohabitation des paradigmes), et où la DSP s'est positionnée dans un rôle de médiateur. Mobilisés par une finalité partagée, celle de l'intérêt des femmes qu'ils ont à desservir en commun, les acteurs en sont arrivés à un compromis autour d'une information critique, complète et accessible sur tous les modes de dépistage. Ce qui découla en une programmation conjointe pour mettre en œuvre cette plate-forme commune, tout en maintenant l'autonomie des partenaires pour œuvrer à sa mise en œuvre dans leurs créneaux d'expertise. Le résultat se décline en une diversité de moyens de communication selon la culture des partenaires et leurs réseaux. Au plan de la **qualité**, le modèle d'action, qui était d'établir un partenariat pour être mieux en mesure de rejoindre la plus grande étendue de femmes possible eu égard à leurs caractéristiques socio-démographiques, a été jugé solide. Notamment, le travail de co-construction d'un partenariat égalitaire a été jugé efficace en ce qu'il a permis de livrer à différents segments de la population un message complet et cohérent, sur différents registres, qui s'adresse aux différentes

barrières connues au dépistage, et de s'associer d'autres acteurs pertinents (effet d'entraînement). Quant à l'ancrage du modèle d'action, son ajustement aux besoins des femmes en les rejoignant dans leurs différents milieux de vie et selon la demande (déploiement en boule de neige) en témoigne. Et sa viabilité est appréciée positivement vu l'effet d'entraînement auprès des femmes, tout comme d'ailleurs l'effet d'entraînement du projet auprès des CLSC et des organismes communautaires et ethniques. L'**explication** retient deux dimensions du processus de structuration de l'action déterminantes de sa qualité : 1°) la co-construction d'un partenariat égalitaire, qui a pris pied dans l'instauration d'une dynamique de participation interactive et dans les atouts dont disposait l'acteur communautaire pour faire valoir sa position; 2°) un tel rapport de partenariat étant à l'assise de la conjugaison des paradigmes d'action.

Dans le cas *SA*, la **problématisation** a opéré par une mobilisation large des acteurs du champ (de loin la plus large de tous les cas, notamment par l'appel à un large spectre d'actions possibles et à la concertation), par laquelle la position des acteurs a été exposée et s'est instaurée une dynamique interactive, en vue de l'élaboration de l'action. S'ensuit un mouvement de concertation locale intersectorielle et inter-territoires. Les principales controverses réactivées ou soulevées sont : 1°) celle de la concurrence des organismes de dépannage aux initiatives de prise en charge et la place du dépannage dans un continuum de sécurité alimentaire; et 2°) celle de la reconnaissance par la Régie de l'instance régionale de concertation communautaire en lieu et place d'un comité intersectoriel piloté par la DSP. L'établissement d'un leadership régional – local intersectoriel en sécurité alimentaire, devant faire contrepoids aux pratiques de dépannage et exercer une influence auprès des instances publiques et privées qui les soutiennent et de l'opinion publique, constitue l'essentiel de la stratégie proposée par la DSP devant cette controverse, stratégie autour de laquelle s'est construit l'**accord** entre les acteurs. Le partenariat régional–local, institutionnel (incluant la recherche universitaire) – communautaire, intersectoriel, et l'adoption d'une plate-forme commune (même si elle est provisoire) sur la sécurité alimentaire matérialise l'espace de coopération. Il en résulte des plans d'action régional et locaux arrimés, des actions médiatiques sur les causes structurelles et des représentations auprès des bailleurs de fonds, et le déploiement de pratiques locales vite confrontées à l'insuffisance du financement. Au plan de la **qualité**, la priorité a un effet d'entraînement auprès d'acteurs névralgiques (municipalité, bailleurs de fonds; intersectorialité encore à élargir). Le modèle d'action est celui de la concertation intersectorielle, régionale et locale, afin de développer des actions aux différents niveaux du modèle écologique et un continuum de pratiques (incluant le dépannage) au palier local en prenant appui sur une approche de développement communautaire. Sa solidité est établie sur un rapport coût-bénéfice de la concertation jugé favorable par les acteurs locaux et sur son potentiel de ralliement. Sa faiblesse est le peu d'initiatives qu'il entraîne envers

les facteurs structurels de la pauvreté. Son ancrage se vérifie dans le maintien de l'autonomie des acteurs locaux quant à leurs structures de fonctionnement et leurs plans d'action, à l'intérieur des orientations larges adoptées. La viabilité de la solution est appréciée par le dépassement de l'offre sur la demande, même si ces pratiques demeurent marginales dans le champ. L'**explication** associée à ce résultat deux facteurs : la co-construction d'un arrangement partenarial complexe, sur une base d'équité et de reconnaissance de l'expertise et des pratiques communautaires; et la co-fertilisation de la recherche, de la planification et de la pratique, qui ont été favorisées par une problématisation mobilisatrice. Ces facteurs créent une synergie de telle sorte qu'un leadership régional a pu émerger, que la diversité locale a été respectée et l'action locale soutenue, en même temps que la planification régionale a été alimentée par les pratiques existantes. De ce mouvement découle l'établissement d'un rapport de force qui a permis que soit amorcée une réflexion sur le bien-fondé des paradigmes d'action, réflexion qui a été instigatrice d'un effet d'entraînement auprès d'organismes de dépannage et de bailleurs de fonds.

Enfin, *NG* est le cas type de la **problématisation** technocratique, fondée sur un programme-cadre prenant appui quasi exclusivement sur les savoirs scientifiques en santé publique pour proposer à la fois les voies d'action et les structures régionales et locales de leur mise en œuvre. La mobilisation enclenchée d'abord vers les CLSC pour la sélection des territoires cherchait à s'associer les organismes communautaires et les concertations locales, et à créer une synergie entre les volets institutionnel et communautaire du programme. Validé auprès des seuls acteurs institutionnels, le programme n'en a pas moins rallié les acteurs communautaires autour de ses objectifs de soutien des familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion (GPE). Deux controverses principales animent la mise en œuvre, l'une concernant le contrôle des acteurs locaux sur les structures et l'action locales, vis-à-vis la planification centrale; l'autre concernant la confrontation des logiques institutionnelle et communautaire vis-à-vis l'atteinte et l'intégration sociale des plus marginalisés. L'**accord** qui s'installe reflète le peu d'atouts des acteurs communautaires du champ pour se positionner. Malgré l'ouverture du planificateur, ils ne sont pas en mesure d'investir l'instance régionale d'orientation du programme, qui demeure de composition institutionnelle. Et les structures locales implantées tendent à se conformer à la structure-cadre, ce qui assure la prédominance de la logique institutionnelle. Des concertations locales se sont développées ou consolidées et les collaborations entre CLSC et organismes communautaires se sont accrues, voire systématisées, mais sans toutefois modifier leur rapport traditionnel de subordination, sauf là où les instances locales ont été en mesure de se positionner et de négocier des ajustements. À la faveur de l'évolution de la planification vers une pratique davantage interactive, sous la pression des instances locales en cours de mise en œuvre et dans la foulée de

l'évaluation participative, le partenariat évolue vers un engagement accru des CLSC dans les instances locales de sorte à entraîner une meilleure intégration des volets du programme; puis vers un développement conjoint du programme. Ce processus s'est montré mobilisateur en faveur des familles en GPE. Le programme réussit à rejoindre les familles ciblées (qui ne figuraient d'ailleurs pas dans la clientèle habituelle des organismes communautaires), à assurer une certaine rétention, et à entraîner des ajustements en CLSC et dans les organismes communautaires pour leur intégration. Au plan de la **qualité**, la faisabilité est affectée négativement par la rigidité de la structure-cadre et l'excès d'encadrement, malgré l'effet mobilisateur de la DSP. On note à cet égard un effet d'entraînement du programme auprès des acteurs locaux. Malgré le bien-fondé du cadre de référence, la solidité du modèle aurait gagné à considérer les pratiques communautaires existantes de sorte à diversifier ses stratégies d'intervention. Malgré une structure cadre peu apte à s'ajuster aux contextes locaux, l'ancrage du modèle a été favorisé par les plans d'action locaux, élaborés par les acteurs locaux sur la base des besoins et ressources locales. La viabilité de la solution s'appuie sur des résultats proximaux, en termes d'atteinte de la population cible et de rétention dans le programme, de même que de densité et de qualité accrue du soutien aux familles, associées à une stabilité accrue des organismes communautaires vu l'accroissement de leur financement. En contrepartie, elle signifie un accès réduit aux familles pauvres sans être en GPE. L'**explication** table sur trois facteurs : le ralliement des acteurs sur un objectif commun explique qu'ils ont surmonté les obstacles structurels de telle sorte à répondre aux besoins importants des familles; le maintien d'un déséquilibre du pouvoir entre les acteurs institutionnels et communautaires explique les limites soulevées au plan de la solidité et de l'ancrage du modèle, qui aurait été accrus par la valorisation de l'innovation et des pratiques communautaires; en contrepartie, des gains sont enregistrés au plan de la solidité du modèle (association des familles, continuité prévention – protection, développement de la stratégie d'influence) et en termes d'entraînement (notamment autour de la stratégie d'influence), conséquemment à l'évolution de la planification vers une approche davantage interactive.

CHAPITRE XXIX
LES DIMENSIONS EXPLICATIVES PLUS GÉNÉRALES DE LA QUALITÉ DE L'ACTION
ISSUES DE LA COMPARAISON DES CAS

1 LA PROBLÉMATISATION COMME OPÉRATION DE MOBILISATION ET DE CONVERGENCE

À l'étape initiale de la problématisation, qui est cette mise en mouvement des acteurs autour d'un projet provisoire susceptible de les conduire à des convergences, si, dans chacun des quatre cas, cette étape a opéré d'un même lieu, celui de la Régie (et sa DSP) instigatrice des priorités, les processus déployés se sont distingués sensiblement, entraînant des conséquences différenciées sur la construction de l'action et sur les résultats. Le premier lieu de ces différences est celui de la dynamique de la participation instaurée, quant à son étendue (représentativité des acteurs intéressés ou concernés; mobilisation large ou auprès d'acteurs prédéterminés), quant à son niveau (mobilisation pour l'élaboration de l'action ou pour la mise en œuvre) et quant à son intensité (unidirectionnelle, interactive). Le second lieu concerne la manière dont les problématizations se distinguent par l'étendue des convergences qui en ont découlé.

Tant la dynamique de la participation que l'étendue des convergences doivent être comprises en tenant compte des contextes respectifs de la problématisation. Ces contextes ont eu une influence sur la participation au moins par deux de leurs caractéristiques. D'abord, l'aspect de la crédibilité obtenue par la DSP dans le rôle de médiateur auprès des autres acteurs du champ. Cette crédibilité dépendra, au-delà de la légitimité formelle que lui confère sa position de planificateur régional, de son expertise dans les différents domaines et du rôle traditionnellement joué par la Régie et par les ex-DSC (alors nouvellement constitués en DSP) dans ces différents champs d'action. Ensuite, l'aspect de l'intensité des controverses soulevées par les différentes problématizations formulées par le planificateur. L'intensité des controverses dépend, certes, de la position avancée par le planificateur, mais aussi du degré avec lequel les rapports sociaux sont interpellés par un projet et de l'importance des enjeux qu'il soulève pour les acteurs. Certaines problématiques génèrent un haut niveau de consensus, peu de groupes sociaux trouvant à s'y opposer pour des raisons de valeurs ou d'intérêts. En contrepartie, plus les acteurs ont des intérêts concurrents, vu les rapports sociaux dans lesquels ils sont placés, moins ils sont en mesure de re-problématiser sur un terrain de compromis.

Le cas *VF* est celui des quatre cas étudiés où la problématisation comme opération de mobilisation et de convergence a le moins accompli. Cette problématisation, plus que les autres, a œuvré dans un contexte d'adversité, où les forces qui divisent ont prédominé par rapport aux forces qui

rassemblent, du moins parmi les acteurs mobilisés. Ce contexte est hérité de politiques publiques successives ayant érigé des embûches à l'établissement de convergences en même temps qu'elles en appellent à la concertation. Qu'on se rappelle ici la position de concurrence dans laquelle les politiques ont placé les CLSC et le réseau des maisons d'hébergement, puis ces dernières et le réseau des organismes d'intervention auprès des hommes. Ce contexte en est un aussi où, traditionnellement, la Régie a joué un rôle de soutien davantage que de leadership dans l'organisation des services (secrétariat des tables de concertation) et où la DSP a une tradition d'intervention en prévention – promotion, avec des partenaires telles les écoles et les garderies, non identifiés au champ, plutôt qu'une tradition dans l'organisation des services aux victimes et agresseurs avec les acteurs traditionnels du champ. En conséquence, la position de la DSP lui permet peu d'instaurer un leadership et de proposer une problématisation qui crée une dynamique interactive entre les acteurs; elle opte donc pour une mobilisation restreinte à certains acteurs prédéterminés, pour des fins de validation, plutôt que pour un appel large aux acteurs du champ. La problématisation soumise aux acteurs ne cherche pas à renouveler la formulation de la question du dépistage systématique et de l'intervention auprès des victimes, femmes et enfants, et des agresseurs, par exemple, en élargissant la représentativité intersectorielle et en cherchant, de la sorte, à modifier les enjeux, à créer des espaces de dialogues susceptibles de débloquent les impasses, ou à accroître les alliances stratégiques susceptibles de réduire les controverses. Elle évacue plutôt les enjeux théoriques et idéologiques propres aux acteurs tout en évoquant l'actuel morcellement et en réitérant l'appel à la concertation. Ici, s'il y eut un effort d'élargissement de la participation pour prendre en compte les enjeux propres aux acteurs, ce fut sous la pression de certains groupes d'intérêts qui ont demandé d'être entendus, tels les organismes communautaires – hommes, à défaut d'avoir été le résultat d'une mobilisation large des acteurs du champ. Une telle stratégie risque d'exposer les planificateurs à une information partielle et partielle plutôt que d'être exposés à une représentation la plus large possible des perspectives, de telle sorte à minimiser le risque que des intérêts particuliers l'emportent sur le bien collectif²⁶⁵. Dans ce cas, la DSP n'a pas endossé son rôle de médiateur pour s'en tenir plutôt à un rôle traditionnel de planificateur - décideur. Plutôt que d'être générateur de convergences, ce processus conduit le planificateur à un rabattement vers une proposition de formation des intervenants qui pave la voie au renforcement de la sectorisation de l'action.

Les autres cas ont évolué dans des contextes où les controverses ont été moins vives. Le cas *SA* en est un où la problématisation s'est développée dans un environnement au niveau de controverse

²⁶⁵ Cette notion de bien collectif, empruntée à Habermas, constitue une approximation vers laquelle on tend à se rapprocher en élargissant la représentativité des points de vue et en se dotant de mécanismes d'arbitrage (explicitée dans Denis et al., 1996b; Hamel, 1997; Beauregard, 1998).

moins élevé, pas tellement parce que la position du problème et des solutions y est davantage consensuelle mais parce que la concurrence pour le contrôle des ressources y est passablement moins vive. Il s'agit d'un champ traditionnellement du ressort de la société civile et de la charité privée (mises à part les quelques subventions publiques versées aux organismes communautaires d'entraide et de services) où les préférences des donateurs déterminent la distribution des ressources bien davantage que la concurrence entre les organismes. Malgré les tentatives de concertation intersectorielle régionale auxquelles a participé la santé publique (Nourrir Montréal), il s'agit d'un champ que nouvellement investi par l'effort d'encadrement et d'orientation des pouvoirs publics et encore, cet effort est situé au palier régional. Par son appel large aux acteurs du champ pour un projet de politique régionale encore à définir, la DSP a endossé son rôle de mobilisateur en rassemblant tous les acteurs concernés ou intéressés dans une arène où les enjeux théoriques et idéologiques qui animent le champ se sont trouvés d'entrée de jeu mis sur la table. L'appel large lancé sans prédétermination de la composition des acteurs, et pour les fins de l'élaboration de l'action plutôt que de la seule mise en œuvre, a certainement favorisé l'émergence des zones de convergence observées. Les acteurs, quelle que soit leur position singulière, peuvent trouver à s'inscrire dans un continuum d'actions locales et régionales vers la sécurité alimentaire. En réussissant à rassembler une masse significative d'acteurs et parmi les plus progressistes du champ autour d'une telle proposition, la DSP a réussi à renforcer sa crédibilité à leurs yeux dans le rôle de médiateur, malgré son peu de tradition dans le champ.

Quant au cas *CS*, il a évolué dans un champ faiblement controversé, du moins, dans une zone du champ qui échappe aux controverses fondamentales qui l'animent. Il s'agit d'un domaine investi par les pouvoirs publics avec le programme provincial et où le leadership de la DSP est largement reconnu. Dans ce cas, à l'instar du cas *SA*, la DSP endossa son rôle de mobilisateur - médiateur en conviant les acteurs intéressés ou concernés dans un espace de dialogue pour la formulation de l'action et où, d'entrée de jeu, les positions des partenaires potentiels ont été exposées, faisant en sorte que la recherche de convergences a opéré à partir de ces a priori théoriques et idéologiques.

Puis de tous les cas, *NG* est celui qui a évolué dans le contexte au niveau le moins élevé de controverse. Il s'agit d'un champ où les politiques publiques successives ont largement orienté l'action, y compris celle des organismes communautaires familiaux qui sont surtout des organismes d'entraide et de services n'ayant généralement pas développé une perspective propre sur la problématique mais qui tendent plutôt à s'inscrire en continuité des programmes publics. Il s'agit aussi du champ où, parmi les quatre cas, la DSP a de loin le plus investi et possède de loin le plus d'expertise. Conséquemment, dans la tradition technocratique de la planification publique, la

problématisation du projet *NG* a donné lieu à une mobilisation limitée à la consultation auprès des CLSC pour la validation du programme-cadre et qui a été étendue aux organismes communautaires famille pour la mise en œuvre. Donc une problématisation caractérisée par la prédominance du paradigme rationaliste et qui ne favorise pas un élargissement des perspectives. Parce que le champ de la petite enfance en est un à faible niveau de controverse, la DSP a pu opérer de la sorte sans trop récolter d'opposition, en réussissant le ralliement des acteurs au programme-cadre et l'enrôlement des acteurs communautaires pour la mise en œuvre.

Ainsi, selon différentes prises de position du planificateur, il est vrai dans des contextes différents, la participation a été plus ou moins sollicitée et a engagé une plus ou moins grande diversité d'acteurs à des degrés divers. L'analyse qui précède montre qu'une problématisation mobilisatrice favorise l'élargissement de la participation et par là, l'accès à une diversité de conceptions des situations et entraîne un élargissement de la zone de convergence des acteurs. Des contextes rendent par ailleurs plus ou moins facile cette problématisation mobilisatrice. Ces convergences sont une condition préalable, certes non suffisante, mais nécessaire à la construction de l'action en partenariat. Le tableau comparatif 15 à la section suivante synthétise ce rapport entre la dynamique de la participation et l'étendue de la zone de convergence.

L'analyse comparative des cas que permet la méta-matrice inter-site présentée à l'annexe 7 révèle deux dimensions du processus de structuration de l'action, découlant de la dynamique de la participation, qui s'avèrent être les plus actives dans la détermination du niveau de qualité de l'action. La discussion qui suit montre en effet que la participation agit sur la qualité principalement par deux avenues, parce qu'elle est un moyen d'accès à l'information et parce qu'elle est un moyen d'innovation.

2 *LA PARTICIPATION COMME MOYEN D'ACCÈS À L'INFORMATION*

Si la comparaison des cas montre qu'une problématisation mobilisatrice favorise l'élargissement de la zone de convergence, l'analyse qui suit montre de plus que cet élargissement favorise l'émergence de solutions plus complexes, issues de la conjugaison d'une pluralité d'approches, pour répondre à des problèmes complexes.

La participation, en permettant un accès étendu à l'information sur les problèmes et les solutions, et dans la mesure où elle est d'une intensité suffisante et qu'elle est engagée à un niveau qui permette une influence sur les choix, apparaît comme un facteur de qualité de l'action. C'est par

l'étendue de l'information, rendue accessible et intégrée au processus par une participation dynamique, que s'accroît la qualité de l'action. L'accès à l'information apparaît donc être la première des deux dimensions les plus actives du processus de structuration de l'action, eu égard à sa qualité. Le tableau 15, tiré de la méta-matrice inter-site insérée à l'annexe 7, synthétise ce rapport entre dynamique de la participation, étendue de l'information et zone de convergence.

Tableau 15
Dynamique de la participation, étendue de l'information
et incidence sur la zone de convergence

	Problématisation			
	Rôle du planificateur	Dynamique de la participation	Étendue de l'information	Zone de convergence
<i>VF</i>	Planificateur – décideur.	Mobilisation restreinte, unidirectionnelle, pour validation; sectorielle pour MO.	Technoscientifique : formes de violence dans la société; accent sur organisation des services, de la prévention à l'intervention.	Étroite : rabattement vers formation sectorisée.
<i>CS</i>	Mobilisateur – médiateur.	Mobilisation large, interactive pour conception de l'action.	Technoscientifique : épidémiologie du problème, efficacité des technologies. Féministe : conception sociale, défense des droits, prise en charge. Fonctionnaliste : adaptation multiculturelle.	Large : autour de l'information juste, complète et accessible sur les 3 modes de dépistage.
<i>SA</i>	Mobilisateur – médiateur.	Mobilisation large, interactive pour conception de l'action.	Structurelle : causes et solutions structurelles. Critique – émancipatrice : causes structurelles, prise en charge. Fonctionnaliste : organisation, coordination des services.	Large : autour d'un continuum d'actions locales et régionales de sécurité alimentaire.
<i>NG</i>	Planificateur – décideur.	Mobilisation restreinte : I pour validation; I et OC pour MO.	Technoscientifique : approche des déterminants de la santé et de <i>community betterment</i> .	Étroite : pas d'élargissement : zone de convergence qui équivaut au programme – cadre.

Légende : MO : mise en œuvre; I : acteurs institutionnels; OC : organismes communautaires.

Le cas *CS* illustre bien comment l'introduction des perspectives technoscientifique, féministe et multiculturelle, aux fins de la conception de l'action, a entraîné un élargissement des stratégies d'action de sorte à atteindre différents segments de la population visée en empruntant différents réseaux et de sorte à livrer un message cohérent sur les différents aspects qui intéressent les femmes. Une analyse du même type peut être faite du cas *SA* où la cohabitation de la perspective critique - émancipatrice avec l'approche fonctionnaliste de coordination de services a donné lieu à une conception du continuum de sécurité alimentaire plus rassembleuse. Ce qui favorise au plan de la qualité l'effet d'entraînement, notamment par la révision des pratiques chez les organismes

de dépannage comme chez les bailleurs de fonds. Cependant, dans le cas *SA*, si la cohabitation des options, depuis la plus conservatrice (le dépannage) jusqu'à la plus progressiste (les mesures sociales) est le résultat d'une participation élargie, les acteurs ont jugé que la solution rassembleuse de la prise en charge, qui marginalise l'action sur les politiques publiques, n'est pas optimale au plan de la qualité. Ainsi, plus une problématisation tendra vers la cohabitation de l'ensemble des mesures possibles à tous les niveaux, portées par les acteurs enrôlés, plutôt que vers la recherche d'un compromis qui convienne à une majorité, plus elle sera prometteuse au plan de la qualité. Le cas *CS* appuie aussi ce constat²⁶⁶.

Le cas *VF* fait, par la négative, la même démonstration. Le fait que le modèle d'action ne réponde pas aux exigences inter-organisationnelles d'un service efficace y est expliqué par l'étroitesse de la participation mobilisée et à des fins consultatives seulement. Le cas *NG* est à lui seul éloquent sur cette question du lien entre participation, accès à l'information et qualité. Il montre que la mobilisation des acteurs communautaires, restreinte à la mise en œuvre, a privé la prise de décision d'un débat qui l'aurait éclairée sur les moyens d'enrichir le programme-cadre et sur la pertinence de sa structure-cadre. C'est plutôt le changement vers une approche de planification davantage interactive, survenu en cours de mise en œuvre sous la pression des instances de concertation locale et à la faveur d'un accroissement du contrôle local sur le programme, qui a favorisé la remise en question de certaines de ses composantes (notamment la structure-cadre) et le développement de sa stratégie d'influence, venant par là ajouter à la qualité du modèle d'action.

La comparaison des cas montre de plus que la mobilisation d'organismes communautaires de défense des droits, qui poursuivent des objectifs de changement social et qui ont développé une vision propre²⁶⁷ permet d'introduire dans la problématisation une perspective critique vis-à-vis les modèles dominants et favorise une solidité accrue des modèles d'action. C'est ainsi que, dans les cas *CS* et *SA*, la mobilisation des acteurs communautaires, essentiellement des groupes ayant certes une pratique de services mais ayant surtout une perspective propre et socialement reconnue de la problématique a significativement élargi l'information. En comparaison, dans *NG*, vu que les organismes mobilisés n'ont généralement pas une pensée critique très articulée sur la problématique, il leur convient de s'inscrire en continuité des programmes publics. Ainsi, la

²⁶⁶ Dans le cas cancer du sein, la problématisation n'englobe toutefois pas l'ensemble des mesures possibles; elle n'inclut pas, par exemple, la prévention de l'apparition du problème qui nous amène au rapport social entre environnementalistes et spécialistes des technologies biomédicales, dans leur lutte pour l'accès au financement de la recherche sur les causes. La problématisation recouvre toutefois l'ensemble des mesures portées par les acteurs enrôlés dans le projet.

²⁶⁷ Nous prenons appui ici sur la typologie des groupes communautaires (Panet-Raymond, 1994) qui distingue les groupes de tradition militante et les groupes d'entraide, auxquels s'ajoutent les groupes de services, récemment créés par les institutions d'État, qui constituent une extension des services publics et que des auteurs (Parazzelli, 1994) se refusent à désigner d'organismes communautaires.

participation de groupes communautaires ayant une vocation de critique sociale et de défense des droits, parce qu'elle favorise la confrontation des visions, tend à améliorer la problématisation et a plus de chance de renouveler l'action. En contrepartie, l'utilisation par le planificateur des groupes communautaires uniquement comme prestataires de services plutôt que comme porteur d'une vision (et donc d'information) conduit à une réduction du portrait des solutions possibles.

Nos résultats montrent que pour tirer profit de l'information au plan de la qualité de l'action, le processus participatif doit répondre à trois conditions. D'abord, à propos de l'**étendue** de la participation, la mobilisation doit être suffisamment large pour rassembler différentes perspectives sur la problématique, de sorte à élargir l'espace de combinaison des solutions. Ensuite, à propos du **niveau** de la participation, les acteurs concernés ou intéressés doivent être introduits aux premières étapes du processus de la structuration de l'action, de telle sorte qu'ils contribuent à un élargissement de l'information qui éclaire la décision. Autrement, lorsque introduits à l'étape de la mise en œuvre, ils ne sont pas en position de contribuer à l'enrichissement des modèles d'action et par là, à leur qualité, mais ils agissent plutôt à titre d'exécutants pour la conduite de l'action. Ce qui nous ramène à la conception linéaire du développement de programmes propre à la logique technocratique. Si le rapport technocratique n'est pas modifié, il n'y a pas de gain au niveau de la diversité des perspectives théoriques considérées dans la position du problème et des solutions.

Enfin, à propos de l'**intensité** de la participation, les acteurs doivent être introduits à un degré qui dépasse la consultation, qui les engage dans la négociation, de telle sorte qu'ils soient en position d'influencer le processus. Une problématisation dominée par la logique technocratique, où la décision est contrôlée par les planificateurs et où la participation est limitée et encadrée par la consultation, ne donne pas forcément accès à une étendue d'information qui reflète les diverses perspectives sous lesquelles sont regardés le problème et les solutions. De plus, ce type de participation n'engage pas les acteurs à un degré suffisant de telle sorte que l'information dont ils disposent puisse influencer la décision et par là, accroître la qualité de l'action. En contrepartie, une problématisation davantage mobilisatrice, où la participation est sollicitée pour une définition conjointe de la problématisation et où la décision est influencée par l'ensemble des acteurs enrôlés, a plus de chance d'étendre les perspectives et de conduire à des actions de plus grande qualité.

L'expérience de la planification régionale des priorités montre que le planificateur dispose rarement à lui seul de toute l'information requise à une prise de décision pertinente, même dans les champs d'action où son expertise est la plus développée. Et l'étude des cas montre que le planificateur a accès à cette information en s'associant des partenaires. Le cas *NG* est celui où

l'expertise de la DSP était de loin la plus développée et encore, elle ne suffisait qu'à répondre adéquatement à l'élaboration d'un seul des trois volets du programme. L'étendue de l'information en appui à la prise de décision est l'élément clé par lequel une problématisation mobilisatrice parvient à favoriser la qualité de l'action. Une telle étendue procure des informations sur les différentes représentations des problèmes et des solutions et sur la diversité des pratiques et services existants dans les différents milieux; la mobilisation des acteurs dans une optique de négociation et de concertation pour l'élaboration de l'action fait que l'étendue de l'information peut influencer la décision et se refléter dans l'action.

Nos résultats soutiennent que ces trois conditions sont nécessaires pour que les propriétés de la planification participative, énoncées en termes de reconnaissance de la diversité des intérêts et de conception pluraliste, où les connaissances expertes sont relativisées par la diversification des sources d'information, soient traduites en gain de qualité. Sans quoi, tel que le montre la comparaison des cas, la suprématie de la connaissance objective et de l'expertise professionnelle, considérée comme une limite importante de la planification technocratique, n'est pas reconsidérée. Avec l'ouverture à la participation de la société civile à la planification, c'est la représentation des situations qui se diversifie, en faisant entrer dans le processus de planification des conceptions parfois complémentaires, souvent antagoniques, reflétant le pluralisme qui prévaut dans la société. Cette avenue vient répondre à la limite reconnue des connaissances scientifiques comme seule base d'information pour éclairer la décision, devant la complexité des problèmes à résoudre.

Eu égard à ces conditions, le fait que des acteurs soient écartés du processus ou ne soient pas en mesure de se positionner fait que certaines informations se trouvent écartées, ce qui a une incidence sur la qualité de l'action. Ce processus qui fait que certains acteurs se trouvent écartés ou ne sont pas en mesure de se positionner est le résultat des rapports de pouvoir. La capacité des acteurs de se positionner et de valoriser la perspective qu'ils détiennent dépend de leur base de pouvoir et les atouts dont ils disposent en constituent l'assise. Dans les cas étudiés, les atouts des acteurs communautaires qui leur ont permis de prendre position sur la scène des priorités résident dans leur ancrage dans une pensée autonome articulée, une certaine reconnaissance sociale du bien fondé de leur perspective sur les problèmes sociaux, une pratique alternative reconnue, leur appartenance à un réseau et l'accès à des ressources. Et c'est l'absence de ces atouts qui les empêche de se positionner. Dans le cas *CS*, le Centre de santé des femmes de Montréal a pris appui sur son réseau de centres de femmes, sur la reconnaissance sociale du mouvement et des théories féministes, sur sa pratique alternative reconnue, sa proximité des femmes, son alliance communautaire, pour justifier auprès de la DSP la pertinence de sa contribution au projet. Dans le

cas *SA*, la Table de concertation sur la faim est cette instance qui permet le développement d'une pensée critique articulée et socialement reconnue sur le problème de la faim et qui permet, par la mise en réseau qu'elle favorise, le développement de pratiques alternatives ayant une identité clairement définie (ex : le réseau des cuisines collectives, des groupes d'achat, des magasins partage). Dans ce sillage, d'autres organismes, tel le Groupe-Ressources, ont été d'envergure suffisante pour se positionner. En contrepartie, le cas *NG* illustre comment l'absence de réseau des organismes communautaires famille, leur précarité, l'absence d'une perspective propre sur la problématique, les ont empêché de répondre à l'appel de la DSP pour une participation régionale active aux orientations du programme. Il faut voir ici que l'accroissement du pouvoir des organismes issus de la société civile dépend avant tout de leur capacité d'organisation autonome, de leur capacité à organiser des actions politiques ou médiatiques pour la défense des droits des populations qu'ils représentent. En effet, tel que le soulignait White (2000) dans sa méta-analyse sur la participation, de travailler à l'accroissement des bases de pouvoir des organismes communautaires ne figure pas à l'agenda des institutions publiques.

Dans une telle approche de planification participative, le rôle des planificateurs est donc substantiellement renouvelé. Ceux-ci favoriseront l'élargissement de la participation, et par là l'étendue de l'information, s'ils n'agissent pas eux-mêmes pour la défense d'un territoire, mais pour reconfigurer des systèmes clos, bloqués sous l'effet de la sectorisation. D'autres enjeux se dessinent alors, en même temps que d'autres sources de pouvoir. Plutôt que de penser le pouvoir en termes de contrôle sur un champ de compétences, il convient mieux à la planification participative de penser le pouvoir des planificateurs en termes de leadership à exercer dans des systèmes d'action ouverts. Un premier pôle d'appui de ce leadership est celui de la légitimité du planificateur dans le rôle de médiateur. S'exprimer d'un lieu légitime aux yeux des acteurs à qui on s'adresse est une condition nécessaire pour parvenir à les rassembler autour d'un point de convergence. Il s'agit ici de la légitimité formelle conférée à la Régie (et sa DSP) par son mandat d'État. À cette légitimité formelle s'ajoute la crédibilité conférée par l'expertise et par la capacité de médiation, partant de la spécificité des parties en présence. La notion d'expertise est ici renouvelée pour déborder de la connaissance sur l'ampleur, la gravité, les conséquences des problèmes et les solutions reconnues efficaces, et pour inclure l'intelligence des contextes et des acteurs, l'historicité de leurs rapports, leurs intérêts, les enjeux qui sont les leurs, de sorte à comprendre les conflits qui les divisent et à faciliter parmi eux l'émergence de points de convergence. Une telle conception de l'expertise évite que soit tenu un discours sur l'action hors du contexte et des acteurs qui la réalisent. L'expertise est ici davantage comprise dans le sens du développement de la problématique du partenariat ou de l'intersectorialité dans les différents champs d'action. Une telle problématique cherche avant tout à reconstituer

l'univers de la dialectique présente dans un champ d'action et elle est dominée par la logique des acteurs plutôt que par une logique problème-solution.

Dans le cas *VF*, il apparaît que le défaut d'une telle problématique de l'intersectorialité par le planificateur, voire le manque de vision intersectorielle des politiques publiques, soient à l'origine de la faible qualité de l'action. Le développement de la problématique de l'intersectorialité dans ce cas aurait certainement aidé le planificateur à endosser son rôle de médiateur de l'action intersectorielle. Dans les cas *CS* et *SA*, ce n'est pas tant qu'une telle problématique ait été préalablement documentée par le planificateur mais plutôt qu'elle ait été articulée au travers des échanges bi et multilatéraux entre les acteurs grâce à la mobilisation. Dans le cas *NG*, une problématique du contexte et des acteurs aurait certainement contribué à faire voir la prédétermination des structures et du rôle des acteurs comme une avenue inopérante. Il faut souligner ici que les planificateurs de la DSP, issus d'une tradition d'expertise conseil en prévention – promotion et d'une culture technocratique, sont davantage portés à réaliser des problématiques à caractère technoscientifique qu'à caractère politique.

3 *LA PARTICIPATION COMME MOYEN D'INNOVATION SOCIALE*

On disait de l'innovation qu'elle naît de recombinaisons des entités des systèmes, qui opèrent autant au plan des rapports entre les acteurs qu'au plan de leurs logiques d'action, et qu'elle constitue donc un processus simultané de transformation de l'organisation et des savoirs. Les modifications du système de relations sociales (stratégiques ou culturelles) des acteurs expliquent la façon dont ils parviennent à travailler autrement, soutient Alter (1998). Puis, de l'innovation sociale, on disait qu'elle s'inscrit dans l'écart entre le statu quo, jugé insatisfaisant, et le désirable, cherchant à répondre aux nouveaux besoins sociaux (Fontan, 1998). Les pratiques développées dans le contexte des priorités régionales étudiées se situent sur le terrain de l'innovation sociale en ce qu'elles avaient explicitement pour mandat de ne pas reproduire l'organisation existante des services jugée problématique; et en ce que certaines d'entre elles se sont inscrites dans cette logique de l'innovation (le cas *VF* n'est pas entré dans cette logique de l'innovation). De plus, dans les partenariats étudiés, l'analyse des controverses montre qu'elles ont trait à deux questions interdépendantes, les préoccupations liées aux rapports de pouvoir entre les acteurs qui ne sont jamais très éloignées des préoccupations liées au sens de l'action. Aussi, l'élaboration de l'accord (des compromis) et la construction de la coopération passent-elles par un double processus de dé-reconstruction du rapport social entre les acteurs et de recombinaison de leurs logiques d'action. C'est à ces deux finalités que les investissements de forme ont été consacrés. Ces dispositifs très diversifiés sont des entités sociales (ex : un arrangement inter-organisationnel)

ou administratives (ex : un contrat), des représentations cognitives (ex : une définition, un plan d'action), qui agissent en intermédiaire (par ex : le partage d'un savoir commun) entre les acteurs de la situation. Le tableau 16, tiré de la méta-matrice inter-site insérée à l'annexe 7, rappelle les éléments clés de la comparaison des cas sur ces aspects.

La participation, dans la mesure où sa dynamique est suffisante, en permettant une recombinaison des rapports sociaux de partenariat et une recombinaison des logiques d'action, fait entrer le processus de structuration de l'action dans une dynamique d'innovation. C'est par cette logique de l'innovation que s'accroît la qualité de l'action. Le processus d'innovation apparaît être la deuxième des dimensions les plus actives (avec l'accès à l'information) du processus de structuration de l'action, eu égard à sa qualité. L'analyse comparative des cas cherchera à montrer comment les acteurs réinventent ou non leurs rapports sociaux, et notamment leurs rapports de pouvoir, à l'intérieur des partenariats étudiés, et dans quelles conditions le double processus de construction des rapports sociaux et du sens de l'action est générateur de qualité. La démonstration qui suit soutient la conclusion à l'effet que la planification qui s'engage dans une logique d'innovation emprunte, ce faisant et à certaines conditions, un chemin vers une amélioration de la qualité de l'action.

Tableau 16
Rapport entre l'état des controverses et la dynamique de l'innovation

	Controverses		Accord - Innovation	
	liées aux rapports de pouvoir	liées au sens de l'action	Construction du rapport social entre les acteurs	Construction du sens de l'action
VF	Concurrence I >> OC et OC-F >> OC-H pour reconnaissance de l'expertise et contrôle des ressources.	Logique systémique vs féministe. Logique PP vs organisation de services. Logique organisationnelle vs clinique du changement.	Cloisonnement. Contrats sectoriels*: obligations mutuelles et financement.	Juxtaposition de logiques contradictoires.
CS	Reconnaissance des savoirs et pratiques OC et féministes.	Logique féministe vs épidémiologique.	Structures partenariales* : dispositifs de réciprocité et d'équité. Contrats* : obligations mutuelles et financement.	Plate-forme* commune : conjugaison de paradigmes. Programmation conjointe*.
SA	Concurrence dépannage vs prise en charge. Reconnaissance concertation régionale OC.	Logique de solidarité publique vs de charité privée. Logique du dépannage vs sécurité alimentaire.	Structures partenariales* régionale – locale, I/OC : principes de réciprocité et d'équité. Contrats* : obligations mutuelles et financement.	Plate-forme* commune : conjugaison de paradigmes. Programmation régionale et locale arrimée*.
NG	Contrôle local sur structure et action vs planification centrale.	Logique intervention institutionnelle vs communautaire.	Structure régionale institutionnelle et structures partenariales locales*. Conformité des structures locales au cadre*/ contrôle institutionnel de la décision*. Contrats* : obligations et financement.	Adhésion au programme-cadre* : logique institutionnelle /logique communautaire dans les plans locaux.

*Dispositifs donnant forme à l'accord.
I >> OC : institutionnel vs communautaire; OC-F >> OC-H : organismes communautaires – femmes VS organismes communautaires hommes; VS : contre; PP : prévention - promotion.

3.1 Des moyens de réduire l'effet de subordination découlant du déséquilibre du pouvoir

Le pouvoir qui s'exprime au sein du partenariat trouve son ancrage à l'extérieur de l'espace partenarial lui-même (Kaddouri, 1997). L'idéal de partage du pouvoir, souvent évoqué comme condition de fonctionnement du partenariat, cache mal une réalité de relation asymétrique, caractéristique des partenariats public - communautaire. Le rapport de pouvoir est une source importante de conflits au sein des partenariats si les groupes disposant davantage de pouvoir cherchent un contrôle accru sur le partenariat, s'ils refusent de reconnaître la légitimité des groupes disposant de moins de pouvoir ou s'ils résistent aux efforts pour réduire les effets du déséquilibre du pouvoir. Dans les partenariats financés par une agence externe, tel que c'est le cas pour les partenariats étudiés, les membres qui ont la responsabilité du programme sont souvent placés dans une position de pouvoir plus grand que les autres membres contractants. Le déséquilibre du pouvoir dans les partenariats peut poser des problèmes opérationnels à moins que

les membres ne développent des formes d'égalisation de leurs rapports, ou qu'ils acceptent la légitimité de différents niveaux et types de pouvoir (Gagnon & Klein, 1991).

Dans les partenariats étudiés, qui sont des construits de rapports sociaux, différents mécanismes et structures viennent formaliser les rapports entre les partenaires. Ceux-ci tendent ou bien à contrer l'effet de subordination découlant du déséquilibre des rapports de pouvoir, ou bien à reproduire ces rapports. Le tableau 16 présente les dispositifs qui matérialisent les compromis en même temps qu'il rappelle les controverses qui sont à leur origine. Les structures et mécanismes qui tendent à favoriser un rapport social plus égalitaire sont de deux ordres : l'adoption de principes et de dispositifs de réciprocité et d'équité; le respect des structures locales et leur autonomie. De tels mécanismes ne font évidemment pas que les rapports de pouvoir entre les acteurs soient égalisés mais cherchent plutôt à créer des conditions devant favoriser la coopération. Ces mécanismes et règles opèrent dans l'espace administratif de la planification publique pour contrer les effets du déséquilibre structurel du pouvoir, de telle sorte à atteindre des performances au plan de la qualité²⁶⁸. En contrepartie, les mécanismes qui tendent à reproduire le déséquilibre du pouvoir sont des structures partenariales non-représentatives de la composition institutionnelle – communautaire des acteurs, la prédétermination des structures et des rôles des acteurs communautaires, un contrôle institutionnel sur la décision. Ces mécanismes ont tendance à exacerber les tensions et créer des conflits improductifs.

Le respect des structures locales et de leur autonomie est considéré comme une source d'*empowerment* des communautés en ce que cela favorise l'accroissement du contrôle des acteurs locaux sur les priorités et le développement de l'action et en ce qu'il s'agit d'une façon de renforcer les capacités d'une communauté ou du moins, de ne pas les amoindrir en les détournant au profit de finalités définies de l'extérieur. Dans les cas étudiés, le caractère égalitaire du partenariat eu égard à ce critère se reconnaît dans des arrangements où prend place la diversité des structures locales et de leurs plans d'action. Évidemment, cette diversité a trait ici au contrôle des acteurs locaux sur le développement de l'action dans un contexte où les priorités ont déjà été préalablement déterminées par l'instance planificatrice. Les mécanismes qui tendent à reproduire l'inégalité des rapports de pouvoir s'inscrivent évidemment à l'opposé et sont considérés comme une perte de pouvoir pour les communautés.

²⁶⁸ Cet argumentaire emprunte à Forester, théoricien de l'approche communicationnelle de la planification, l'idée que les mécanismes de la communication peuvent permettre de résister (« *resist* ») aux rapports structurels de pouvoir dans les démocraties capitalistes (Beauregard, 1998).

L'adoption de principes et de dispositifs de réciprocité et d'équité reflète un effort de construction d'un rapport social qui tend à réduire l'effet du déséquilibre du pouvoir entre les partenaires en conférant à chacun une représentativité équitable et un contrôle équivalent sur l'information rendue disponible et sur la décision. De tels principes et règles de fonctionnement découlent de la reconnaissance mutuelle des atouts dont disposent les acteurs institutionnels et communautaires pour la détermination et la conduite de l'action et permettent aux acteurs disposant de moins de pouvoir, généralement les organismes communautaires, de mieux mettre leurs atouts au bénéfice des projets. Parmi ces atouts, figurent l'information (modèles de pratiques, expertise dans des champs souvent peu investis par les services publics), l'appartenance à des réseaux, la capacité de rejoindre les populations marginalisées que cherchent souvent à rejoindre les programmes publics, qui viennent ajouter à la qualité de l'action. Un rapport social plus égalitaire entre partenaires publics et communautaires se construit donc sur la reconnaissance mutuelle des atouts. Dès lors que l'intérêt qu'ont les planificateurs dans ces mécanismes de réciprocité et d'équité est établi par les bénéfices qu'ils en retirent (meilleure information; meilleure décision; meilleure mobilisation pour la conduite de l'action), le renouvellement du rapport de pouvoir sur une révision à la hausse de la valeur des atouts devient possible.

Les ententes cadre entre l'État et le milieu communautaire pour l'allocation budgétaire sont de ces dispositifs qui font figure de compromis négociés et endossés par les parties. Ces conventions définissent les modalités de la coopération, au double plan des rapports sociaux et du sens de l'action, et représentent une plate-forme de référence pour la structuration de rapports moins inégalitaires entre les acteurs institutionnels et communautaires. Leur respect constitue une façon de favoriser le sens de l'équité au sein des partenariats. Il faut voir qu'un partenariat public – communautaire aux fins d'un projet donné ne peut être instauré en faisant fi de l'historicité des rapports, à la fois de conflits et de coopération, entre l'État et le milieu communautaire. Et précisément, ces rapports ont débouché, historiquement, sur des conventions. Ces ententes ne constituent pas un idéal de démocratie. Ce sont plutôt des ententes administratives qui comportent les conditions en deçà desquelles le sens de l'équité est compromis.

S'il est reconnu qu'une collaboration effective ne peut prendre place sans que les partenaires possèdent grossièrement une capacité égale d'influencer le développement de l'action, l'analyse comparative des cas montre que de chercher à construire un rapport de partenariat plus égalitaire en développant des moyens de contrer les effets du déséquilibre du pouvoir se présente aussi comme une condition de production de la qualité de l'action.

NG fait figure de cas type où la structure et les mécanismes du partenariat tendent à reproduire l'inégalité des rapports de pouvoir entre les acteurs. De tels mécanismes ont eu tendance à entraîner des conflits improductifs autour du contrôle de la décision et de l'excès d'encadrement. On en a déjà documenté les effets négatifs au plan de la qualité, relativement au peu d'ancrage du programme-cadre et à la solidité du modèle d'action, affaiblie par la rigidité d'une structure-cadre qui a de la difficulté à s'ajuster aux structures locales déjà existantes et à l'autonomie revendiquée par les acteurs locaux. L'expérience de *NG* montre que de favoriser les collaborations public - communautaire sans modifier le rapport utilitaire souvent observé dans ces partenariats²⁶⁹ n'est pas forcément un gain au plan de la qualité, puisque essentiellement, les pratiques institutionnelles cherchent alors à se prolonger au travers des pratiques communautaires, entraînant une perte au plan de la diversité des stratégies et ne favorisant pas l'innovation communautaire. Selon la même logique, le cas *SA* montre que le respect des structures locales, non seulement favorise le rallongement des réseaux mais aussi l'ancrage des modèles d'action. Le cas *NG* montre aussi, en ce sens, que l'autonomie des instances de concertation locale quant à l'élaboration des plans d'action locaux favorise leur ancrage vis-à-vis les besoins locaux et par là, la qualité de l'action.

Le cas *CS* fait quant à lui figure de cas type où des efforts ont été rigoureusement investis à la construction d'un rapport de partenariat fondé sur des principes et des dispositifs de réciprocité et d'équité, conditions préalables posées par l'acteur communautaire pour s'inscrire dans le partenariat et auxquelles ont souscrit les acteurs institutionnels. Ces conditions conduisent, au plan de la qualité, à la mise à profit des atouts dont disposent les partenaires, atouts qui se déclinent pour le partenaire communautaire, tel que déjà évoqués, en termes de représentation de la problématique, de réseaux, de pratiques alternatives. Un partenariat fondé sur l'équité permet la cohabitation d'une diversité de stratégies qui accroît d'autant le potentiel d'effets. La structure partenariale du cas *SA* a été établie sur cette même reconnaissance de la réciprocité et de l'équité entre les partenaires. On le reconnaît dans la synergie régionale-locale qui a été instaurée, bien que cet enjeu de l'équité n'ait pas été central dans le développement du partenariat, étant donné la composition très largement communautaire des instances partenariales.

Ainsi, il se trouve que les conditions devant être assurées pour éviter que le partenariat ne demeure qu'un cadre de gestion des rapports sociaux au service des intérêts de l'élite dirigeante sont les mêmes que les conditions qui favorisent la qualité de l'action.

²⁶⁹ Le financement par projet est souvent identifié comme une forme de ce rapport utilitaire. On lui reproche de ne financer que la portion des activités qui s'inscrit dans les finalités des programmes publics alors que la portion restante, généralement celle de la critique sociale, ne se trouve ni financée ni reconnue.

3.2 *La confrontation - conjugaison des paradigmes d'action*

Les partenariats, plutôt que d'être fondés sur des valeurs communes, sont le plus souvent fondés sur des systèmes d'action contradictoires, reflet de la position sociale respective des partenaires et de leurs intérêts, ce qui fait que ceux-ci ne s'identifient pas forcément à un grand tout. Dans la mesure où les partenaires ont une capacité à peu près égale d'influencer le développement de l'action, la problématisation et les solutions construites naissent de cette confrontation de perspectives et la probabilité que les informations nécessaires soient rassemblées pour résoudre le problème s'en trouve accrue. Et pour qu'une pluralité de points de vue puissent venir nourrir la décision, on le discutait précédemment, des mécanismes doivent permettre que tous les points de vue puissent être entendus, malgré la position sociale des acteurs.

Pour mieux saisir comment opère cette diversité dans le processus de construction du sens de l'action, nous retournons à la théorie des conventions de Boltanski et Thévenot (1987, 1991, cités dans Amblard, 1996) évoquée en deuxième partie, où trois situations de coopération peuvent résulter de la rencontre d'univers de sens différents : celle de la coopération établie sur la primauté des principes du monde dominant; celle de la juxtaposition des mondes où la coopération porte sur des objets non conflictuels; celle du compromis entre les mondes. La situation de compromis est celle où la construction de la coopération opère par une sorte de dosage des systèmes d'action des acteurs concernés, en vue d'un bien commun. Sur cette idée de bien commun, on retiendra que le partenariat apparaît une avenue possible lorsque au minimum, des acteurs se partagent des objectifs pour une même population. On retiendra aussi qu'il s'agit de compromis qui se montrent suffisants à l'implication des acteurs sans que toutes ambiguïtés soit levées, ce qui implique la nécessité de clarifications répétées. Or, deux univers de sens, deux mondes parmi les six développés par les théoriciens (les mondes de l'inspiration, de l'opinion, domestique, civique, industriel et marchand), animent surtout les partenariats étudiés. Le milieu communautaire est surtout mu par les principes du monde civique, où prédominent des valeurs d'équité, de liberté, de solidarité et où prime l'intérêt public, alors que les institutions publiques sont surtout mues par les principes du monde industriel, où prédominent la rationalité, le professionnalisme, l'efficacité, sans que les principes du monde civique n'en soient totalement absents. Les notions d'universalité et d'accessibilité des services publics, invoquées dans la gestion des entreprises publiques, peuvent en effet être associées au monde civique. Par leur préoccupation pour l'intérêt public, les services publics et le milieu communautaire se rapprochent. Ainsi, placer les intérêts de la population au centre des enjeux favorise la coopération. Il s'agit d'une valeur (une grandeur commune) partagée par les deux mondes comme une finalité. Dans la situation de compromis, la coopération se construit autour d'une finalité partagée et requiert la cohabitation des paradigmes.

Cette situation est bien illustrée par le cas *CS*, où le terrain d'entente sur les informations à être diffusées aux femmes est cette finalité partagée. Le dosage des registres d'action épidémiologiste et féministe a conduit le partenaire institutionnel à abandonner son objectif terminal de changement de comportements. Ce qui ne l'a cependant pas empêché de mettre plutôt l'accent sur le dépistage du cancer du sein alors que le partenaire communautaire mettait plutôt l'accent sur l'image sociale des seins. Mais tous deux livrent un message cohérent sur les trois modes de dépistage. Établir un tel compromis a permis aux acteurs d'agir en complémentarité sans se contredire. Ce compromis s'est stabilisé dans la production d'une trousse qui fait ici figure de dispositif de consolidation et d'innovation. Celle-ci associe ensemble des objets extraits des trois mondes (incluant l'approche culturelle) pour produire quelque chose de commun qui dépasse les mondes d'origine. Un compromis comparable a été atteint dans le cas *SA* autour de l'idée d'un continuum où le dépannage alimentaire figure à une extrémité comme une mesure d'urgence, malgré les principes émancipateurs qui animent des groupes tel le Groupe-Ressource, peu enclins à admettre le dépannage dans le spectre des avenues possibles. Dans les deux cas, les compromis ont exigé de chacune des parties une révision de ses principes d'action pour être en mesure d'admettre les pratiques de l'autre. Cela permet aux acteurs d'agir avec un minimum de concertation et de réduire la concurrence entre eux. La cohabitation des paradigmes d'action signifie un élargissement de la conception des problèmes et des solutions de chaque acteur et l'acceptation d'un espace d'action conjoint qui admette la diversité. La situation est bien illustrée par la mise en place dans ces expériences, mais aussi dans d'autres expériences de partenariat, de structures hybrides, comités ou organismes ayant un pied dans chaque monde et qui jouent le rôle d'intermédiaire par lequel les compromis sont élaborés.

Si la cohabitation des paradigmes d'action favorise la coopération, il se trouve qu'elle favorise aussi la qualité de l'action. Revenant à la typologie de Boltanski et Thévenot, on peut soutenir sur la base des quatre cas étudiés que la situation de résolution des controverses par le compromis s'est montrée la plus fructueuse au plan de la qualité. La solution de la coopération établie sur la primauté des principes du monde dominant, illustrée par le cas *NG*²⁷⁰, s'est avérée moins productive au plan de la qualité puisqu'elle entraîne une perte de diversité des pratiques et qu'elle est la moins susceptible de générer des innovations. La situation de juxtaposition des mondes, tel que peut l'illustrer le cas *VF*, n'apparaît pas plus fructueuse à court terme, mais elle a l'avantage d'éviter des compromis trop coûteux qui pourraient s'imposer dans certains contextes. En se référant à l'association entre qualité et valorisation de la diversité des pratiques qui émerge de l'analyse des cas, on peut soutenir que de demeurer à l'extérieur d'un exercice de coordination peut se révéler parfois une meilleure avenue au

²⁷⁰ Dans ce cas, les partenaires ne se partageaient pas des objectifs pour une même population. Ce sont plutôt les objectifs d'intervention sélective de l'acteur dominant qui l'ont emporté sur les objectifs d'intervention communautaire.

plan de la qualité : la diversité se trouve préservée et le potentiel de coopération est maintenu pour un exercice ultérieur. Cette position force de plus les acteurs du champ à poursuivre la réflexion autour de la problématisation. À cet égard, l'expérience des comités de planification tripartites en santé mentale a déjà montré que la position de contestation adoptée par le milieu communautaire a fait davantage avancer la réflexion dans le champ qu'une position d'acceptation du modèle proposé (Guay, 1991). Les situations de coordination minimale peuvent donc être souhaitables, du point de vue des résultats. Le partenariat est un mode d'organisation des relations entre acteurs qui reste tributaire de la dynamique sociale d'ensemble à laquelle ils participent. Un partenariat peut contribuer à renforcer des identités organisationnelles mais un partenariat destructeur d'identités n'est pas un gain au plan de la diversité des pratiques sociales, génératrice de qualité.

La cohabitation des paradigmes d'action et la reproblématisation conjointe observées dans les expériences étudiées sont des logiques d'innovation qui favorisent la qualité de l'action. La conjugaison des paradigmes se traduit en un potentiel accru d'entraînement auprès de différents réseaux et de différents segments de la population. Par la confrontation des paradigmes sur la base de leurs bénéfices pour les populations et par la création de modèles multi-stratégiques, la conjugaison des paradigmes donne lieu à des modèles d'action mieux ancrés et plus solides, devant la complexité des problèmes à résoudre, et à des solutions plus viables. C'est la conjugaison des paradigmes d'action qui crée la plus-value du travail en partenariat. Ce travail de conjugaison dépasse l'effort de coordination administrative et opère dans l'univers du renouvellement des façons d'intervenir. Cette dé-reconstruction du sens de l'action, génératrice de qualité, nous semble opérer à certaines conditions. Partant des expériences étudiées, nous en dégageons trois.

Première condition, le renouvellement des rapports de partenariat se présente comme nécessaire à l'innovation dans l'intervention. Pour qu'émergent de nouvelles rationalités, les acteurs doivent parvenir à modifier leurs rapports sociaux et leurs règles. Sans un tel renouvellement, le processus résulte en une reconduction des logiques d'action (le cas *VF*) ou en une extension de la logique d'action de l'acteur qui dispose initialement des bases de pouvoir (le cas *NG*). C'est l'illustration du principe de symétrie considéré au fondement de l'élaboration de l'innovation, dans la théorie de la traduction. Dans les cas *CS* et *SA*, c'est d'abord l'innovation dans leurs rapports de partenariat qui a permis l'innovation dans l'intervention. L'arrangement régional – local – public – communautaire du cas *SA* fait ici figure d'innovation en ce qu'il déssectorise la recherche, la planification et l'intervention et en ce qu'il crée un levier régional d'action arrimé au palier local, plutôt que de concevoir la planification centrale et l'autonomie locale uniquement comme des forces rivales. Il en résulte des actions au palier régional, de représentation et d'influence, qui soutiennent et prolongent l'action

locale et renforcent la qualité de l'action. Un modèle inter-organisationnel régional – local du même genre a commencé de se construire en cours de projet dans le cas *NG* autour du groupe des travailleurs de milieu, qui a donné le coup d'envoi de la stratégie d'influence. Un tel arrangement régional – local se présente donc comme un moyen d'atteindre les niveaux d'action exo et macro en prolongement de l'action locale. Le cas *SA* au palier local soutient la même démonstration. L'idée d'un continuum d'action en sécurité alimentaire deviendra une innovation dans la mesure où elle entraînera une transformation des rapports de compétition en rapport de coopération entre les acteurs locaux de l'aide alimentaire. Idem dans le cas *CS* où la pochette d'information fait figure d'innovation en alliant des informations technologiques et psychosociales, reflet d'un renouveau du partenariat, alors que le rapport traditionnel entre les acteurs tend plutôt à présenter ces informations comme étant contradictoires.

Dans le cas *NG*, le programme-cadre peut être considéré en soi comme une idée innovante en ce qu'il cherche à reconstruire un modèle d'action à partir des logiques technoscientifiques et communautaires. La reconduction du rapport utilitaire institutionnel - communautaire constitue dans ce cas un obstacle à la transformation d'une idée innovante en innovation sociale. La discussion du cas soutient que la difficulté des acteurs à dépasser les barrières à la coopération institutionnelle – communautaire (par exemple, celles entourant la confidentialité et la référence) logent dans le non-renouvellement de leur rapport de partenariat. On peut avancer l'hypothèse qu'un rapport de partenariat plus interactif, permettant une recombinaison des logiques épidémiologique et d'intervention communautaire, conduirait à l'émergence de modèles qui permettent de rejoindre et de favoriser l'intégration des plus exclus à la vie communautaire sans porter préjudice à la mission des organismes communautaires et aux populations déjà desservies. Auquel cas, l'innovation se matérialiserait. Les données actuelles, évoquées dans l'explication de la qualité du cas *NG*, soutiennent cette voie d'innovation puisque les programmes à orientation communautaire tendent à ne pas rejoindre les plus exclus alors que *NG*, par son approche sélective, parvient à rejoindre ces familles alors que leur intégration au milieu communautaire pose des difficultés.

Deuxième condition de la conjugaison des paradigmes d'action comme avenue de qualité, l'élargissement de la configuration des acteurs. D'abord, la logique de l'innovation suppose un espace de combinaison rendu possible par la participation d'acteurs porteurs de visions différentes. Or, dans un champ d'action multisectoriel tel celui de la prévention - promotion de la santé et du bien-être, l'élargissement de la participation accroît la possibilité d'innovation. Le cas *NG* dans son volet d'influence tend à appuyer cette assertion, tout comme, par la négative, le cas *VF*. Ensuite, la conjugaison des paradigmes exige des acteurs qu'ils soient placés dans des conditions propices, c'est-

à-dire dans un contexte de travail où ils sont en mesure de prendre une distance vis-à-vis de l'action immédiate, de concevoir un dépassement des pratiques actuelles (par ex., cloisonnées) et une réarticulation des ressources, de sorte à penser des stratégies préventives de plus longue portée. Tel était, de l'avis des participants, la plus-value de leur participation à la démarche des priorités (Bilodeau et al., 1998, chapitre 7).

Enfin, la représentativité de la configuration d'acteurs doit être pensée en termes stratégiques, c'est-à-dire en vertu d'objectifs larges de changement à atteindre, plutôt qu'en termes de coordination administrative des dispensateurs (publics, communautaires) retenus en vertu de la complémentarité des services qu'ils rendent. Le sens stratégique de la représentativité de la configuration d'acteurs est celui des alliances souhaitables pour débloquer des impasses, des conflits, de telle sorte à faire avancer le processus de construction de l'action. Il réfère à l'entrée en scène d'acteurs névralgiques, incontournables pour réaliser le changement. Le sens stratégique de la représentativité de la configuration d'acteurs est celui qui tient compte des rapports sociaux interpellés dans un projet, de telle sorte à faire évoluer ces rapports dans une direction donnée. Ce sens stratégique a été évoqué dans l'analyse du cas *VF* où la prise en compte de l'évolution des rapports sociaux hommes / femmes, centraux dans le champ d'action de la violence faite aux femmes, aurait dû conduire à l'association de tiers acteurs qui avaient le potentiel d'entraîner, certes, une modification des enjeux, mais aussi d'inscrire le projet dans le sens d'un renforcement de l'évolution de ces rapports dans la société. Un tel projet ne pouvait se situer en de ça de la reconnaissance sociale de la violence conjugale comme un crime. Également, dans les cas *SA* et *NG*, la prise en compte du rapport social des bien nantis aux plus pauvres conduit à penser la représentativité des acteurs en fonction d'une stratégie de changement et à s'allier à des acteurs intéressés à générer un changement social dans un sens donné (Centraide dans le cas *SA*; Le Carrefour de pastorale en monde ouvrier dans le cas *NG*). Cette conception stratégique de la configuration des acteurs prend appui sur la théorie de l'innovation où l'amélioration du produit opère sous l'influence d'acteurs stratégiques porteurs des dimensions qui manquent à sa qualité.

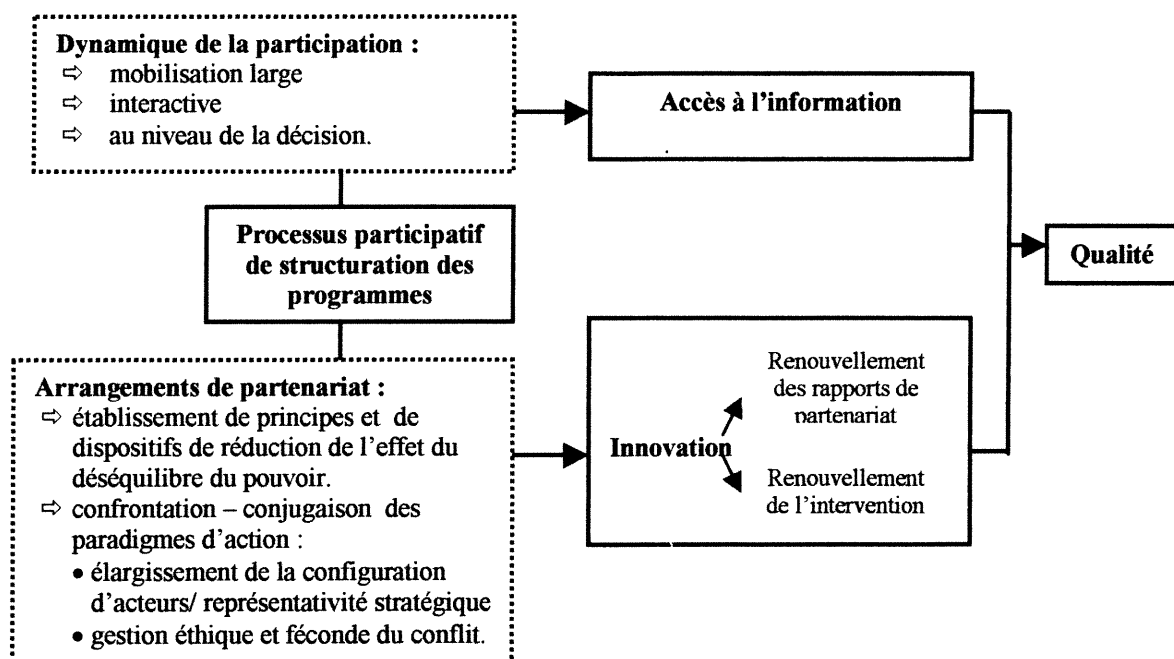
Troisième condition, la reconnaissance de la différence et du conflit comme des forces utiles à la construction de la qualité. La dynamique de l'innovation en est une de confrontation de logiques différentes, de savoirs différents, d'intérêts différents. Ce n'est pas de l'homogène mais de l'hétérogène que naissent les tensions qui permettent la création (Clénet & Gérard, 1994). L'innovation est un processus simultané de transformation de l'organisation et des savoirs et résulte de la combinaison d'intérêts et de rationalités multiples. Ce qui fait du conflit une dynamique intrinsèque à la logique de l'innovation; et de la capacité à gérer le conflit de façon productive un

atout indispensable du médiateur. On évoquait en discutant du contexte cette incapacité à gérer le conflit qui a fait que les acteurs du cas *VF* sont demeurés à l'intérieur d'une logique de cloisonnement et ne sont pas entrés dans une logique d'innovation. Devant l'effondrement des certitudes de la science et la nécessaire pluralité des approches qu'appelle la complexité des situations, une réflexion commence de naître dans le champ de la prévention – promotion au Québec, notamment en santé publique, sur une gestion éthique et féconde du conflit dans l'élaboration des politiques et programmes par le développement d'une éthique de la discussion (Bourgeault, 1998, qui se réfère à Habermas, 1987, 1992). Une telle approche invite à la reconnaissance de la diversité, à la confrontation des idées et leur remise en question qu'impose la prise en compte du point de vue de l'autre, au dévoilement des intérêts sous-jacents aux conflits, à l'acceptation de la dissidence, plutôt qu'à un rétrécissement de la recherche de consensus, souvent ramenée à la décision majoritaire, comme une voie d'évitement du conflit et comme une nouvelle certitude.

4 *L'ACCÈS À L'INFORMATION ET L'INNOVATION COMME PRINCIPES ACTIFS DU PROCESSUS CONDUISANT À LA QUALITÉ DES PROGRAMMES PARTICIPATIFS*

Le développement théorique issu de cette recherche peut être représenté, tel que le montre la figure suivante, par le chaînage de la participation à la qualité en empruntant les chemins de l'accès à l'information et de l'innovation sociale, qualité de l'action qui sera accrue dans la mesure où, par ces chemins, certaines conditions reliées à la dynamique de la participation et aux arrangements de partenariat soient satisfaites.

Figure 11
Les caractéristiques du processus qui conditionnent la qualité des programmes participatifs



S'attarder à la participation dans les démarches de planification a conduit à montrer que la dynamique de la participation, à certaines conditions, par l'accès à l'information qu'elle permet, constitue un moyen d'amélioration de la qualité de l'action. Puis de s'attarder aux arrangements de partenariat a permis de montrer qu'à certaines conditions, ceux-ci introduisent dans la planification une dynamique d'innovation. Une telle dynamique de l'innovation entraîne des gains au plan de la qualité de l'action. La participation, comme moyen d'accès à l'information et comme outil d'innovation constitue donc une avenue d'amélioration de la qualité de l'action et présente, à ce titre, un potentiel d'accroissement de l'efficacité. Si la planification participative contribue à la qualité par l'élargissement de l'accès à l'information, sa dynamique comporte les exigences de l'atteinte d'un tel résultat, en termes d'étendue des points de vue qu'elle mobilise, selon le niveau où elle engage les protagonistes et en fonction d'une intensité qui permette la négociation des perspectives. Et si la participation contribue à la qualité par la dynamique de l'innovation qu'elle instaure dans la démarche de planification, cette dynamique de l'innovation comporte les exigences d'un gain de qualité, en termes de renouvellement du rapport social entre les acteurs et de recombinaison de leurs logiques d'action.

L'établissement d'un partenariat sur la base de principes de réciprocité et d'équité et d'une conjugaison des logiques d'action présuppose l'adoption d'une posture épistémologique où la diversité des savoirs est reconnue. Le paradigme conventionnel de la planification socio-sanitaire centré sur la formation, de l'expert vers l'intervenant, permet peu la reconnaissance des savoirs autre que le savoir technoscientifique. Les expériences étudiées montrent que l'engagement des acteurs dans une perspective de co-construction, à la fois des savoirs et des structures du partenariat, favorise l'explicitation et la valorisation des savoirs, leur cohabitation dans des modèles d'action supérieurs au plan de la qualité. Un tel changement de perspective demande un renouvellement des compétences des planificateurs. Travailler selon une approche qui cherche à faire face à l'incertitude, plutôt de chercher à la rationaliser, ne requiert pas d'eux les mêmes compétences. Cette compétence, c'est celle de savoir traiter des situations complexes en univers incertains, savoir non codifié qui prend appui sur l'expérience et sur l'appartenance à des réseaux de pairs (Alter, 1998).

Dans un contexte de planification participative, l'effort de composer avec l'incertitude et donc de développer ses ressources par itération et selon la contingence devient une compétence. C'est l'acceptation et le traitement de l'incertitude, ce qui signifie l'intégration de la notion d'apprentissage (le planificateur devant intégrer progressivement des informations dont il ne disposait pas initialement), qui apportent compétence et autonomie, un capital professionnel qui se transforme en ressource stratégique, c'est-à-dire en capacité de jouer, de se positionner en acteur dans un système social changeant, de sorte à l'influencer, plutôt que de se positionner vis-à-vis ce système en

observateur et en expert conseil ou encore en planificateur-décideur²⁷¹. Faut-il mentionner que sur ce terrain les acteurs institutionnels et communautaires rivalisent de compétences. Dans un contexte de planification participative, l'effort de médiation du planificateur entre des logiques, des savoirs, des intérêts différents devient aussi une compétence qui se transforme en ressources d'innovation, c'est-à-dire en capacité de changement. Dans les cas *CS* et *SA*, cet effort est passé par la mise en place de structures de médiation, hybrides, ayant un pied dans chaque monde, où les parties sont dûment représentées et détiennent équitablement un contrôle sur la décision, où les arbitrages sont possibles et où se fabriquent les compromis.

²⁷¹ Cet argumentaire sur la compétence des gestionnaires dans un contexte de planification participative des services publics prend appui sur l'idée d'apprentissage collectif dans les situations d'innovation de Alter (1998), développée dans un contexte industriel.

CONCLUSION

Cette thèse s'inscrit dans la problématique de l'amélioration des pratiques planificatrices et partenariales en promotion de la santé et du bien-être, en vertu de l'atteinte de finalités d'efficacité des politiques et programmes publics. Sa contribution est celle d'éclairer les processus de structuration des programmes en montrant les principes actifs devant favoriser des gains de qualité. Partant d'une analyse de pratiques participatives et partenariales qui cherchait à reconnaître et tirer profit des plus prometteuses, les conclusions de notre recherche constituent, dans un dialogue entre la recherche et la pratique, un retour susceptible de contribuer au débat toujours actuel sur la révision des approches d'intervention et la modification des pratiques professionnelles en promotion de la santé, afin d'en accroître l'efficacité sur la santé et le bien-être des populations (Potvin & Gauvin, 2000).

On le rappelait en entrée en matière de cette thèse, l'action concertée de partenaires issus de différents milieux est une voie largement promue, tant dans la communauté scientifique que dans les milieux d'intervention (McLeroy et al., 1988; Butterfoss et al., 1993; Goodman et al., 1996; Wandersman et al., 1996; Chamberland et al., 1996), ou dans les orientations et politiques gouvernementales en matière de santé et de bien-être (MSSS, 1992a, 1997), pour agir plus efficacement sur une diversité de facteurs qui exercent une action synergique, et à différents niveaux systémiques, sur la santé et le bien-être des populations.

Le défi s'est d'abord présenté comme étant celui de la mobilisation et de l'engagement de partenaires identifiés dans un programme prédéfini. Puis, avec les bilans plutôt négatifs de cette approche (McLeroy, 1988; Goodman et al., 1993, 1995), le défi s'est transporté vers une plus grande prise en compte des priorités, intérêts et capacités des acteurs des communautés dans l'élaboration des programmes et la conduite de l'action. Les études de bilan de ces expériences (McLeroy et al., 1994; Delaney, 1994b; Wandersman et al., 1996; Fawcett, 1995, 1997; Labonte & Robertson, 1996; Goumans & Springett, 1997; Gillies, 1998) tendent à conclure qu'elles entraînent des résultats mais que leur impact dépend de la participation étendue des populations; de l'implication des leaders des communautés au sein des partenariats; et plus largement, de l'appui tangible des autorités politiques. Elles montrent aussi la difficulté à modifier le partage du pouvoir et du contrôle de la décision entre les représentants de la population et les acteurs internes des systèmes, conditions pourtant reconnues pour favoriser le maintien de la participation et accroître l'efficacité des interventions.

Une façon de s'intéresser à ce défi est de se tourner vers les approches qui réhabilitent l'acteur au cœur des processus et qui s'intéressent à l'interaction entre l'intervention, les acteurs et leur

environnement dans l'étude des programmes (Monnier, 1987, 1992; Guba & Lincoln, 1989; Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995; Allard, 1996). La théorie de la traduction, qui gagne en intérêt dans le champ de la promotion de la santé, s'inscrit dans cette perspective de la recherche centrée sur les acteurs. Parce qu'elle propose une alternative à l'évaluation d'implantation fondée sur l'approche de la diffusion des programmes (Champagne et al., 1990), elle est d'abord apparue comme un cadre pertinent pour l'évaluation de l'implantation des programmes engageant plusieurs partenaires en promotion de la santé (Demers, 1993; Bilodeau & Allard, 1997; Cinq-Mars & Fortin, 1999). Notre recherche, en recourant à cette théorie, cherchait plutôt à jeter un éclairage différent pour une compréhension de la genèse de l'action en partenariat en lien avec sa qualité et à dégager des pistes pour un renouvellement des pratiques planificatrices et partenariales.

1 UNE CONTRIBUTION À LA COMPRÉHENSION DES PROCESSUS MENANT À UNE PLUS-VALUE DE QUALITÉ DE L'ACTION EN PARTENARIAT

Le développement théorique auquel donne lieu notre recherche s'inscrit dans la lignée des auteurs qui, s'intéressant aux acteurs, ont défini l'action en partenariat en termes de rapports de pouvoir et de négociations entre des organisations (Gray, 1985; Kaddouri, 1997; Fortin et al., 1994; Delaney, 1994a, b; O'Neill et al., 1997; Costongs & Springett, 1997b; Goumans & Springett, 1997). Sur la question centrale du partage d'une même vision entre les partenaires de l'action concertée, les travaux de Delaney (1994a,b) soutenaient que la volonté de coopérer des organisations est au moins aussi importante que la convergence de leurs objectifs pour le développement de l'action en partenariat. Nos résultats ajoutent à cette compréhension que la volonté de coopérer sera accrue en présence d'un médiateur capable de rallier les acteurs, au-delà de leurs différences, autour d'intérêts communs. Dans notre étude, le recours à la théorie de Boltanski & Thévenot (1987, 1991, cités dans Amblard et al., 1996) est éclairant sur cette question en ce qu'il permet de reconnaître, dans les justifications d'acteurs pourtant socialement distancés, des rationalités communes, le plus souvent d'un niveau supérieur, telles des rationalités de l'ordre de l'intérêt public, de la solidarité sociale ou de la réciprocité entre partenaires, autour desquelles peuvent se construire des objectifs partagés. Nos résultats montrent à cet égard que les espaces partagés sont davantage possibles au niveau des rationalités supérieures que des rationalités immédiates des acteurs. Par ailleurs, parvenir à de telles rationalités partagées est nécessaire pour dépasser le niveau de la coordination et élaborer l'action en partenariat. Nos résultats rejoignent ici ceux de Delaney (1994b). De plus, dans notre étude, l'analyse du rapport entre ces processus et la qualité des interventions conclue que, dans les partenariats qui mobilisent des acteurs en provenance d'horizons différents et qui œuvrent à partir de paradigmes d'action différents, la qualité de

l'action sera favorisée par une solution de cohabitation des paradigmes d'action, plutôt que par la recherche d'approches ou de visions communes. Notre analyse tend à montrer que ce que se partagent des organismes de cultures différentes n'est pas tant une vision commune du problème et des solutions, ce qui découlerait en fait de la primauté d'un paradigme, mais plutôt l'adoption de principes généraux et de finalités partagées envers une population, de telle sorte à aboutir à des positions communes sur des composantes de l'action (un projet commun) qui font figure de zones de compromis. Cela n'empêche pas les acteurs de réaliser les activités selon leurs principes, théories et stratégies, mais leur permet d'agir en complémentarité sans se contredire. Plutôt que de rechercher le partage d'une vision commune, la cohabitation des paradigmes d'action tend vers la recherche d'un dénominateur commun qui soit suffisant pour qu'il y ait coopération.

Une autre question centrale dans l'étude du partenariat chez ces auteurs est celle de la formalisation des échanges, où ils soutiennent qu'un certain degré de formalisation est requis pour la planification et la réalisation de l'action, tout en soulignant que les enjeux de la collaboration inter-organisationnelle ne peuvent être ramenés à une question d'arrangements administratifs (Costongs & Springett, 1997b; Delaney, 1994a, b; Goumans & Springett, 1997). Tout en réaffirmant ces conclusions, nos résultats précisent que ces arrangements administratifs sont des règles que se donnent les acteurs de sorte à contrer l'effet de subordination découlant du déséquilibre de leur rapport de pouvoir, et ils sont des dispositifs qui viennent stabiliser les compromis. Ce qui est apparu, dans notre étude, comme des conditions devant permettre à différentes visions de se faire valoir dans le processus décisionnel et à la dynamique de l'innovation d'opérer.

Nos résultats viennent aussi ajouter à la pertinence d'une approche de développement des partenariats fondée sur l'élaboration de consensus de base entre des acteurs aux cultures et statuts différenciés (principes d'action, modes de fonctionnement dans le respect des différences), sur la compréhension des conflits, sur la négociation et la médiation, sur la souplesse des structures et le caractère itératif de la démarche de planification et d'action, que mettent de l'avant des auteurs (Delaney, 1994b; Ouellet et al., 1995; Degeling, 1995; Costongs & Springett, 1997b), plutôt que de prendre appui sur les étapes linéaires de la planification classique (Goodman et al., 1996, 1998; Wandersman et al., 1996; Butterfoss et al., 1993, 1996a, b; Crozier-Kegler et al., 1998). En effet, nos résultats ajoutent que cette approche pour le développement de l'action en partenariat s'est montrée appropriée, dans les partenariats étudiés, pour développer les conditions qui ont conduit à une plus-value au plan de la qualité des interventions.

Enfin, eu égard à l'atteinte de finalités de l'ordre de l'efficacité des programmes, nos résultats soutiennent l'idée que l'action en partenariat n'entraîne pas nécessairement des gains au plan de la qualité des interventions et que de tels gains pourront être enregistrés qu'à certaines conditions. Le fait d'avoir intégré au cadre conceptuel de notre recherche la dimension des rapports de pouvoir et de culture (White, 1990; Panet-Raymond & Bourque, 1991; Lamoureux, 1994a, b; Vaillancourt, 1994; Panet-Raymond, 1994) et la dimension du rapport entre les savoirs (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995), en prenant appui sur des auteurs qui en ont montré l'importance dans la compréhension des rapports de partenariat, nous a conduit à montrer comment ces dimensions interagissent dans la dynamique de la participation et dans quelles conditions elles sont porteuses de gains au plan de la qualité des interventions.

Nos résultats nous conduisent à reformuler ainsi le défi actuel des défenseurs de l'action concertée en promotion de la santé, soit celui, non seulement de rassembler des acteurs pertinents et intéressés autour d'un projet conjoint à construire, mais aussi de le faire de telle sorte que, réunis, ils parviennent à faire davantage et mieux que s'ils agissaient isolément.

2 *UNE CONTRIBUTION AU RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES PLANIFICATRICES ET PARTENARIALES*

Devant le constat d'un succès mitigé de l'action en partenariat, alors que persiste la croyance en la pertinence ou au caractère incontournable de l'approche dans le champ de la prévention – promotion de la santé et du bien-être, des auteurs en appellent à une ré-ingénierie des processus, de telle sorte à en accroître la pertinence et les résultats (Delaney, 1994a,b; Degeling, 1995; Sindall, 1997; Costongs & Springett, 1997b). Si la plupart des études sur le partenariat sont centrées ou bien sur le processus ou bien sur les résultats, tel qu'en témoigne la problématique présentée en première partie, la démarche de cette thèse cherchait plutôt à relier processus et résultats et elle comporte des pistes pour la ré-ingénierie des processus de manière à entraîner des gains au plan du résultat.

Prenant appui sur la méthodologie de l'élaboration des réseaux que Callon développe autour des moments clé de la traduction (Callon, 1986; Amblard et al., 1996), notre recherche conduit à proposer d'articuler le développement des programmes en partenariat autour des moments clé de la traduction, soit : 1^e) la problématisation, étape préparatoire de mobilisation des acteurs autour d'un projet général et provisoire, susceptible de conduire à des convergences, projet qui peut n'être au départ que l'intention d'apporter une réponse à une question générale, tout en englobant la position singulière de chacun; 2^e) la résolution des controverses, par le recours à des principes supérieurs structurants (ex : la réciprocité, l'équité), à des grandeurs communes ou des finalités partagées (ex : l'intérêt de la

population), au-delà de la spécificité des acteurs, et où l'effort de médiation prend tout son sens; 3°) la construction de l'accord, par l'établissement de dispositifs qui permettent de stabiliser une situation pour une certaine durée, de matérialiser les compromis afin de permettre aux acteurs de coopérer. Ces dispositifs très diversifiés peuvent être des entités sociales (ex : un arrangement inter-organisationnel), administratives (ex : un contrat), des représentations cognitives (ex : une définition, un plan d'action), et pour qu'ils soient opératoires, ils doivent agir en intermédiaire (par ex : le partage d'un savoir commun) entre les acteurs de la situation. Par le recours à des dispositifs successifs, les acteurs se trouvent enrôlés dans un système d'action en ce sens que s'est dessinée pour chacun d'eux une fonction, une mission qui a du sens à leurs yeux et où ils trouvent intérêt.

Les conditions de succès rattachés à ces trois moments se trouvent dans la mobilisation de la participation, de manière à entraîner la confrontation d'une pluralité d'approches et une véritable négociation autour de la prise de décision; et, plus avant, dans l'établissement de dispositifs de coopération cherchant à réduire l'effet de subordination associé au déséquilibre du pouvoir entre les partenaires et à favoriser la conjugaison des paradigmes d'action.

Cette voie pour une ré-ingénierie de l'action en partenariat comporte des propositions pour un renouvellement du rôle du planificateur, qui devient médiateur dans un contexte de planification participative, et qui devient promoteur de l'innovation dans un contexte de demande de changement. Elle propose un renouvellement des compétences des planificateurs par une extension de la notion d'expertise pour y inclure l'intelligence des contextes et des rapports sociaux entre les acteurs dans un champ d'action donné, de sorte à ce qu'ils soient mieux en mesure d'agir en médiateur dans la résolution des conflits. Également le développement de compétences stratégiques, telles la capacité de réseautage, la capacité d'apprentissage in situ, de manière à se positionner en acteur plutôt qu'en observateur - expert dans un système d'action en construction. Autant de compétences qui, dans un contexte de demande de changement, se transforment en ressources d'innovation. Dans un contexte de planification participative ainsi repensé, l'utilisation de l'information générée par la participation ne dépend plus seulement de la vigilance des administrateurs (White, 2000), mais aussi de la dynamique interactive de la participation. Aussi, repenser la planification participative en terme de médiation signifie de repenser la configuration des systèmes d'action sur une base inter-organisationnelle, tel que le conçoit De Coninck (1997) en positionnant les acteurs communautaires en acteurs internes des systèmes dans le champ de la promotion de la santé.

Plutôt que de placer la formation de l'expert vers les acteurs de la communauté au centre des préoccupations des planificateurs, tel que c'est le cas dans l'approche fonctionnaliste du développement de l'action en partenariat (Butterfoss et al., 1996a; Goodman et al., 1996, 1998), la voie proposée place plutôt l'échange d'informations, la négociation et la médiation au centre des stratégies. En effet, nos résultats appuient l'idée que la solidité des plans d'action ne dépend pas d'abord du niveau de compétences des acteurs des communautés mais plutôt de la valorisation de leurs savoirs et expériences et de la combinaison de savoirs de diverses sources de sorte à multiplier et enrichir les stratégies d'action. Nos résultats soutiennent l'idée que la solidité de l'action relève en fait d'abord de conditions fondamentales, tels les rapports sociaux entre les acteurs, avant que de dépendre de conditions instrumentales, telle la formation.

La voie de développement de l'action en partenariat qui découle de notre recherche s'inscrit dans une conception politique de la planification qui place au centre de l'élaboration des programmes la négociation et l'ajustement mutuel entre des acteurs aux positions sociales et aux valeurs et objectifs différents et qui conçoit l'élaboration des programmes comme une activité itérative et contingente (Elmore, 1978; Monnier, 1987, 1992; Denis et al., 1996; O'Neill et al., 1997). Cette voie emprunte aussi à l'approche communicationnelle en planification par le recours à des normes procédurales, des dispositifs d'égalisation des rapports entre des acteurs par ailleurs socialement distancés de sorte à favoriser l'expression équitable de la diversité des points de vue dans la négociation (Denis et al., 1996b; Hamel, 1997; Beauregard, 1998).

La voie de développement de l'action en partenariat qui découle de notre recherche suppose un changement de paradigme permettant la reconnaissance de la diversité des savoirs et l'adoption d'une approche de co-construction des structures du partenariat et de l'action. Nos résultats s'inscrivent ici en continuité de plusieurs auteurs qui ont discuté des limites de l'approche rationaliste pour l'élaboration des programmes publics (Hamel, 1986, 1995; Monnier, 1987, 1992; Guba & Lincoln, 1989). Les expériences étudiées montrent d'ailleurs une évolution des pratiques à cet égard. Surtout, elles permettent de témoigner de la pertinence d'un tel changement du point de vue de l'atteinte de résultats, en même temps que les critiques à ce jour se multiplient en défaveur du paradigme rationaliste et des formes²⁷² qu'il emprunte pour s'ajuster au nouveau contexte de la participation (White, 2000). En contrepartie, nos résultats soutiennent que la persistance du rôle traditionnel de l'expert au travers de l'évolution des pratiques planificatrices vers la participation constitue un

²⁷² Ces ajustements du paradigme rationaliste au contexte de la participation sont divers et peuvent être figurés par le contrôle des priorités, des structures et des rôles des partenaires par le biais de la détermination des conditions du financement; par l'approche d'habilitation des acteurs en vue de la réalisation des étapes de la planification empruntées au modèle rationaliste; par le maintien d'un contrôle évaluatif externe; toutes pratiques qui consistent à maintenir le contrôle des professionnels sur les programmes.

obstacle à l'atteinte de résultats. En effet, dans la mesure où les planificateurs publics et les bailleurs de fonds, malgré le virage participatif, persistent à se voir comme étant le pôle du savoir et de la détermination de l'action, alors que les acteurs du milieu sont plutôt vus comme étant le pôle de l'exécution, il est peu probable que les partenariats public – communautaire n'entraînent de gains additionnels au plan des résultats. La perspective d'analyse retenue dans notre étude met en relief le fait que le paradigme rationaliste ne permet pas adéquatement de faire face aux nouveaux enjeux de l'efficacité associés à la participation, en ne reconnaissant pas la diversité des savoirs et en occultant les rapports de pouvoir et de culture entre les acteurs et la dimension du conflit. Or, la reconnaissance de ces dimensions dans l'analyse qui a été faite des pratiques en montre l'importance pour l'accroissement de la qualité de l'action en ce qu'elles sont à la base d'un élargissement des visions et des stratégies d'action, et par là, de l'accroissement de la qualité. Nos résultats viennent ici s'ajouter à ceux de la méta-analyse de Gillies (1998) dans le sens de gains d'efficacité associés à un engagement élevé des communautés dans la détermination et la conduite de l'action.

3 *LA PORTÉE ET LES LIMITES DE LA RECHERCHE*

Le potentiel d'utilité de cette recherche réside dans la pertinence des connaissances qu'elle produit eu égard à un champ d'action, à des politiques et des programmes publics, en s'inscrivant dans un dialogue entre recherche et pratique, ce dialogue étant le propre de la recherche appliquée et le lieu de son utilité (Dijk, 1986; Swanborn, 1996). Parce qu'il découle d'une analyse des pratiques planificatrices et partenariales déployées par un même planificateur dans une seule région, le développement théorique auquel donne lieu notre recherche mérite d'être testé dans d'autres contextes pour en connaître la généralisabilité. Cette validation ne s'inscrit toutefois pas dans la perspective de produire des connaissances fondamentales généralisables, mais s'inscrit plutôt dans ce dialogue constant entre la recherche et l'amélioration des pratiques dans un champ d'action donné.

En tenant compte des limites liées à la généralisabilité du développement théorique de notre recherche, et en respectant cet esprit de dialogue entre recherche et pratique, les connaissances produites dans notre recherche, notamment son cadre conceptuel et le développement théorique auquel elle donne lieu, constituent des outils théoriques aptes à soutenir la réflexion critique des professionnels de la promotion de la santé sur leurs pratiques. Les connaissances produites constituent aussi des outils théoriques pour articuler de façon plus opérationnelle et en vertu de l'atteinte de résultats les principes directeurs des politiques et programmes publics en promotion de la santé, le plus souvent énoncés dans les termes vastes de la mobilisation des communautés ou de la

concertation (MSSS, 1992a, 1997). Les outils théoriques produits dans cette thèse peuvent aussi utilement servir à des fins d'évaluation de programme.

Cependant, le développement théorique de cette recherche aurait été renforcé et par là, son potentiel d'utilité sociale, si elle avait disposé de données couvrant une plus longue période, de manière à porter sur des résultats plus distaux. Dans notre étude, la dimension de la qualité des programmes a été appréciée sur la base des propriétés intrinsèques des programmes (effet d'entraînement, solidité et ancrage des modèles d'action) et sur la base de résultats proximaux (Bickman, 1985), soit en termes de participation des populations visées, de réalisation des activités prévues, de satisfaction (viabilité des solutions). L'analyse a donc porté surtout sur des indicateurs du potentiel d'efficacité des programmes plutôt que sur leurs effets socio-sanitaires à plus long terme. Le prolongement de l'analyse sur la phase 1998-2001 des mêmes programmes pourrait d'ailleurs répondre à cette limite en permettant de renforcer (ou d'invalider) les différentes dimensions du développement théorique émergent.

De plus, parce qu'elle est spécifique à un contexte, les conclusions auxquelles arrive notre recherche concernent les partenariats où prédominent les acteurs publics et communautaires. Ses conclusions sont pertinentes à ce contexte puisque les conditions de la qualité des programmes qui y sont élaborées découlent précisément de la position sociale et de la distance sociale entre les acteurs publics et communautaires, et de la différence mais aussi des rapprochements entre leurs visions des problèmes et des solutions et leurs paradigmes d'action. Il serait pertinent et utile de reproduire la même recherche dans des contextes de partenariats où prédominent des acteurs publics sectoriels ou intersectoriels, ou encore des acteurs publics et privés. Dans le cas des acteurs publics, les caractéristiques du processus devant conduire à une plus-value de qualité des interventions y seraient sans doute différentes de celles identifiées dans notre étude, les enjeux de la sectorisation dans le domaine public n'étant pas du même ordre que les enjeux du rapport public-communautaire, notamment à cause de la position sociale des acteurs qui y est moins socialement distanciée et à cause des logiques d'action que nous présumons être moins contrastées. Des études ayant documenté les processus dans ces contextes, notamment celles portant sur les expériences de *Villes et villages en santé* où davantage d'acteurs publics intersectoriels sont mobilisés, tendent à supporter cette hypothèse (Degeling, 1995; Costongs & Springett, 1997b; O'Neill et al., 1997).

BIBLIOGRAPHIE

- Allard D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : Trajet épistémologique*. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal, 252 p.
- Alter N. (1993). Innovation et organisation: deux légitimités en concurrence. *Revue française de sociologie*, (34), 175-197.
- Alter N. (1998). Quelques principes de l'analyse sociologique de l'innovation. *Éducation permanente*, 1(134), 21-34.
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livan Y.F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Seuil, 256 p.
- Bailey D., McNally Koney, K. (1996). Interorganizational community-based collaboratives: A strategic response to shape the social work agenda. *Social Work*, 41(6), 602-611.
- Baum F., Cooke R. (1992). Healthy Cities Australia: The evaluation of the pilot project in Noarlunga, South Australia. *Health Promotion International*, 7 (3), 181-193.
- Baum F., Sanders D. (1995). Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda ? *Health Promotion International*, 10 (2), 149-160.
- Baum F., Sanderson C., Jolley G. (1997). Community participation in action: an analysis of the South Australia Health and Social Welfare Councils. *Health Promotion International*, 12(2), 125-134.
- Beaudoin A. (1990). Analyse des problèmes sociaux faite par la Commission Rochon. Sa portée et ses conséquences. *Service social*, 39 (2), 141-158.
- Beaudry M. (1984). *Les maisons des femmes battues au Québec*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 110 p.
- Beauregard R.A. (1998). Writing the planner. *Journal of Planning Education and Research*, 18, 93-101.
- Beeman J., Panet-Raymond J., Rouffignat J. (1996). *Du dépannage alimentaire au développement communautaire: des pratiques alternatives*. Montréal: Université de Montréal, École de Service social, 68 p.
- Benson J.K. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20, 229-249.
- Berman P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. In H.M. Ingram & D.E. Mann (Éds), *Why policies succeed or fail* (pp. 205-227). Beverly Hills / London: Sage Publications.
- Bernard P. (1993). Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale. *Sociologie et société*, 25 (2), 171-189.
- Bernoux P. (1993). *La sociologie des organisations*. Paris: Seuil, 378 p.

- Bickman L. (1985). Improving established statewide programs. A component theory of evaluation. *Evaluation Review*, 9 (2), 189-208.
- Bickman L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 33, 5-18.
- Bickman L., Peterson K.A. (1990). Using program theory to describe and measure program quality. *New Directions for Program Evaluation*, 47, 61-72.
- Bilodeau A. (1987). *La violence conjugale: recherche d'aide des femmes*. Québec: Les Publications du Québec, 144 p.
- Bilodeau A. (1994). Dynamique de recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale. In M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (Éds), *Violence conjugale, recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal* (pp.231-250). Boucherville: Gaétan Morin.
- Bilodeau A., Allard D. (1997). *Comment l'évaluation participative et formative peut-elle contribuer à améliorer l'issue des partenariats intersectoriels en promotion de la santé et du bien-être*. Colloque: L'évaluation axée sur l'innovation. Montréal: 6e Colloque de la Société québécoise d'évaluation de programme, 14 novembre.
- Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. et al. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 225 p.
- Blaikie N.W.H. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. *Quantity and Quality*, 25 (2), 115-136
- Bloxham S. (1997). The contribution of interagency collaboration to the promotion of young people's sexual health. *Health Education Research*, 12 (1), 91-101.
- Bolduc N., Lemieux V. (1992). *Les facteurs influençant la formation des coalitions*. Sainte-Foy: Université Laval, Laboratoire d'études politiques et administratives, 31 p.
- Boltanski L., Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard, 483 p.
- Bouchard C. (1997). L'innovation sociale existe-t-elle? *Interface*, 18 (6), 41-43.
- Bourgeault G. (1998). Éthique et santé publique: à propos des conflits de valeurs. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2), 225-240.
- Boyce W. (1993). Evaluating participation in community programs : An empowerment paradigm. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 8(1), 89-102.
- Brunk S.E., Goepfinger J. (1990). Process evaluation. Assessing re-invention of community-based interventions. *Evaluation & The Health Professions*, 13 (2), 186-203.
- Butterfoss F.D., Goodman R.M., Wandersman A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8(3), 315-330.

Butterfoss F.D., Goodman R.M., Wandersman A., Valois R.F., Chinman M.J. (1996a). The Plan Quality Index. An empowerment evaluation tool for measuring and improving the quality of plans. In D. Fetterman, S. Kaftarian & A. Wandersman (Éds), *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability* (pp.304-331). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Butterfoss F.D., Goodman R.M., Wandersman A. (1996b). Community coalitions for prevention and health promotion: Factors predicting satisfaction, participation and planning. *Health Education Quarterly*, 23, 65-79.

Butterfoss F.D., Morrow A.E., Rosenthal J., Dini E., Crews R.C., Webster J.D., Louis P. (1998). CINCH: An urban coalition for empowerment and action. *Health Education & Behavior*, 25 (2), 212-225.

Callon M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.

Callon M., Latour B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé*, 36, 13-25.

Centre d'entreprise. (1996). *Étude de cas. Forum économique de Verdun*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, Faculté d'administration, 57 p.

Chambers D.E. (1993). An overview of a style of policy analysis. In D.E. Chambers (Éd.), *Social policy and social programs. A method for the practical public policy analyst* (pp. 69-95). New York, Oxford, Singapore, Sydney: Maxwell Macmillan International.

Chambon J.L., David A., Devevey J.M. (1982). *Les innovations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 127 p. (collection Que sais-je?).

Chamberland C., Dallaire N., Féchette L., Lindsay J., Hébert J., Cameron S., Beaudoin G. (1996). *Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez des jeunes et leur famille: portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite*. Montréal: Université de Montréal, École de service social, 116 p.

Champagne F., Contandriopoulos A-P., Denis J.-L. (1990). *La recherche évaluative en santé*. Montréal: Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Champagne F. (1994). Acétates du Séminaire en évaluation de programme, 2-3 juin 1994. *Évaluation des programmes de santé*. Montréal: Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 64 p.

Cheadle A., Beery W., Wagner E., Fawcett S., Green L., Moos D., Plough A., Wandersman A., Woods I. (1997). Conference report: Community-based health promotion. State of the art and recommendations for the future. *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (4), 240-243.

Checkoway B. (1994). Paul Davidoff and advocacy planning in retrospect. *Journal of the American Planning Association*, 60 (2), 139-142.

Chen H.T. (1990). *Theory-driven evaluation*. Newbury Park: Sage, 326 p.

Cinq-Mars M., Fortin D. (1999). Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 14 (2), 57-83.

Clénet J., Gérard C. (1994). *Partenariat et alternance en éducation. Des pratiques à construire*. Paris: Harmattan, 184 p.

Cloutier C., Hamel P. (1991). Les services urbains: le défi du partenariat pour le milieu communautaire. *Cahiers de géographie du Québec*, 35(95), 257-283.

Colin C., Desrosiers H. (1989). *La périnatalité au Québec. Naître égaux et en santé*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 153 p.

Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. (1991). *Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté. Le point de vue des femmes enceintes de Montréal*. Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Sacré-cœur, Département de santé communautaire, 289 p.

Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Éditions St-Martin, 259 p.

Colin C. (1992). L'approche en milieu défavorisé et le programme intégré de services en périnatalité: vers des interventions plus efficaces. In Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire, *Naissance et Pauvreté: des interventions ... à partager. Les actes du Colloque des 31 octobre et 1^{er} novembre 1991* (pp. 13-30). Montréal: Impressions Au point.

Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire (1992). *Naissance et Pauvreté: des interventions ... à partager. Les actes du Colloque des 31 octobre et 1^{er} novembre 1991*. Montréal: Impressions Au point, 204 p.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport*. Québec: Les publications du Québec, 803 p. (Commission Rochon).

Confédération des organismes familiaux du Québec (1992). L'intervention auprès de femmes enceintes de milieu défavorisé: une vision de l'avenir et du partenariat. In Comité Provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire, *Naissance et Pauvreté: des interventions ... à partager. Les actes du Colloque des 31 octobre et 1^{er} novembre 1991* (pp. 149-156). Montréal: Impressions Au point.

Conseil des Affaires sociales et de la famille (1984). *Objectif: Santé*. Québec: Gouvernement du Québec, 217 p.

Consortium de chercheurs (1998). *Synthèse de l'évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) au Québec*. Québec: Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires & Université du Québec, École nationale d'administration publique, 122 p.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Pineault R. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes*. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 16 p.

Costongs C., Springett, J. (1997a). Toward a framework for the evaluation of health-related policies in cities. *Evaluation*, 3(3), 345-362.

Costongs C., Springett J. (1997b). Joint working and the production of a City Plan: The Liverpool experience. *Health Promotion International*, 12(1), 9-19.

Cros F. (1998). L'innovation en éducation et en formation: vers la construction d'un objet de recherche ? *Éducation permanente*, 1(134), 9-20.

Crozier M., Friedberg E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris : Seuil. 500 p.

Crozier-Kegler M., Steckler A., Maleck S.H., McLeroy K. (1998). A multiple case study of implementation in 10 local project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research*, 13(2), 225-238.

Crozier M. (1998). À propos de l'innovation. *Éducation permanente*, 1(134), 35-40.

Cullingworth J.B. (1994). Alternate planning systems. Is there anything to learn from abroad ? *APA Journal*, (spring), 162-172.

Dadoy M. (1998). L'innovation sociale, mythes et réalités. *Éducation permanente*, 1(134), 41-53.

Dallaire N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion / prévention, une réflexion dans le champ enfance – jeunesse - famille*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal, 304 p.

Dam J.T. (1996). Healthy research in cities: A case study on the translation of health research into action in The Netherlands. *Health Promotion International*, 11(4), 265-276.

De Coninck P. (1997). L'implication des citoyens ordinaires dans le processus d'aide à la décision en santé publique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4 (2), 152-162.

Degeling P. (1995). The significance of «sectors» in calls for urban public health intersectoralism: An Australian perspective. *Policy and Politics*, 23 (4), 289-301.

Delaney F. (1994a). Making connections: Research into intersectoral collaboration. *Health Education Journal*, 53, 474-485.

Delaney F. (1994b). Muddling through the middle ground: Theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. *Health Promotion International*, 9 (3), 217-225.

Demers A., Maltais, D., Trickey, F. (1993). Construction d'un programme en santé communautaire: Du projet planifié à l'action implantée. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 8(1), 11-32.

Denis J.L., Fleury M.J., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Langley A., Pineault R., Sicotte C. (1996a). La planification et le changement. Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec. In M. Tremblay, H., Nguyen, & J. Turgeon (Éds), *La planification régionale des services sociaux. Enjeux politiques et méthodologiques* (pp. 41-50). Québec: Les publications du Québec.

Denis J.L., Brémont M., Contandriopoulos A.P., Cazale L., Leibovich E. (1996b). *Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé*. Montréal: Université de Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, 33 p.

Desjardin N., Kishchuk N., Lamoureux M. C. (1994). Jeunes et toxicomanie: Évaluation des objectifs et de l'implantation des activités d'un programme concerté de prévention et de promotion de la santé. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 13 (2), 145-161.

Desrosiers G. (1984). Histoire de la santé publique au Québec. *Canadian Journal of Public Health*, 75, 359-363.

Dijk J.V. (1986). Methods in applied social research: special characteristics and quality standards. *Quality and Quantity*, 20, 357-70.

Direction de la santé publique. (1997). *Les actes du colloque Partenaires pour la prévention. Première conférence régionale en prévention – promotion. 26-27 novembre 1996*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 127 p.

Direction de la santé publique. (1998). *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 p.

Drais É. (1998). Au risque d'innover. Une triple articulation entre risque et innovation. *Éducation permanente*, 1(134), 55-65.

Dumont F. (1994). Approche des problèmes sociaux. In F. Dumont, S. Langlois & Y. Martin (Éds.), *Traité des problèmes sociaux* (pp2-22). Montréal: Institut québécois de recherche sur la culture.

Elden M., Levin M. (1991). Cogenerative Learning. Bringing participation into action research. In W.F. White, *Participatory Action Research* (pp. 127-142). Newbury Park/ London /New Delhi: Sage Publications.

Elmore R.F. (1978). Organizational models of social program implementation. *Public Policy*, 26 (2), 185-228.

Eng E., Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 199-220.

Epp J. (1986). *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa: Santé et bien-être social Canada. 13 p.

Favreau L. (1995). Quand l'économique interpelle le social: les nouveaux enjeux de l'intersectorialité dans le champ de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 8(1), 235-244.

Fawcett S.B., Paine-Andrews A., Francisco V.T., Schultz J.A., Richter K.P., Lewis R.K., Williams E.L., Harris K.J., Berkley J.Y., Fisher J.L., Lopez C.M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 677-697.

Fawcett S.B., Lewis R.K., Paine-Andrews A., Francisco V.T., Richter K.P., Williams E.L., Copple B. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse: The case of Project Freedom. *Health Education & Behavior*, 24(6), 813-828.

Friedmann J., Hudson B. (1974). Knowledge and action: A guide to planning theory. *AIP Journal (january)*, 2-15.

Fontan J.M. (1998). Innovation sociale et société civile québécoise. *Possible*, 22 (3-4), 116-135.

Fortin J.P., Groleau G., O'Neill M., Lemieux V., Cardinal L., Racine P. (1992). Villes et Villages en santé: Les conditions de réussite. *Promotion de la santé*, 31 (2), 6-10.

Fortin J.P., Groleau G., Lemieux V., O'Neill M., Lamarche P. (1994). *L'action intersectorielle en santé*. Québec: Université Laval & Direction régionale de la santé publique de Québec, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé. Rapport final, 183 p., Rapport synthèse, 44 p.

Fortin J.-P., Lamarche P.A., Groleau G., Morisset J., Lemieux V., O'Neil M. (1996). Planification régionale et action intersectorielle. In M. Tremblay, H. Nguyen, J. Turgeon (Éds), *La planification régionale des services sociaux et de santé* (pp. 145-153). Québec: Les publications du Québec.

Fournier D., Guberman N., Beeman J., Gervais L. (1995). *Regard sur la culture organisationnelle communautaire: deux études de cas*. Montréal: Université du Québec à Montréal, 75 p.

Fournier P. (1998). La santé publique: concepts et pratiques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2), 132-139.

Gagnon C., Klein J.L. (1991). Le partenariat dans le développement local: tendances actuelles et perspectives de changement social. *Cahiers de Géographie du Québec*, 35 (95), 239-255.

Gallouj F. (1998). L'innovation dans les services et ses mythes. *Éducation permanente*, 1(134), 67-78.

Gamson W.A. (1961). A theory of coalition formation. *American Sociologist Review*, 26(1), 373-383.

Gélinas K. (1999). La concertation, les consensus, les ententes. Des actions autour du processus décisionnel. *Dire*, 8(3), 25-27.

Gillies P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international*, 13(2), 99-120.

Godbout J.T., Paradeise C. (1988). La gestion néo-corporatiste du social. *Revue internationale d'action communautaire*, 19(59), 97-103.

Gottfredson G.D. (1986). A theory-ridden approach to program evaluation: A method for stimulating researcher-implementer collaboration. *Evaluation Studies Review Annual*, 11, 522-533.

Goodman R.M., Steckler A., Hoover S., Schwartz R. (1993). A critique of contemporary community health approaches: Maine - A multiple case study. *American Journal of Health Promotion*, 7, 208-220.

Goodman R.M., Wandersman A. (1994). FORECAST: A formative approach to evaluating community coalitions and community-based initiatives. *Journal of Community Psychology*, CSAP Special issue, 9-25.

Goodman R.M., Weeler F.C., Lee P.R. (1995). Evaluation of the Heart to Heart project: Lessons from a community-based chronic disease prevention project. *American Journal of Health Promotion*, 9, 443-455.

Goodman R.M., Wandersman A., Chinman M., Imm P., Morrissey E. (1996). An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 24 (1), 33-61.

Goodman R.M., Speers, M.A., McLeroy K., Fawcett S., Kegler M., Parker E., Smith S.R., Sterling T.D., Wallerstein N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 25(3), 258-278.

Goumans M., Springett J. (1997). From projects to policy: « Healthy Cities » as a mechanism for policy change for health? *Health Promotion International*, 12(4), 311-322.

Gouvernement du Québec. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 181 p.

Gray B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38 (10), 911-936.

Guay L. (1991). Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 4(2), 43-58.

Guba E.G., Lincoln Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park / London / New Delhi: Sage Publications, 294 p.

Guba E.G. (Éds.). (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park: Sage, 424 p.

Guberman N., Fournier D., Belleau J., Beemen J., Gervais L. (1994). Des questions sur la culture organisationnelle des organismes communautaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 45-62.

Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. Paris: Fayard, 448 p.

Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 2. Critique de la raison fonctionnaliste*. Paris: Fayard, 480 p.

Hamel J., Dufour S., Fortin D. (1993). *Case study methods*. Sage Publications, 76 p.

Hamel P. (1986). Les pratiques planificatrices dans le contexte actuel: comment interpréter l'appel à la participation? *Revue internationale d'action communautaire*, (15), 65-76.

Hamel P., Manseau H., Saez G. (1988). Présentation. Repenser les solidarités étatiques. *Revue internationale d'action communautaire*, 19(59), 3-6.

Hamel P. (1993). Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat. *Sociologie et Société*, 25(1), 173-188.

Hamel P. (1995). La question du partenariat: de la crise institutionnelle à la redéfinition des rapports entre sphère publique et sphère privée. *Cahiers de recherche sociologique*, 24, 87-106.

Hamel P. (1997). La critique postmoderne et le courant communicationnel au sein des théories de la planification: une rencontre difficile. *Cahiers de Géographie du Québec*, 41 (114), 311-321.

Hamel J. (1998). Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels. *Cahiers internationaux de Sociologie, CIV*, 121-138.

Healey P. (1990). Policy processes in planning. *Policy and Politics, 18 (1)*, 91-103.

Huberman M., Miles M. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael, 480 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSP) (1999). *Les chantiers de l'Institut national de santé publique du Québec. Sommaire des travaux en cours et à venir*. Québec: Gouvernement du Québec, 18 p.

Jacobs-Starkey L., Kuhnlein H., Gray-Donald K. (1998). Food bank users: sociodemographic and nutritional characteristics. *Canadian Medical Association Journal, 158 (9)*, 1143-1149.

Joseph K.S., Kramer M.S. (1997). Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 157 (5)*, 535-541.

Kaddouri M. (1997). Partenariat et stratégies identitaires: une tentative de typologisation. *Éducation permanente, 2 (131)*, 109-125.

Kirk J., Miller M.L. (1986). *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Newbury Park/London/New Delhi: Sage, 87 p.

Konrad E.L. (1996). A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Directions for Evaluation, 69*, 5-19.

Kumpfer K.L., Turner, C., Hopkins R., Librett, J. (1993). Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health Education Research, 8 (3)*, 359-374.

Labonte R., Robertson A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly, 23 (4)*, 431-447.

Lamarche P.A. (1996). Décentralisation et démocratisation: des enjeux déterminants de la transformation des systèmes socio-sanitaires. In M. Tremblay, H. Nguyen, J. Turgeon (Éds), *La planification régionale des services sociaux et de santé* (pp. 30-39). Québec: Les publications du Québec.

Lamoureux H. (1994). Intervention communautaire: des pratiques en quête de sens. *Nouvelles pratiques sociales, 7(1)*, 33-43.

Lamoureux H, Lavoie J, Mayer R, Panet-Raymond J (éds) (1996). *La pratique de l'action communautaire*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 436 p.

Lamoureux J. (1994a). *L'articulation des dynamiques institutionnelles et communautaires: Une expérience paradoxale dans le domaine de la santé mentale*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal, 305 p.

Lamoureux J. (1994b). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 235 p.

Landry C. (1994). Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord. In C. Landry & F. Serre (Éds), *École et entreprise, vers quel partenariat?* (pp. 7-27). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Langlois R. (1990). *S'appauvrir dans un pays riche*. Montréal: CEQ, Éditions St-Martin, 141 p.

Lebeau A., Vermette G., Viens C. (1998). Développer la concertation intersectorielle: des conditions à l'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(2), 194-205.

Lécuyer C. (1994). *Bilan de mise en œuvre: Programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 98 p.

Leduc-Gauvin J. (Sous la direction de). (1996). *Agir ensemble pour contrer l'insécurité alimentaire*. Montréal: Ordre professionnel des diététistes du Québec, 36 p.

Levasseur M. (1983). *Des problèmes prioritaires : la maladie selon les âges de la vie*. Québec: Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 189 p.

Lincoln Y.S., Guba E.G. (1985). Establishing trustworthiness. In: YS Lincoln & EG Guba (éds), *Naturalistic Inquiry* (pp. 289-331). Newbury Park, CA: Sage.

Lindsay J., Ouellet F., Saint-Jacques MC. (1991). *Les groupes de traitement pour conjoints violents. Recension critique portant sur le traitement, son efficacité, sa mesure*. Québec: Université Laval, École de service social, Centre de recherche sur les services communautaires, 76 p.

Maroy C. (1997). Le partenariat: concept ou objet d'analyse ? *Éducation permanente*, 2 (131), 29-36.

Martin C., Boyer G. et al. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux & Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 213 p.

Mattessich P.W., Monsey B.R. (1992). *Collaboration: What makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. St-Paul, Minnesota: Amherst H. Wilder Foundation.

Mayer R., Laforest M. (1990). Problème social: le concept et les principales écoles théoriques. *Service social*, 39(2), 13-43.

Mayer J.P., Soweid R., Dabney S., Brownson C., Goodman R.M., Brownson R.C. (1998). Practices of successful community coalitions: A multiple case study. *American Journal of Health Behavior*, 22(5), 368-377.

McLeroy K.R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.

McLeroy K.R., Kegler M., Steckler A., Burdine J. M., Wisotzky M. (1994). Community coalitions for health promotion: Summary and further reflections. *Health Education Research*, 9 (1), 1-11.

Milio N. (1990). Healthy Cities: The new public health and supportive research. *Health Promotion International*, 5 (4), 291-297.

Ministère des Affaires sociales (1973). *La périnatalité, une politique du Ministère des Affaires sociales*. Québec: Gouvernement du Québec, 83 p.

Ministère de la Justice et Ministère du Solliciteur général. (1986). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Québec: Gouvernement du Québec, 36 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (1987). *Une Politique d'aide aux femmes violentées*. Québec: Gouvernement du Québec, 52 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Gouvernement du Québec, 94 p. (Réforme Côté).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992a). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec., 192 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992b). *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel. Promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes*. Québec: Gouvernement du Québec, 45 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992c). *Intervention auprès des conjoints violents. Orientations*. Québec: Gouvernement du Québec, 23 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993). *Politique de périnatalité*. Québec: Gouvernement du Québec, 101 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Justice, Ministère de la Sécurité publique, Ministère de l'Éducation, Secrétariat à la condition féminine, Secrétariat à la famille. (1995a). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec: Gouvernement du Québec, 77 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Justice, Ministère de la Sécurité publique, Ministère de l'Éducation, Secrétariat à la condition féminine, Secrétariat à la famille. (1995b). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale. Engagement des ministères et de leurs réseaux*. Québec: Gouvernement du Québec, 26 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec: Gouvernement du Québec, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*. Québec : Gouvernement du Québec, 146 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^{er} bilan*. Québec : Gouvernement du Québec, 204 p.

Mintzberg H. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris: Dunod, 455 p.

- Monnier E. (1987). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Economica, 169 p.
- Monnier E. (1992). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*. Deuxième édition revue et augmentée. Paris: Economica, 245 p.
- Nélisse C. (1994). La croisée du formel et de l'informel: entre l'État et les partenariats. *Lien social et politiques -RIAC*, 32, 179-187.
- Nunez A., Colomer C., Peiro R., Alvarez-Dardet C. (1994). The Valencian community Healthy Cities network: Assessment of the implementation process. *Health Promotion International*, 9 (3), 189-198.
- Nutbeam D. (1996). Healthy Islands: A truly ecological model of health promotion. *Health Promotion International*, 11 (4), 263-264.
- Oderkirk, J. (1992). Les banques alimentaires. *Tendances sociales canadiennes, (printemps)*, 7-14.
- O'Neill M. (1991). La participation dans le secteur des affaires sociales: le Québec face aux récentes suggestions de l'Organisation mondiale de la santé. In J.T. Godbout (Éd), *La participation politique. Leçons des dernières décennies* (pp. 79-118). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- O'Neill M., Lemieux V., Groleau G., Fortin J.P., Lamarche P.A. (1997). Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion International*, 12 (1), 79-87.
- Organisation mondiale de la santé (1986a). *Ottawa Charter for health promotion*. International Conference on Health Promotion. Genève: WHO, 19-21 novembre.
- Organisation mondiale de la santé. (1986b). *Healthy Cities: Action strategies for health promotion*. Copenhagen: Bureau régional européen. Dépliant officiel.
- Ouellet F., Forget G., Durand D. (1994). Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area. *Health Promotion International*, 9 (3), 153-159.
- Ouellet F., Paiement M., Tremblay P. H. (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique & CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 72 p.
- Ozawa C.P., Seltzer E.P. (1999). Taking our bearings: mapping a relationship among planning practice, theory, and education. *Journal of Planning Education and Research*, 18, 257-266.
- Panet-Raymond J., Bourque D. (1991). *Partenariat ou Pater-nariat? La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile*. Montréal: Université de Montréal, École de service social, 175 p.
- Panet-Raymond J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires. À l'ombre de la loi 120. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 79-93.

Panet-Raymond J., Lavoie J. (1996). Le financement. In H. Lamoureux, J. Lavoie, R. Mayer & J. Panet-Raymond (Éds), *La pratique de l'action communautaire* (pp. 73-114). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Parazelli M. (1994). *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire*. Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec, 18 p.

Pelchat Y., Wilkins R. (1987). *Dossier naissances: quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveaux-nés de la région 06A (Montréal métropolitain) 1979-1983*. Montréal: Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain, 102 p.

Perreault M., Labadie J-F., Boyer G., Bouchard F., Routhier S., Léveillé D., Racine P., Colin C., Denis J.L. (1994). Promotion de la santé en milieu défavorisé. *Éducation santé*, 89, 4-9.

Perreault M., Bouchard F., Léveillé D., Boyer G., Colin C. (1996). Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse des besoins de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 3 (2), 173-186.

Poland B.D. (1996). Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part II: Potential content foci. *Health Promotion International*, 11 (4), 341-349.

Potvin L., Gauvin L. (2000). Recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé. Avant-propos. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7 (1), 52-57.

Redjeb B. (1994). Du communautaire dans la réforme Côté: analyse de l'affirmation de la normativité des systèmes. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 95-109.

Prud'homme D. (1994). Impact des maisons d'hébergement sur les femmes violentées et leurs enfants. In M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (Éds), *Violence conjugale, recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal* (pp.341-362). Boucherville: Gaétan Morin.

Renaud M., Bouchard L. (1994). Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de santé. *Interface*, 15(2), 15-25.

Renaud M. (1997). Allocution de Monsieur Marc Renaud, Président, Conseil québécois de la recherche sociale. In Direction de la santé publique, *Les actes du colloque Partenaires pour la prévention. Première conférence régionale en prévention – promotion. 26-27 novembre 1996*. (pp. 19-24). Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

René J.F., Fournier D., Gervais L. (1997) *Transformation des pratiques en contexte de régionalisation à Montréal*. Montréal: Centre de formation populaire, 91 p.

Rinfret-Raynor et S. Cantin (Éds). (1994). *Violence conjugale, recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*. Boucherville: Gaétan Morin, 487 p.

Rogers E.M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York: Free Press, 453 p.

Rogers P.J., Hough G. (1995). Improving the effectiveness of evaluations: making the link to organizational theory. *Evaluation and program planning*, 18 (4), 321-332.

- Rosenthal B. (1997). Dealing with conflict in coalitions. In K. Kaye & T. Wolff (Éds), *From the ground up! A workbook on coalition building and community development* (pp. 74-92). Amherst, MA: AHEC/Community Partners.
- Rossi P.H, Freeman H.E. (1982). *Evaluation, a systematic approach*. New Delhi / London: Sage Publications, 350 p.
- Scheirer M.A. (1994). Designing and using process evaluation. In J.S. Wholey, H.P. Hatry & K.E. Newcomer (Éds), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schön D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. (traduction de The reflective practitioner. How professionals think in action. 1983). Montréal: Éditions Logiques, p. 45-102.
- Sindall C. (1997). Intersectoral collaboration: The best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 12(1), 5-7.
- Smith M.F. (1989). *Evaluability assessment - A practical approach*. Boston: Kluwer, 222 p.
- Smith J.K. (1990). Goodness criteria. In E.G. Guba (Éd), *Paradigm dialog* (pp. 167-197). Newbury Park, CA: Sage.
- Stake R.E. (1994). Cases studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Thousand Oaks: Sages.
- Swanborn P.G. (1996). A common base for quality control criteria in quantitative and qualitative research. *Qanlity & Quantity*, 30, 19-35
- Tesh R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools* (pp94-98). Bristol: Falmer Press.
- Tremblay S. (1998). *Le développement de projets d'action concertée en faveur du bien-être des jeunes enfants. Synthèse des acquis de quelques expériences montréalaises*. Montréal: Santé Canada, 41 p.
- Vaillancourt Y. (1994). Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 227-248.
- Von Glasersfeld E. (1988). Introduction à un constructivisme radical. In Watzlawick P. (Éd.), *L'invention de la réalité* (pp. 19-42). Paris: Seuil.
- Wallerstein N., Bernstein E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.
- Wandersman A., Valois R., Ochs L., De la Cruz D. S., Adkins E., Goodman R. M. (1996). Toward a social ecology of community coalitions. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 299-307.
- Warner M. (1996). Strategic development planning at the community level: A modification to participatory planning. *Community Development Journal*, 31 (4), 330-342.

Weiss C.H. (1995). Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J.P. Connell, A.C. Kubisch, L.B. Schorr & C.H. Weiss (Éds), *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods, and contexts* (pp.65-92). Washington: The Aspen Institute.

White D. (1990). Le pouvoir de la culture: Les aspects politiques de l'intervention en santé mentale. *Santé, Culture, Health*, 7 (2-3), 149-167.

White D., Mercier, C., Roy, D. (1993). *Concertation et continuité de soins en santé mentale: trois modèles montréalais*. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, 151 p.

White D. (2000). Consumer and community participation: A reassessment of process, impact and value. In G. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. Scrimshaw (Éds.), *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 465-480). Newbury Park: Sage.

Wholey J.S. (1979). *Evaluation: Promise and performance*. Washington: The Urban Institute, 234p.

Wholey J.S. (1987). Evaluability assessment: Developing program theory. *New Directions for Program Evaluation* 33, 77-92.

Wilkinson R.G. (1994). The epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage?, *Daedalus, Journal of the American Association of Arts and Sciences*, 123, 1-4.

Wolff T. (1997). Coalition building: Is this really empowerment? In K. Kaye & T. Wolff (Éds), *From the ground up! A workbook on coalition building and community development* (pp. 13-20). Amherst, MA: AHEC/Community Partners.

Yin R.K. (1994). *Case study research*. Thousand Oaks: Sages, 170 p.

Zay D. (1997). Le partenariat en éducation et en formation: émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme? *Éducation permanente*, 2 (131), 13-28.

ANNEXE 1

LISTE DES 13 PROGRAMMES
DÉCOULANT DES 4 PRIORITÉS RÉGIONALES
DE PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE,
1995-1998

**PROGRAMMES DÉCOULANT DES 4 PRIORITÉS RÉGIONALES DE PRÉVENTION – PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, 1995-1998**

PRIORITÉ TOUT-PETITS		
PROGRAMMES	NIVEAU RÉGIONAL / LOCAL	PARTENAIRES
Programme <i>Naitre égaux - Grandir en santé</i> (NEGS) dans 8 territoires prioritaires. 2 478 000 \$ sur 3 ans.	local/ régional	Partenariats intersectoriels dans 10 communautés locales de 8 territoires de CLSC suivants: Centre-Sud, Hochelaga-Maisonneuve, J.-O.-Roussin, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Pierrefonds, St-Michel, Verdun/Côte-Saint-Paul; instances régionales.
Programme en sécurité alimentaire. 360 000 \$ sur 3 ans.	régional / local	Partenariat intersectoriel régional : Ville de Montréal, Université de Montréal, Table de concertation sur la faim de Montréal, DSP + partenariats locaux dans 6 communautés: Rosemont, St-Michel, Ville LaSalle, et un projet Inter-quartier (Plateau Mont-Royal, Ville Énard/Côte-Saint-Paul, Pointe St-Charles).
Programme de sécurité des aires de jeux. 46 000 \$ sur 2 ans.	local	Partenariat entre le CARI St-Laurent, la municipalité de Ville St-Laurent, le CLSC, une école.
Programme de sécurité à domicile. 15 000 \$ sur 3 ans.	local	La Joujouthèque de Hochelaga-Maisonneuve et la DSP.
Financement d'activités destinées à la petite enfance dans les communautés ethno-culturelles. 200 000 \$ sur 1 an.	local	Participation à titre individuel de 5 CLSC (Côte-des-Neiges, Parc Extension, St-Laurent, Bordeau/Cartierville, St-Michel) et 11 organismes communautaires; pas de partenariat.
PRIORITÉ JEUNESSE		
Développement de l'axe scolaire (programmes de développement des compétences personnelles et sociales et d'environnements favorables). 130 000 \$ sur 30 mois.	local	Participation d'écoles, de Commissions scolaires ou de Centres-Jeunesse aux 6 programmes déployés.
<i>Plan global intersectoriel Jeunesse</i> en 5 territoires. 1 575 600 \$ sur 27 mois.	local/ régional	Tables intersectorielles locales de 5 CLSC: Hochelaga-Maisonneuve, Parc Extension, Villeray, Pierrefond, Verdun/Côte-Saint-Paul; instances régionales.

<p>Stratégie d'intervention préventive cf. groupes à haut risque de VIH/SIDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Programme d'action communautaire 325 650 \$ sur 27 mois; ◆ Projet 10 73 500 sur 27 mois; ◆ Programme d'éducation sexuelle 51 000 \$ sur 27 mois. 	régional / local	Partenariat entre les Centres-Jeunesse de Montréal et la DSP.
PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES		
Programme d'activités promotionnelles. 138 000 \$ sur 3 ans.	régional	Mandataire : maison d'hébergement Le Paradis qui s'est associé la Maison du réconfort, Concertation Hommes Montréal, le Regroupement des CLSC de la région de Montréal (qui a quitté à l'automne '96) et la DSP, auxquels s'est ajouté le SPCUM (à l'automne '97).
Programme de sensibilisation / dépistage auprès des intervenants des services publics. 345 000 \$ sur 3 ans.	régional	Trois projets et 3 arrangements inter-organisationnels : 1) Assistance aux femmes qui s'associe 7 maisons d'hébergement; 2) le CLSC Olivier-Guimond qui s'associe le CRIVIFF et CHM; 3) le Centre Batschaw qui s'associe un CLSC et les 2 regroupements de maisons d'hébergement.
Programme de formation des intervenants en milieu de garde et en milieu scolaire. 102 000 \$ sur 3 ans.	régional	La DSP, mandataire, s'associe différents partenaires (l'Office des service de garde à l'enfance, le CECOM, des CLSC, des maisons d'hébergement) pour la réalisation de différents projets.
Programme de sécurité des femmes en ville. 421 000 \$ sur 3 ans.	local	Des partenariats intersectoriels dans trois communautés: Montréal-Nord, Petite-Patrie, Plateau Mont-Royal.
PRIORITÉ CANCER DU SEIN		
Programme d'information des femmes sur le cancer du sein. 643 000\$ sur 3 ans.	régional	La DSP associe le Centre de santé des femmes de Montréal, le CLSC Pierre-fond et l'organisme ACCÈS.

: Cas sélectionnés.

ANNEXE 2

CATÉGORISATION DES ORGANISMES DE PROVENANCE DES DOCUMENTS
POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE

**CATÉGORISATION DES ORGANISMES DE PROVENANCE DES DOCUMENTS
POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE**

PROVENANCE DES DOCUMENTS DE L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS RÉGIONALES	
1.1	Régie régionale
1.2	Regroupement des CLSC du Montréal métropolitain
1.7	DSP
1.3	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires
1.4	MSSS
1.5	Acteurs universitaires
1.8	Acteurs externes aux priorités

PROVENANCE DES DOCUMENTS DU PROJET <i>SENSIBILISATION – DÉPISTAGE EN VIOLENCE FAITE AUX FEMMES</i>	
4.2	CLSC
4.3	Organismes communautaires
4.4	CJ
4.5	Acteur universitaire
4.6	Direction de la programmation – coordination de la Régie
4.7	DSP
4.8	Acteurs externes

PROVENANCE DES DOCUMENTS DU PROJET <i>INFORMATION DES FEMMES EN CANCER DU SEIN</i>	
5.1	MSSS
5.2	CLSC
5.3	Organismes communautaires
5.4	réseau REIQCS
5.5	Acteur universitaire
5.6	Équipe des partenaires priorité
5.7	DSP
5.8	Acteurs externes

PROVENANCE DES DOCUMENTS DU PROJET <i>SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</i>	
31- Ville Lasalle	
31.1	Comité de sécurité alimentaire de Lasalle (instance partenariale)
31.2	CLSC Lasalle
31.3	Carrefour des organismes communautaires de Lasalle
31.4	PRISME
31.5	Welfare Wright
31.6	Les cuisines collectives
31.7	DSP
31.8	Acteurs externes au projet
31.9	Municipalités
32- St-Michel	
32.1	Comité Aliment'Action de Vivre St-Michel en santé
32.2	Centre éducatif communautaire René-Goupil
32.3	Mon Resto St-Michel
32.4	Centre communautaire des aînés St-Michel – Rosemont
32.5	Vivre St-Michel en santé
32.6	Centre de recherche – action éducative et sociale multiethnique de Montréal
32.7	DSP

33- Rosemont	
33.1	Bouffe Action de Rosemont
33.7	DSP
33.8	Acteurs externes au projet
34- Inter-quartier (Pointe St-Charles, Ville Émard, Plateau Mont-Royal)	
34.1	Inter-quartier
34.2	Groupe-ressource du Plateau Mont-Royal (Louise Bergeron)
34.3	Regroupement des cuisines collectives du Grand Plateau (Audely Duarte)
34.4	Maison d'entraide St-Paul et Émard (Lucie et Lucille)
34.5	Club populaire des consommateurs de Pointe St-Charles
34.6	Carrefour d'éducation populaire de Pointe St-Charles (Jocelyne Gauvin)
34.7	DSP
34.8	Acteurs externes au projet
35.7	DSP
35 – Comité régional -Ensemble du projet	
35.2	Claude Larivière Université de Montréal
35.3	Micheline Beaudry Université Laval
35.4	Toronto Food Policy Council
35.8	Acteurs externes au projet
35.7	DSP
35.5	Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain

PROVENANCE DES DOCUMENTS DU PROJET <i>NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ</i>	
21- J.-O. Roussin	
21.2	CLSC
21.3	Organismes communautaires
21.4	Comité promoteur
21.5	Table de concertation /regroupement intersectoriel
21.7	DSP
21.8	Acteurs externes
22 – Des Faubourgs	
22.2	CLSC
22.3	Organismes communautaires
22.4	Comité promoteur
22.5	Table de concertation /regroupement intersectoriel
22.7	DSP
22.8	Acteurs externes
23- Ensemble du projet	
23.1	MSSS
23.2	CLSC
23.3	Organismes communautaires
23.4	Comité promoteur
23.5	Table de concertation /regroupement intersectoriel
23.6	Santé Canada
23.7	DSP
23.8	Acteurs externes

ANNEXE 3

CATÉGORISATION DES DOCUMENTS SELON LEUR TYPE
POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE

**CATÉGORISATION DES DOCUMENTS SELON LEUR TYPE
POUR L'OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS ET POUR CHAQUE CAS À L'ÉTUDE**

OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS RÉGIONALES	
TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE
<i>DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION</i>	
Planification des priorités régionales	
♦ documents administratifs plans de consultation, énoncés de priorités, plans de mise en œuvre, rapports d'étape	10
♦ notes de service entre les directions ou autres instances de la Régie	3
♦ conférences	2
Planification régionale en santé publique	
♦ documents administratifs documents d'orientation, plans d'action, plans d'organisation des services, plans de mise en œuvre	5
Reconfiguration du réseau SSS et politique régionale de partenariat public/communautaire	
♦ documents administratifs états de situation, mémoires, plans d'organisation des services	5
♦ correspondance	1
Planification révisée des priorités régionales 1998-2001	
♦ document administratifs	1
<i>DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION</i>	
♦ devis	1
♦ rapport d'évaluation rapport synthèse de l'évaluation de l'implantation et de la vraisemblance	1
♦ document d'évaluation de la vraisemblance questionnement d'évaluation soumis aux acteurs de la planification générale	1

LES PROJETS DE SENSIBILISATION / DÉPISTAGE DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	
TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE
<i>DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION</i>	
Planification de la priorité	
♦ documents administratifs mémoires, problématiques, rapports de consultation, documents d'orientation, énoncés de priorités, plans d'action, rapports d'activité	15
♦ correspondance entre le coordonnateur du comité de pilotage et les différents organismes concernés	8
♦ compte-rendu de réunions comité de pilotage de la priorité, table de concertation	8
♦ cahier de bord / notes manuscrites des professionnels	7
♦ média communiqués de presse, conférences de presse	4
♦ représentation publiques des organismes communautaires au CA de la Régie	2
Planification des projets	
♦ documents administratifs problématiques, mémoires, rapports de consultation, plans d'action, plans d'intervention,	15
♦ conférence	1
♦ correspondance	3
♦ compte-rendu de réunions	5

◆ cahier de bord / notes manuscrites des professionnels cahier de bord	1
◆ protocoles d'entente et contrats	6
◆ procédures de services	1
◆ revues / articles scientifiques	1
◆ outil d'intervention	1
<i>DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION</i>	
◆ document de soutien de la participation adaptation / vulgarisation du devis	1
◆ compte-rendu de réunions	1
◆ documents de la spécification des programmes	1
◆ documents de l'évaluation de l'implantation satisfaction des participants aux formations	1
◆ documents de l'évaluation de la vraisemblance verbatim d'atelier	1
◆ rapport d'évaluation	1

LE PROJET D'INFORMATION DES FEMMES DE LA PRIORITÉ CANCER DU SEIN	
TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE
<i>DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION</i>	
Planification de la priorité	
◆ documents administratifs états de situation, documents d'orientation, programme-cadre, énoncés de priorité, plans d'action, scénario de financement, rapports d'activité	10
◆ correspondance entre le MSSS et la DSP, entre la DSP et les organismes concernés ou pressentis	7
◆ compte-rendu de réunions équipe de pilotage, RÉIQCS	7
◆ cahier de bord / notes manuscrites des professionnels	1
◆ recherches, études	1
Planification du projet	
◆ documents administratifs rapports d'activités	7
◆ conférence	1
◆ compte-rendu de réunions équipe des partenaires, équipe de la DSP,	32
◆ revues / articles scientifiques	2
◆ outils d'intervention	4
◆ documents d'information des organismes	1
<i>DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION</i>	
◆ document de la spécification du programme	1
◆ rapport d'évaluation	1

LE PROJET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS	
TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE
<i>DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION</i>	
Planification générale du projet	
♦ documents administratifs documents d'orientation, rapports d'activités	12
♦ conférences / colloques	5
♦ correspondance	3
♦ compte-rendu de réunions comité régional, Table de concertation sur la faim, regroupement des diététistes en santé communautaire,	23
♦ média	1
♦ outils d'intervention	3
♦ recherches, études	2
♦ documents d'information des organismes	6
Planification des projets dans les 4 sites	
♦ documents administratifs appels d'offres, consultations (sondages, forum), plans d'action, rapports d'activités	24
♦ correspondance lettres de soumission de projets, lettres d'appui, lettres de plaintes	8
♦ compte-rendu de réunions concertations locales	17
♦ cahier de bord / notes manuscrites de professionnels	1
♦ média articles de presse	9
♦ outils d'intervention	1
♦ recherches, études	5
♦ documents d'information des organismes	15
<i>DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION</i>	
♦ correspondance	1
♦ document de la spécification des programmes	1
♦ documents de l'évaluation de l'implantation	5
♦ documents de l'évaluation de la vraisemblance	3
♦ rapport d'évaluation	1

LE PROJET NÂTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ	
TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE
<i>DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION</i>	
Planification générale du programme	
♦ documents administratifs programme cadre, rapports d'activités, état de situation	18
♦ conférences / colloques	1
♦ correspondance	1
♦ compte-rendu de réunions Table de gestion inter-régionale, Table de coordination, comité de pilotage	38
♦ recherches, études	1
Plan de transformation du réseau SSS – ré-allocation vers les organismes communautaires	
♦ documents administratifs documents d'orientation, prise de position d'organismes, plan d'allocation de ressources	6
Mouvement entourant le projet de loi sur l'élimination de la pauvreté	
♦ documents administratifs	1

◆ conférences / colloques	2
◆ média	1
◆ documents d'information des organismes	5
◆ entrevues auprès d'informateurs clé	2
Planification du programme dans 2 sites	
◆ documents administratifs plans d'action, rapports d'activités, consultation (sondage)	33
◆ correspondance	2
◆ compte-rendu de réunions concertations locales	21
◆ média	2
◆ document d'information des organismes	3
◆ règles et procédures	1
<i>DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION</i>	
◆ documents de l'évaluation de l'implantation	2
◆ documents de l'évaluation de la vraisemblance	5
◆ rapports d'évaluation	1
◆ étude	1

ANNEXE 4

LISTE DES SOURCES DE DONNÉES

OPÉRATION GÉNÉRALE DES PRIORITÉS RÉGIONALES

◆ DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION

PLANIFICATION DES PRIORITÉS RÉGIONALES

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (7 avril 1994). *Les priorités régionales en matière de santé et de services sociaux 1994-1997: Objectifs et objets de la consultation*. Approuvé par le Conseil d'administration le 7 avril 1994. 17 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1994a). *Les priorités régionales de santé et de services sociaux 1994-1997. Une question de choix!* Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (pochette contenant les fiches techniques des 19 propositions de santé et bien-être).

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (juin 1994). *Résultats de l'enquête sur les propositions d'amélioration de la santé et du bien-être*. Étude réalisée par le Groupe SECOR en collaboration avec Zins Beauchesne et Associés. 28 p.

Note de service de la Direction de la santé publique au Comité des priorités régionales. (7 septembre 1994). Propositions émergentes, axe de la santé et du mieux-être. 3 p. et annexes.

Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre. (25 octobre 1994). *Les priorités régionales 1994-1997. Rapport préliminaire de consultation déposé aux membres du conseil d'administration*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 13 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1994b). *Priorités régionales 1995-1998. Recommandations du Comité de priorités régionales. Document support*. (8 décembre 1994) Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 67 p.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (1995). *Analyse des priorités régionales*. Document de travail adopté lors de la rencontre du Conseil d'administration, janvier 1995. Montréal: Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, 27 p.

Roy D. (s.d.). *Les priorités régionales: second regard / nouveau départ*. Conférence sur la planification stratégique des priorités.

Note de service de la Direction de la programmation et coordination à la Direction de la santé publique. (24 janvier 1995). *Priorités régionales 1995-1998: Plan de mise en œuvre*, 3 p.

Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre. (9 mars 1995). *Priorités régionales 1995-1998 en matière de santé et de services sociaux. Plan de mise en œuvre*. 15 février 1995, révisé le 9 mars 1995. Approuvé par le CA le 23 mars 1995. 40 p.

Direction de la santé publique. (24 avril 1995). *Scénario en vue de la mise en œuvre des priorités régionales. Mémoire d'identification de projet*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 6 p.

Direction de la santé publique. (28 juin 1995). *La mise en œuvre des priorités régionales 1 à 4: Premier rapport d'étape*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 24 p.

Roy, D. (septembre 1995). *Analyse des plans d'action 1995-1996*. Acétates d'une présentation à la DSP sur l'analyse des plans d'action des UOT. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

Note de service de la Direction de la santé publique à la Direction de la programmation et coordination. (1^{er} octobre 1995). *Ré-allocation budgétaire dans le cadre de la transformation du réseau et financement de la mise en œuvre des priorités régionales*. 11 p.

Direction de la santé publique. (juin 1996). *La mise en œuvre des priorités régionales en prévention et promotion*. Deuxième rapport d'étape. 13 p.

PLANIFICATION RÉGIONALE EN SANTÉ PUBLIQUE

Direction de la santé publique. (29 novembre 1994). *Interventions publiques*. Plate-forme de principes. Document de travail.

Direction de la santé publique. (novembre 1994). *Plan régional d'action de santé publique*. Document de travail. Version soumise au comité de direction de la Santé publique. 27 p.

Direction de la santé publique. (mars 1995). *Plan régional d'organisation des services en santé publique (PROS-SP)*. Document de travail. 24 p.

Direction de la santé publique. (12 avril 1995). *Travaux préalables au Plan régional d'organisation des services de santé publique dans la région de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Document de travail. 24 p.

Direction de la santé publique. Comité de direction. (octobre 1995). *Orientations stratégiques & Mise en œuvre*. Préparé à l'intention du personnel de la Direction de la santé publique (équipes hospitalières). 45 p.

RECONFIGURATION DU RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POLITIQUE RÉGIONALE DE PARTENARIAT

Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre. (septembre 1994). *Les mécanismes de participation. État de situation et stratégie de changement*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 13 p. et annexes.

Lettre du Ministre de la santé et des services sociaux au Président du CA de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 17 janvier 1995. Objet: Financement des organismes communautaires.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995). *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 114 p.

Regroupement des CLSC de la région de Montréal. (avril 1995). *Un virage nécessaire, souhaitable et faisable*. Mémoire présenté aux audiences publiques de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. 20 p.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (12 avril 1995). *Nouvel équilibre à définir. Mémoire du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal présenté à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre dans le cadre de la consultation sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal*. Montréal: RIOCM, 19 p.

Direction de la programmation et de la coordination. (13 septembre 1995). *Mesures de transformation du réseau. Recommandations de ré-allocation budgétaire 1995-1996*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 11 p. et annexes.

PLANIFICATION RÉVISÉE DES PRIORITÉS RÉGIONALES POUR 1998-2001

Direction de la santé publique. (18 mars 1998). *Proposition de renouvellement 1998-2001 des 4 priorités régionales de prévention-promotion de la santé et du bien-être 1995-1998*. Montréal: Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 55 p.

◆ DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION

Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. (1996). L'évaluation participative du plan d'action des priorités de prévention et promotion de la santé et du bien-être de la région de Montréal-Centre. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 16 p. (devis)

Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. (6 février 1998). Évaluation participative de la planification des 4 priorités régionales de prévention / promotion de la santé et du bien-être 1995-1998. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 67 p.

Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. et al. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 203 p. et annexes.

CAS 1

LES PROJETS DE *SENSIBILISATION – DÉPISTAGE* DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES♦ *DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION***PLANIFICATION DE LA PRIORITÉ**

Direction de la santé publique. (4 octobre 1994). Rapport de consultation sur la priorité violence faite aux femmes. 7 p.

Direction de la santé publique. (s. d.). Formulation de la priorité violence faite aux femmes préparatoire à l'adoption par le CA. 12 p.

Comptes rendus des réunions du Comité de pilotage (DSP) de la priorité violence faite aux femmes. 1-16-23 mai 1995, 9 juin, 6 juillet, 6 sept., 29 sept. 1995.

Compte rendu d'une réunion du 29 mars 1995 de la Table de concertation en matière de violence conjugale de la Communauté urbaine de Montréal (préambule aux audiences d'avril 1995 qu'a tenues la Régie sur le plan de transformation du réseau).

Notes personnelles d'une conversation téléphonique avec Maryse Rinfret-Raynor. 15 mars 1995.

Table de concertation en matière de violence conjugale de la Communauté urbaine de Montréal. (22 avril 1995). *Mémoire présenté lors des audiences publiques de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre*. CUM: Table de concertation en matière de violence conjugale, 10 p.

Concertation Homme Montréal. (22 avril 1995). *Remarques et recommandations des groupes communautaires pour hommes à Montréal*. Mémoire déposé aux audiences publiques de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. 10 p. et annexes.

Communiqué de presse conjoint de la Fédération des CLSC et de l'Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIHV), adressé au Comité interministériel sur la violence conjugale et familiale (qui doit produire politique gouvernementale sur la violence conjugale et familiale. 16 mai 1995.

Notes manuscrites du coordonnateur du Comité de pilotage (DSP) de la priorité Violence faite aux femmes.

Notes manuscrites du coordonnateur du Comité de pilotage (DSP) de la priorité Violence faite aux femmes sur les demandes externes en ce qui concerne la priorité violence faite aux femmes. 7 juin 1995.

Notes d'échanges téléphoniques du coordonnateur du Comité de pilotage avec Pro-Gam les 24 et le 29 mai 1995.

Intervention publique de Pro-Gam au CA de la Régie. 25 mai 1995.

Conférence de presse de Pro-Gam à la Régie. 1^{er} juin 1995.

Lettre de Pro-Gam à la période de question du CA de la Régie. 25 mai 1995. (service 24/7).

Conférence de presse de la Fédération des CLSC et des ressources d'aide aux hommes violents pour réclamer une ligne téléphonique 24 heures.

Communiqué de presse des 2 regroupements provinciaux de maisons d'hébergement sur un service de « casques bleus » pour intervenir auprès des conjoints violents, réclamés par différents intervenants. 2 juin 1995.

Notes d'un échange téléphonique entre la porte-parole du dossier au Regroupement des CLSC et le coordonnateur du Comité de pilotage (DSP). 14 juin 1995.

Notes manuscrites du coordonnateur du Comité de pilotage (DSP) d'une rencontre avec le CLSC Olivier-Guimond. 29 juin 1995.

Correspondance entre le coordonnateur du Comité de pilotage (DSP) et la porte-parole du dossier Violence conjugale et familiale au Regroupement des CLSC. 12 juillet 1995, 22 août 1995, 2 novembre 1995.

Lettre de Pro-Gam au Comité de pilotage (DSP) de la priorité Violence faite aux femmes. 27 juillet 1995.

Lettre de la Fédération des CLSC aux 2 regroupements de maisons d'hébergement du Québec sur l'avis qu'ils ont présenté au MSSS, *Pour diminuer l'incidence de la violence conjugale*. 22 septembre 1995.

Correspondance entre la DSP et les organismes communautaires d'intervention auprès des hommes violents dans le cadre de la consultation sur la planification structurelle. Octobre -novembre 1995.

Notes du coordonnateur du Comité de pilotage (DSP) de la priorité Violence faite aux femmes lors de la présentation du plan de mise en œuvre à la Table de concertation en matière de violence conjugale de Montréal. 19 octobre 1995.

Direction de la santé publique. (octobre 1995). *Priorité 3. Prévenir la violence faite aux femmes et en réduire les conséquences défavorables pour la santé et le bien-être. Projets retenus pour la mise en œuvre des actions prioritaires*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 18 p. et annexes. (projets déposées aux partenaires pour la consultation-validation en octobre 1995).

Lettre du CLSC St-Hubert au Comité de pilotage (DSP) de la priorité Violence faite aux femmes. 29 novembre 1995.

Direction de la santé publique. (décembre 1995). *Plan d'ensemble et scénario de financement pour la mise en œuvre de la priorité 3: « violence faite aux femmes »*. Rapport final présenté par le comité de pilotage au Comité de coordination. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 41 p. et annexes. Document de travail.

Direction de la santé publique. (juin 1996). *La violence faite aux femmes. Première partie: Problématique pour la région de Montréal-Centre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 98 p. Document de travail.

Direction de la santé publique. (octobre 1996). *Priorité Violence faite aux femmes. Rapport d'activités. Année financière 1995-1996*. Montréal: Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Direction de la santé publique. (octobre 1996). *Plan d'action 1996-1997. La violence faite aux femmes*. 9 p.

Direction de la santé publique. (septembre 1996). *La violence faite aux femmes. Deuxième partie: Portrait des politiques gouvernementales*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 44 p. Document de travail.

Direction de la santé publique. (novembre 1996). *La prévention de la violence faite aux femmes dans la région de Montréal-Centre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 39 p.

Regroupement des CLSC de Montréal. (s.d.). *Objectifs à rencontrer d'ici 1997*. Montréal: Regroupement des CLSC de Montréal.

Regroupement des CLSC de la région de Montréal (1997a) (8 septembre). *Bilan et perspectives d'intervention des CLSC de Montréal en matière de violence conjugale et familiale et en matière d'agression à caractère sexuel*. Montréal: Regroupement des CLSC de la région de Montréal, 21 p. et annexes.

Regroupement des CLSC de la région de Montréal. (1997b) (vers septembre 1997). *Priorités d'action en matière de violence jusqu'à l'an 2000*. Montréal: Regroupement des CLSC de la région de Montréal.

Direction de la programmation et coordination. (s.d.). *Principales priorités des organismes communautaires subventionnés par le SOC pour l'année 1995-1996*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

PLANIFICATION DES PROJETS

Fédération des ressources pour femmes violentées et en difficulté du Québec et Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale. (décembre 1994). *Pour diminuer l'incidence de la violence conjugale*. Avis déposé au MSSS. (extrait).

(Sans auteur) (s.d.). *Violence conjugale: intervention, difficultés et pistes de solution*. Services de prévention et d'aide pour conjoints violents. (sans doute produit par les organismes d'intervention auprès des conjoints violents). 7 p.

Audy R., Turgeon J. (s.d.). *Utiliser un ensemble de stratégies pour contrer un problème complexe*. Atelier 12 d'un colloque dont le titre n'est pas indiqué, ni le lieu. (vision de la porte-parole du dossier Violence faite aux femmes au Regroupement des CLSC de Montréal sur le rôle des CLSC).

Protocole de collaboration en matière de violence conjugale et familiale convenu entre le district 11 du SPCUM et le CLSC Lac St-Louis. (29 septembre 1994). 6 p.

Protocole d'entente CLSC-Service de police de la CUM, 19 mai 1994.

Service de police de la CUM. (29 août 1994). Procédure d'aide aux victimes d'actes criminels – violence conjugale.

Comptes rendus des réunions du CLSC mandataire et du comité de pilotage (DSP). 4 mars 1996, 11 mars 1996, 8 mai 1996.

CLSC Olivier-Guimond. (30 mai 1996). Plan d'action pour les 3 formations.

Comité de gestion et de coordination de la priorité violence faite aux femmes. (version juin 1996). *Plan travail projets 1.2 1.3 4.1, 1996-1997*.

Lettre du CLSC mandataire aux directeurs des CLSC de la région de Montréal. 8 août 1996.

Comité de gestion et de coordination de la priorité Violence faite aux femmes. (28 août 1996). *Objectifs, moyens et échéanciers*. 4 p.

Comité de gestion et de coordination de la priorité Violence faite aux femmes. (28 août 1996). *Stratégie d'implantation des sessions de formation pour 1996-97*. 6 p.

CLSC Olivier-Guimond. (s.d.). *Protocole d'entente entre le CLSC Olivier-Guimond et le CRI-VIFF*.

CLSC Olivier-Guimond. (s.d.). *Protocole d'entente entre le CLSC Olivier-Guimond et Concertation Homme Montréal*.

CRI-VIFF. (1996). *Compte-rendu des sessions de focus group sur les priorités de formation en violence familiale pour des intervenants de CLSC montréalais*. 13 p.

Compte rendu de la réunion du groupe de travail Conjoints violents. 4 octobre 1996.

CRI-VIFF, CLSC Olivier-Guimond. (s.d.). Plan de la formation 1. Contenu des sessions.

CLSC Olivier-Guimond, Concertation Homme-Montréal, CRI-VIFF, DSP. (courriel du CLSC mandataire à la DSP, 12 février 1996). Plan de formation 2.

Option, CLSC Métro. (janvier 1997). *Dépistage, accompagnement et référence des conjoints violents. Document d'accompagnement.* (pour la formation). 54 p.

CLSC Olivier-Guimond. (reçu par courriel à la DSP 18 février 1997). *Plan d'action. Formation au dépistage des conjoints violents.*

Concertation-Homme Montréal. (s.d.). Plan de formation 2. (plan détaillé).

Correspondance entre Assistance aux femmes de Montréal (membre du Regroupement provincial des maisons d'hébergement –section Montréal) et le Centre Batshaw. 27 mai 1997, 2 juillet 1997.

Centre Batshaw. (s.d.). Rapport d'activités 1996-97, projet 4.3.

Centre Batshaw. (s.d.). Plan d'action 1997-98, projet 4.3

Compte rendu d'une réunion du 13 juin 1997 de la responsable du projet 4.3 au Centre Batshaw et de professionnelles de la DSP.

Comité Priorité violence faite aux femmes. (26 juin 1997). *Plan d'action préliminaire 1997-98. Projets 1.2, 1.3, 4.1 de la priorité Violence faite aux femmes.* 6 p.

Cahier de bord d'une professionnelle de la DSP affectée à la priorité Violence faite aux femmes. Du 2 septembre 1997 au 21 octobre 1997.

Projet de lettre signée conjointement par le CLSC Olivier-Guimond et le Centre Batshaw, lancement du projet 4.3. 20 octobre 1997.

Projet de lettre signé conjointement par représentante Fédération des ressources d'hébergement et Centre Batshaw, lancement du projet 4.3. 20 octobre 1997.

Comité priorité violence faite aux femmes. (s.d.). *Rapport d'activités 1996-97. Projets 1.2, 1.3, 4.1 de la priorité Violence faite aux femmes.* 81 p.

Conseil canadien de développement social. (Printemps 1995). *Vis-à-vis. Bulletin national sur la violence conjugale, 12 (4).* 4 p.

◆ DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION

Compte rendu d'une réunion entre l'équipe d'évaluation et le CLSC mandataire. 5 février 1997.

Comité priorité Violence faite conjugale. (21 avril 1997). Proposition d'une démarche participative d'évaluation des projets 1.2, 1.3 et 1.4 de la priorité Violence faite aux femmes. 4 p.

CRI-VIFF (courriel à la DSP, 11 juillet 1997). Satisfaction des participants aux formations. 11 p.

Compte-rendu de l'atelier d'évaluation de la vraisemblance. 25 novembre 1997. *Verbatim* de l'atelier.

Poulin C., Lefebvre C., Bélanger J. (1998a). *Violence faite aux femmes. Spécification des programmes 1995-1998.* Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. (+ versions de travail et cartable noir).

Poulin C., Lefebvre C., Bélanger J. (1998b). *Évaluation participative de la priorité Violence faite aux femmes.* Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 200 p. (+ versions de travail et cartable noir).

CAS 2

LE PROJET *INFORMATION DES FEMMES* DE LA PRIORITÉ CANCER DU SEIN◆ *DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION***PLANIFICATION DE LA PRIORITÉ**

Bernard L., et al. (mai 1995). *Dépistage du cancer du sein au Québec. Lignes directrices. Rapport du Comité consultatif*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995c). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Québec: Gouvernement du Québec. (versions préliminaires).

Correspondance entre le CSF et la DSP. 27 février 1995, 13 juillet 1995.

Compte rendu d'une rencontre du RÉIQCS à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 9 juin 1995.

Notes manuscrites du responsable de la planification à la DSP portant sur une rencontre avec le CSFM tenue le 28 juillet 1995.

Lettre du MSSS au Directeur de la santé publique présentant le Rapport Bernard. 19 juillet 1995.

Lettre de ACCÉSSS à la DSP sur le cadre logique de la priorité Cancer du sein. 22 novembre 1995.

Lettre du Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein (REIQCS) au Directeur de la Régie régionale. Décembre 1995.

Lettre du Regroupement des CLSC de la région de Montréal au Directeur de la santé publique. 25 janvier 1996.

Lettre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au Directeur de la Régie régionale. 25 janvier 1996.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS. (13 juin 1996). Cadre de référence (acétates).

Goggin P., Elliot M., Hébert-Croteau N., Heneman B., Kishchuk N., Lefebvre M., Roy D., Tremblay M., Tremblay M. (décembre 1995). *Priorité régionale #4 Cancer du sein*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 6 p.

Goggin P., Tremblay M., Kishchuk N. (1996a) (novembre). *Priorité régionale « Cancer du sein ». État de situation sur le cancer du sein et le dépistage dans la région de Montréal-Centre*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 47 p. + annexes.

Goggin P., Kishchuk N., Hébert-Croteau N., Lapierre M. (1996b). *Enquête sur les attitudes et pratiques des femmes montréalaises à l'égard du cancer du sein. 1995*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 49 p.

Direction de la santé publique. (s.d.). Formulaire de présentation du plan de mise en œuvre.

Direction de la santé publique. (octobre 1995, décembre 1995). *Cadre logique*. Document interne décrivant les 3 actions prioritaires.

Direction de la santé publique. (8 décembre 1995). Proposition d'un scénario de financement pour la mise en œuvre de la priorité 4 soumise au Comité Budget-Réseau de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 4 p.

Comptes rendus de réunions de l'équipe de pilotage Cancer du sein. 26 avril, 12 mai, 19 juin, 15 septembre, 23 octobre, 13 décembre 1995.

Direction de la santé publique. (23 mai 1996). Priorité cancer du sein. Sommaire de l'état d'avancement.

Direction de la santé publique. (Novembre 1996). *Priorité régionale « Cancer du sein »*. État de situation sur le cancer du sein et le dépistage dans la région de Montréal-Centre.

PLANIFICATION DU PROJET

Comptes rendus des réunions de l'équipe des partenaires Cancer du sein. 10-23-31 janvier 1996, 7-12-21 février 1996, 6-20 mars 1996.

Équipe des partenaires Cancer du sein. (20 mars 1996). Club de lecture sur le cancer du sein.

Comptes rendus des réunions de l'équipe DSP en cancer du sein: 6 février 1996, 11 mars 1996, 7 mai 1996.

Direction de la santé publique. (Mars 1996). Le travail des équipes de projet œuvrant à l'amélioration de l'information sur le cancer du sein. État de situation du début décembre 1995 au 31 mars 1996.

Annexe 1 Ententes contractuelles entre la Régie et le CLSC Pierrefonds, entre le CLSC Pierrefonds et le Centre de santé des femmes de Montréal, entre le CLSC Pierrefonds et ACCÉSSS.

Annexe 3 Les focus groupes.

Annexe 4 Formation.

Comptes rendus des réunions de l'équipe des partenaires Cancer du sein. 15 -22janvier 1997, 17 mars 1997, 7 mai 1997, 25 juin 1997, 15 septembre 1997, 17 décembre 1997.

DSP, CSF, CLSC Pierrefonds, ACCÉSSS. (Août 1996). Le travail des équipes de projet œuvrant à l'amélioration de l'information sur le cancer du sein. État de situation du 1^{er} avril 1996 au 30 juin 1996. Direction de la santé publique. Rapport qui comporte les annexes, dont les comptes rendus des réunions du 3 -24 avril, 22 mai, 12 -26 -27 juin 1996.

CLSC Pierrefonds. (s.d.). Priorité régionale: Cancer du sein. Rapport trimestriel: avril à juin 1996.

CLSC Pierrefonds en collaboration avec DSP. (s.d.). Priorité cancer du sein. Rapport semestriel juillet - décembre 1996.

ACCÉSSS, CLSC Pierrefonds, CSF, DSP. (Février 1997). Le travail des équipes de projet œuvrant à l'amélioration de l'information sur le cancer du sein. État de situation du 1^{er} juillet 1996 au 31 décembre 1996. Annexe: Comptes rendus des réunions de cette période: 11 septembre, 7 octobre, 6 -13 novembre, 4-11-18 décembre 1996.

ACCÉSSS, CLSC Pierrefonds, CSF, DSP. (Avril 1997). Vieillir en santé: un défi pour les femmes. Activités réalisées en 1996-97 et plan d'action 1997-98.

CLSC Pierrefonds. (s.d.). Priorité régionale Cancer du sein. Rapport janvier -décembre 1997.

Bulletin de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS). (s.d.) No 12. Traduit en 18 langues.

Centre de santé des femmes de Montréal. Série d'articles pour différents médias communautaires.

ACCÉSSS. (s.d.). *Représenter. Offrir. Organiser. Regrouper*. Feuillelet d'information sur l'organisme.

Centre de santé des femmes de Montréal. (1997). *Contes des mille et un seins*. Montréal: Centre de santé des femmes de Montréal, 39 p.

Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS). (s.d.). *Santé-vous chez vous ! Le dépistage du cancer du sein peut faire la différence !* Montréal: ACCÉSSS, 7 p.

Réseau provincial du Cancer du sein. *La voie d'Expression des femmes*. No 2, juillet 1995.

Réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein (RÉIQCS). (1995). *Spécial dépistage, 1(1)*.

Colloque du RÉIQCS, 13-14 octobre 1995.

◆ *DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION*

Direction de la santé publique. (s.d.). Premier essai de spécification du programme.

Parisien et al. (1998). *Programme d'information et d'intervention sur le dépistage précoce du cancer du sein et la santé des femmes dans une approche globale. Une évaluation participative*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 50 p.

CAS 3
LE PROJET *SÉCURITÉ ALIMENTAIRE* DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

◆ *DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION*

PLANIFICATION GÉNÉRALE DU PROJET

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain.(vers 1991). Document sur les objectifs et réalisations.

Regroupement des cuisines collectives du Québec. (1990). *Guide d'implantation des cuisines collectives*. Montréal: Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain, 84 p.

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (1992). Projet de regroupement des cuisines collectives soumis à Nourrir Montréal.

Colloque de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain, 8 mai 1992.

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (mai 1992). *Position des participants au colloque de la Table de concertation sur la faim du 8 mai 1992*. 4 p.

Communiqué de presse de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (11 mai 1992). *Des solutions durables aux problèmes de la pauvreté et de la faim dans la région de Montréal*.

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (s.d). *Pour une politique de lutte à la faim à Montréal*. 6 p.

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (1993). *Répertoire des organismes d'aide alimentaire du Montréal métropolitain*. Montréal: Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain.

Nourrir Montréal. (mars 1993). *Nourrir Montréal : un réseau au service de la lutte contre la faim à Montréal*. Montréal: Ville de Montréal, 7 p.

Lettre de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain à Nourrir Montréal. 21 septembre 1993.

Nourrir Montréal. (novembre 1993). *Rapport d'activités & Bilan 92-93 de la coordination du réseau d'action de Nourrir Montréal*. Montréal: Ville de Montréal, 17 p.

Vivre Montréal en santé. (janvier 1994). *Bulletin de liaison de Vivre Montréal en santé*, 2(2). 4 p.

Delisle H. (mars 1995). *Programmes communautaires pour la sécurité alimentaire: recherche-action dans des quartiers de Montréal*. Montréal: Université de Montréal (Document préliminaire).

Nourrir Montréal. (août 1995). *Comité Nourrir Montréal, problématique justifiant une politique de sécurité alimentaire*. Montréal: Ville de Montréal, 5 p.

Lettre de la DSP du 7 février 1996. Appel d'offre. Invitation à des représentants d'organismes intéressés à la sécurité alimentaire à la réunion du 26 février 1996.

Lettre du 20 mars 1996 de la DSP au Regroupement en aménagement de Parc Extension sur le suivi de la réunion du 26 février 1996.

Comptes rendus des réunions du Comité régional de sécurité alimentaire de février à février 1998 (21 réunions).

Leduc-Gauvin J. (Sous la direction de). (Juin 1996). *Agir ensemble pour contrer l'insécurité alimentaire*. Montréal: Ordre professionnel des diététistes du Québec, 36 p.

Ville de Montréal (8 juillet 1996). *Orientations et plan d'action. Lutte contre la faim*. Montréal: Ville de Montréal, 5 p.

Actes du colloque Faim et pouvoir 1 : Partager le pouvoir. Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. UQAM, 7-8 novembre 1996. 38 p.

Bergeron L. (6 décembre 1996). *La pauvreté et l'insécurité alimentaire: un défi quotidien!* Formation continue section Montréal.

Regroupement des Magasins Partage.(1996). *Bilan 1996*. 18 p.

Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. (1997). Rapport annuel 1996-1997.

Compte-rendu de la réunion du Regroupement des diététistes en santé communautaire. 30 mai 1997.

Compte rendu de l'Assemblée générale de la Table de concertation sur la faim. 16 juin 1997.

À Table. Bulletin de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. vol. 2 no 1. Janvier 1998. 8 p.

À Table. Bulletin de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain. vol. 2 no 2. Mars 1998. 12 p.

Moisson Montréal. (1998). *Rapport annuel 1997-1998*. 17 p.

Moisson Montréal. Dépliants promotionnels des non-réveillons annuels de Moisson Montréal.

Moisson Montréal. (1998). *La faim en deux chiffres. Faits saillants*. Montréal: Moisson Montréal, 10 p. et annexes.

Comité Québec de la Journée mondiale de l'alimentation. (19 octobre 1992). Au-delà du dépannage alimentaire. Document de travail pour le colloque. 21 p.

ACJMA. (hiver 1994). *D'un océan à l'autre*. Bulletin de l'Association canadienne de la Journée mondiale de l'alimentation (ACJMA). 12 p. (Cite un extrait de Laura Kalina, 1993, *Building Food Security in Canada: A community Guide for Action on Hunger*. Kamloops Foodshare, B.C.).

ACJMA. (hiver 1995). *D'un océan à l'autre*. Bulletin de l'Association canadienne de la Journée mondiale de l'alimentation (ACJMA).

Résumé des conférences, 66^e congrès de l'ACFAS.

Partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire. (juin 1999). *Des gestes plus grands que la panse*. Dossier 2. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 6 p.

PLANIFICATION DES PROJETS LOCAUX

◆ PROJET ROSEMONT

Lettre de Bouffe-Action de Rosemont (BAR) à la DSP. 16 mai 1996.

Annexes : Lettre d'appui du CLSC Rosemont (Rsmt) au projet. 17 mai 1996.

Document présentant l'histoire de Bouffe-Action de Rosemont.

Dépliant sur les cuisines collectives.

Dépliant sur les groupes d'achat alimentaire.

Bouffe-Action de Rosemont. (11 juin 1997). *Rapport annuel d'activités. 1^{er} avril 1996 au 31 mars 1997.* 26 p. et annexes.

◆ PROJET INTER-QUARTIER

Regroupement Inter-Quartier. (s.d.). *Projet de sécurité alimentaire Inter-Quartier.* 9 p.

Regroupement Inter-Quartier. (17 mai 1996). *Projet Inter-Quartier en sécurité alimentaire.* 31 p. et annexes.

Lettre d'appui de la Table de concertation sur la faim du Montréal métropolitain (TCFMM). 15 mai 1996.

Lettres d'appui de divers organismes au projet Inter-Quartier soumis.

Regroupement Inter-Quartier. (s.d.) *Document de description du projet Inter-Quartier, volet éducation populaire.* 9 p.

Comptes rendus des réunions de l'équipe du projet sur la sécurité alimentaire: du 22 août 1996 au 25 avril 1997.

Groupe-Ressource du Plateau Mont-Royal. (s.d.). *Le Groupe-Ressource et le club d'achats.* 11 p. (reçu par la DSP le 27 juin 1996). 1 p.

Version préliminaire du fascicule consacré au Groupe-Ressource dans le projet de Beeman et al. (1996): *Alternatives au dépannage alimentaire. Le groupe d'achat. Le Groupe Ressource du Plateau Mont-Royal.*

Groupe-Ressource du Plateau Mont-Royal. *% épargné aux groupes d'achats sur les fruits, légumes, fromage et viande par rapport à Métro et Provigo* (semaine du 15 décembre 1997). 1 p.

Club populaire des consommateurs de Pointe-St-Charles. (vers mai 1997). *Groupes d'achat. (sondage).*

Regroupement des cuisines collectives du Grand Plateau. (Septembre 1993). *Projet de récupération, transformation et distribution d'aliments du Grand Plateau.* Montréal. 13 p.

Groupe-Ressource du Plateau Mont-Royal. (vers janvier 1997). *Pour améliorer notre club d'achat. (sondage).*

Carrefour d'éducation populaire de Pointe-St-Charles. (s.d.). *Action-alimentation. (sondage).*

Maison d'entraide de Ville Émard / Côte St-Paul (vers mai 1997). (sondage).

◆ PROJET VILLE LASALLE

CLSC LaSalle. (16 mai 1996). *Projet Sécurité alimentaire.* 6 p. et annexes.

Lettre d'appui du CLSC Lasalle. 16 mai 1996.

Dépliant des Cuisines collectives de Lasalle.

Les Cuisines collectives de Lasalle. (s.d.). *Les cuisines collectives, une alternative intéressante !* 2 p. *LaSalle et Poivre, (mai 1997).* Le bulletin de liaison des Cuisines collectives. 4 p.

Dépliant sur le Centre PRISME.

Dépliant sur Welfare Rights.

Dépliant du CLSC Lasalle. *Sécurité alimentaire à Lasalle. Où s'adresser.*

Comptes rendus des réunions du Comité Sécurité alimentaire de LaSalle du 26 juin 1996 au 2 juin 1997 (8 réunions).

Comité de support aux cuisines collectives. *Bilan partiel pour la période du 30 juin 1996 au 31 décembre 1996.* 1 p.

Comité Sécurité alimentaire de LaSalle. (s.d.). *Bilan pour la période du 30 juin 1996 au 31 décembre 1996.* 1 p.

Welfare Rights. *Bilan partiel pour la période du 30 juin 1996 au 31 décembre 1996.* 1 p.

Centre PRISME. *Bilan partiel pour la période du 30 juin 1996 au 31 mars 1997.* 1 p.

Centre PRISME (avril 1997). *Les chaudrons qui s'essoufflent!* Montréal: Centre Prisme. 65 p. et annexes.

Carrefour des organismes communautaires de LaSalle (vers octobre 1996). *Stratégie de sécurité alimentaire à Lasalle. Appel d'offre. Évaluation de l'appel d'offre au 31 mars 1997.*

Comité Sécurité alimentaire de LaSalle. (mai 1997). *Bilan pour la période du 30 juin 1996 au 31 mars 1997.* 5 p. et annexes.

Comité Sécurité alimentaire de LaSalle. (mai 1997). *Stratégie de sécurité alimentaire à LaSalle. 2^e année. 1^{er} avril au 31 mars 1998.* 8 p. (document d'orientations).

Le Groupe DBSF. *Étude de la mission et du fonctionnement d'Aliment'Action LaSalle.* Mars 1997 (Étude commandée par Centraide Montréal). 32 p.

◆ PROJET ST-MICHEL

Aliment'Action St-Michel. (17 mai 1996). *Plan global d'intervention présenté à la Régie régionale dans le cadre du Projet de mise en œuvre d'une politique de sécurité alimentaire dans la région de Montréal-Centre.* 18 p.

Vivre St-Michel en santé. (1996). *Qu'est-ce que Vivre St-Michel en santé?* 3 p.

Vivre St-Michel en santé. (Juin 1996). *Coup d'œil sur St-Michel. Portrait du quartier St-Michel.* 57 p.

Vivre St-Michel en santé. (1996). *À St-Michel, une place au soleil.* Actes du Forum du 15 juin 1996. 37 p.

Vivre St-Michel en santé. (1996). *Vivre St-Michel en santé. Plan d'action issu du forum du 15 juin 1996.* Adopté au Comité promoteur du 16 octobre 1996. 13 p.

Centre éducatif communautaire René-Goupil. *Un centre à découvrir !* (feuillet d'information)

Centre communautaire des aînés Saint-Michel / Rosemont. (feuillet d'information).

Comptes rendus du Comité AlimentAction St-Michel de Vivre St-Michel en santé. Du 22 février 1996 au 14 octobre 1997.

Comité Aliment'Action St-Michel (s.d.). *Projet Information sur les aliments nutritifs.* 4 p. (sans doute 1996).

Lettre d'invitation du Comité Aliment'Action St-Michel à la journée de réflexion du 11 mars 1997. 19 février 1997.

Comité Aliment'Action St-Michel. Outils d'animation de la journée de réflexion du 11 mars 1997.

Notes manuscrites de la DSP lors de la journée du 11 mars 1997.

Comité Aliment'Action St-Michel. *Synthèse de la journée de réflexion tenue le 11 mars 1997 au Centre éducatif communautaire René-Goupil*. 13 p.

Comité Aliment'Action St-Michel. (juillet 1997). *Bilan des actions 1996-1997*. 4 p.

Comité Aliment'Action St-Michel. (s.d.). *Plan d'action 1997-1998*. 6 p.

Lettres du Centre de recherche-action éducative et sociale multiethnique de Montréal à VMS et au Comité Aliment'Action St-Michel. 26 novembre 1997 et 11 décembre 1997.

Lettres du Centre de recherche-action éducative et sociale multiethnique de Montréal à VMS. 11 décembre 1997.

Le Centre de recherche-action éducative et sociale multiethnique de Montréal: une ressource importante pour les nouveaux arrivants. *Journal de St-Michel*. Dimanche 9 mars 1997. (souligne les 10 ans de l'organisme).

Mon Resto. (Mars 1997). *Mon Resto St-Michel ou la découverte du Goût du Monde*. Bulletin spécial. 4 p.

REVUE DE PRESSE

Inquiets de l'insécurité alimentaire des québécois. *La Presse*, 6 juin 1996.

Les diététistes lancent un cri d'alarme. Un québécois sur 5 souffre de la faim. *Le Journal de Montréal*, 6 juin 1996.

Montréal, capitale de la faim? Les bénéficiaires des banques alimentaires ont augmenté de 50% l'hiver dernier. *Le Devoir*, 28 août 1996.

Le dépannage alimentaire remis en question. *La Presse*, 17 mai 1997.

Les comptoirs alimentaires accentueraient la pauvreté. *La Presse*, 10 décembre 1996.

Un million à Moisson Montréal. *Le Devoir*, 2 décembre 1997.

Les dangers de l'industrie de la charité dénoncés. *La Presse*, 16 décembre 1997.

Dépendance zéro! *La Presse*, 21 décembre 1998.

Les effets pervers de la charité. Le Festin dû. *Voir* Vol 12, no 5, 5 au 11 février 1998. p. 8.

♦ DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION

Lettre du Groupe-Ressource à la chargée de l'évaluation. 25 juin 1997.

Club populaire des consommateurs de Pointe-St-Charles. (28 novembre 1997). *Rapport d'évaluation des groupes d'achats économiques présenté à la Direction de la santé publique*. 8 p.

Maison d'Entraide Émard/Côte St-Paul. (s.d.). *Évaluation des clubs d'achat*. 9 p.

Regroupement des cuisines collectives du Grand-Plateau. (s.d.). *Évaluation du projet Inter-quartier. Groupe d'achats*. 6 p. et annexes.

Bouffe-Action de Rosemont. (1997). *Évaluation du projet « Ensemble ... pour manger à meilleur prix »*. Août 1996 à 1997. 12 p. et annexes.

Versions préliminaires des spécifications avec les partenaires de Rosemont, Inter-Quartier, Ville de LaSalle et St-Michel.

Entrevues avec les organismes réalisées par une stagiaire en nutrition à la DSP. 31 janvier 1997.

Verbatim 4 ateliers, journée d'évaluation de la vraisemblance, 28 novembre 1997.

Beaudry M. (28 novembre 1997). *Développement de la sécurité alimentaire sur l'île de Montréal*. Conférence présentée à la Journée d'évaluation de la vraisemblance du projet de Sécurité alimentaire. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Sean Cosgrove. (28 novembre 1997). *Le Conseil de la politique alimentaire de Toronto*. Conférence présentée à la Journée d'évaluation de la vraisemblance du projet de Sécurité alimentaire. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Bertrand L., Dupont M. (Août 1998). *Évaluation du projet de développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal-Centre*. Montréal: Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 85 p. et annexes.

CAS 4

LE PROJET *NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ* DE LA PRIORITÉ TOUT-PETITS

◆ DOCUMENTS DE LA PLANIFICATION

PLANIFICATION GÉNÉRALE DU PROGRAMME

Boyer G. (1994). *Naître égaux – Grandir en santé. Programme intégré de prévention en périnatalité. Rapport de progression des travaux à l'intention du service des programmes aux jeunes et à leur famille du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 25 p.

Direction de la santé publique. (28 juin 1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Rapport de progression des travaux à l'intention du service des programmes aux jeunes et à leur famille du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 24 p.

Martin C., Boyer G. et al. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux & Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 213 p.

Martin C., Boyer G. et al. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Agir ensemble auprès des tout-petits et des familles en situation de pauvreté*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. (pochette résumé).

Routhier S., Perreault M. (1993). *Programme intégré de prévention en périnatalité Naître égaux – Grandir en santé. Rapport de validation: Fiche d'intervention clinique cumulative*. Rouyn-Noranda: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 97 p.

ATD Quart-Monde (1996). *Conditions du partenariat avec les exclu-e-s*. Colloque Avec les personnes exclues, changeons l'avenir. Longueuil: ATD Quart-Monde, 19-20 avril.

Direction de la santé publique. (s.d.). Comité de pilotage. Documents de planification.

Direction de la santé publique. (31 mai 1995). Sélection de quatre nouveaux territoires de CLSC pour participer à l'implantation et à l'évaluation d'un programme intégré de prévention et de promotion de la santé en périnatalité. Recommandations transmises, après consultation, au Comité de coordination des priorités de la Direction de la santé publique par l'équipe du programme *Naître égaux- Grandir en santé*. 12 p.

Comptes rendus de la Table de gestion interrégionale (Montréal-Centre + Abitibi-Témiscamingue) du 13 janvier 1995 au 29 janvier 1997 (fin de cette structure).

Comptes rendus de la Table des coordonnatrices du 28 janvier 1994 au 6 novembre 1998.

Comptes rendus du groupe des travailleurs de milieu de novembre 1995 à mars 1998.

Comptes rendus du Comité de pilotage priorité Tout-petits de avril 1995 à janvier 1996.

Comptes rendus de la rencontre inter-territoire des organismes communautaires d'accompagnement, 1^{er} mai 97.

Goulet J., Boyer G., et al. (1996). *Naître égaux – Grandir en santé. Outils de mise en œuvre dans le cadre de la priorité dédiée aux tout-petits*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 55 p.

Beauregard D., Piché C., Ménard M., Tremblay L. (1996). *Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale. Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 91 p.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1996). *Guide de participation. Naître égaux – Grandir en santé. Action intersectorielle avec les familles de milieu défavorisé*. Québec: Gouvernement du Québec. 4 modules et annexes.

Lettre du chercheur principal de l'étude des effets de *Naître égaux – Grandir en santé*, volet prénatal, à Santé Canada. (30 mai 1996). Objet: Effets d'un programme prénatal de santé communautaire en prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé. (et annexes).

Direction de la santé publique. (s.d.). Quelques commentaires à propos de l'agent de liaison. 2p.

Direction de la santé publique. (1^{er} mars 1996). *Naître égaux – Grandir en santé*. Compte-rendu d'activités dans le cadre du programme d'action communautaire pour enfants.

Direction de la santé publique. (septembre 1996). *Naître égaux – Grandir en santé. Bilan des activités 1995-1996*. 45 p. et annexes.

Direction de la santé publique. (octobre 1997). *Naître égaux – Grandir en santé. Bilan des activités 1996-1997*. 60 p. et annexes.

Direction de la santé publique. (26-27 juin 1997). Compte-rendu de la session de bilan – planification.

Désilet, E. (25 janvier 1997). *Naître égaux – Grandir en santé. Volet postnatal: L'action intersectorielle avec les familles vivant en milieu de pauvreté. Formation réseau. Rapport d'étape*.

Désilet, E. (23 février 1998). *Formation réseau. Naître égaux – Grandir en santé. Volet postnatal: L'action intersectorielle avec les familles vivant en milieu de pauvreté*. 14 p.

Théoret, B. et al. (1997). Étude des effets de la phase prénatale d'un programme intégré de prévention en périnatalité: *Naître égaux – Grandir en santé. Bulletin*, juin 1997. 4 p.

Direction de la santé publique. (juillet 1997). *Le cheminement des grands dossiers en matière de prévention – promotion de la santé des tout-petits dans la région de Montréal-Centre*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 11 p.

PLAN DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU ET À LA RÉ-ALLOCATION BUDGÉTAIRE VERS LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux. (mai 1993). *Orientations des régies régionales de la santé et des services sociaux en regard des organismes communautaires*. 17 p.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (octobre 1993). *Plate-forme de revendications. Proposition soumise aux conseils d'administration des organismes communautaires de Montréal*. (adopté lors de l'assemblée générale du RIOCM tenue le 28 janvier 1994). 12 p.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. *Plate forme de revendications communes*. Adopté lors de l'Assemblée générale du 28 janvier 1994.

Comité aviseur intersectoriel, RRSSS M-C (28 mai 1996). *Consignes et orientations devant guider la ré-allocation budgétaire 1996-1997 et la planification budgétaire 1997-1998 concernant les organismes communautaires* (cadre général négocié entre la Régie et le RIOCM-comité intersectoriel). 11 p.

Comité aviseur sectoriel famille, RRSS M-C (mai 1996). *Cadre de référence. Allocation d'un budget aux organismes communautaires de la catégorie famille et aux organismes communautaires œuvrant auprès des tout-petits dans le cadre de la priorité no.1. (cadre adopté). 16 p.*

Comité paritaire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (septembre 1996). *Projet de politique de relations. Document de travail déposé par le RIOC à l'Assemblée générale. 33 p.*

MOUVEMENT ENTOURANT LE PROJET DE LOI SUR L'ÉLIMINATION DE LA PAUVRETÉ

Carrefour de pastorale en monde ouvrier (20 octobre 1997). *Projet de loi sur l'élimination de la pauvreté. 9 p.*

Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (s.d.). *Droits de la personne, pauvreté et action citoyenne. Extraits de textes pertinents des Nations Unies. 2 p.*

Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (1^{er} mai 1999) *Loi-cadre pour éliminer la pauvreté en construction ... collective ! 9 p.*

Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (s.d.). *Projet de loi sur l'élimination de la pauvreté. Guide d'animation 1998-1999. 4 p.*

Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (s.d.). *Projet de loi sur l'élimination de la pauvreté. Outil 1. 2 p. Outil 2. 25 p.*

Direction de la santé publique. (novembre 1998). Équipe NG. Démarche pour l'organisation d'une action d'influence intersectorielle concertée. Proposition soumise au Groupe de travail des travailleurs de milieu.

Bergeron, A., responsable du Groupe de travail sur le développement social. (28 mai 1999). Mot d'ouverture. Demi-journée de sensibilisation au *Projet de loi pour l'élimination de la pauvreté*. Direction de la santé publique.

Labrie V., Carrefour de pastorale en monde ouvrier pour le Collectif pour l'élimination de la pauvreté. (28 mai 1999). *Historique du projet, contexte et démarche de mobilisation du collectif. Allocution prononcée lors de la demi-journée de sensibilisation au Projet de loi pour l'élimination de la pauvreté*. Direction de la santé publique.

Laplante, Y. (1999). Vers une loi cadre sur l'élimination de la pauvreté. Quelle pourrait être notre contribution? *Passerelle, 4 (4), 1.* (bulletin interne de la DSP).

Entrevue avec Martine Fortier, agente de liaison à la DSP pour NG, sur la stratégie d'influence, 28 mai 1999.

Entrevue avec Ginette Boyer, agente de recherche à la DSP, chargée de l'évaluation de NG dans le cadre de l'évaluation participative des priorités, sur la stratégie d'influence, le 28 mai 1999.

PLANIFICATION DES PROGRAMMES LOCAUX

◆ TERRITOIRE J.-OCTAVE-ROUSSIN

Table intersectorielle petite-enfance-famille et pauvreté du territoire du CA-CLSC J.-Octave Roussin. Règles et procédures. Adoptées le 20 juin 1996.

Table intersectorielle petite-enfance-famille et pauvreté du territoire du CA-CLSC J.-Octave Roussin. Plan d'action 1996-1997.

CLSC J.-O.-Roussin. État des revenus et dépenses. Volet action intersectorielle. 1996-1997.

Rapport d'activités: volet de suivi pré et postnatal en CLSC. Territoire J.-O.-Roussin. 1^{er} mai 1996.

Rapport d'activités: volet 1- individuel / collectif. Territoire J.-O.-Roussin. 1^{er} mai 1996

Rapport d'activités: volet 1- individuel / collectif. Territoire J.-O.-Roussin. 2 mai 1997.

Rapport d'activités: volet 1- individuel / collectif. Territoire J.-O.-Roussin. 2 juin 1998.

Rapport d'activités: volet action intersectorielle. Territoire J.-O.-Roussin. 16 février 1996.

Rapport d'activités: volet action intersectorielle. Territoire J.-O.-Roussin. 30 avril 1996.

Mise en œuvre des 4 priorités régionales de prévention – promotion. Formulaire pour rédiger le bilan des activités 1997-1998. Volet intersectoriel.

Mise en œuvre des 4 priorités régionales de prévention – promotion. Formulaire pour rédiger le bilan des activités 1997-1998. Volet accompagnement communautaire.

Direction de la santé publique. Naître égaux – Grandir en santé. Quand un quartier se mobilise ... *Passerelle*, 1 (2), 1. (bulletin interne de la DSP, février 1997)

Le Carrefour des Pitchou. Bilan du projet mères-amies (projet de marrainage) 1996-1997.

Le Carrefour des Pitchou. Bilan du projet halte-répit 1996-1997.

Le Carrefour des Pitchou. Programme Naître égaux – Grandir en santé. Accompagnement en post-natalité. Rapport d'activités 1996-1997.

Le Carrefour des Pitchou. (8 mai 1996). Rapport d'activités: volet d'accompagnement postnatal.

Le Carrefour des Pitchou. Rapport d'activités 1995-1996.

Le Carrefour des Pitchou. Rapport d'activités 1997-1998.

Corporation de la cuisine collective À toute vapeur. (31 mars 1997). Rapport d'activités 1996-1997.

Centre éducatif familial De Tout-Repos. Rapport 1996-1997.

Centre des femmes de Pointe-aux-Trembles. Projet Halte-répit. Projet soutien aux activités femme. Rapport 1996-1997.

Les Relevailles de Montréal. Projet de soutien à l'organisme Coup de main. Rapport 1996-1997.

◆ TERRITOIRE DES FAUBOURGS

Comptes rendus du Comité promoteur du 19 avril 1996 au 22 janvier 1998 (14 documents).

Comptes rendus de la Table concertation petite enfance du 7 décembre 1995 au 16 février 1998 (7 documents).

Lettre du 23 avril 96 du travailleur de milieu du CLSC à la ville Montréal.

Lettre du 17 mai 1996 du travailleur de milieu du CLSC à la DSP.

Semaine québécoise des familles du 12 au 18 mai 1996. *Familions ensemble* dans Centre-Sud.

Lettre circulaire du 28 octobre 1996 d'un comité de 3 organismes (La Relance, Les Relevailles, le Groupe d'entraide maternelle) aux organismes familiaux de Montréal.

La Relève (11 novembre 1996). Communiqué de presse.

Lettre au premier ministre Bouchard adressée au journal *Le Devoir*, 7-8 décembre 1996, par l'équipe des médecins et enseignants en médecine familiale du CLSC Des Faubourg.

Comité promoteur (mars 1996). Plan d'action 95-96 (1^{er} plan d'action) fait suite aux alignements de la Table 1^{er} mars 96. Mars 1996.

Comité promoteur. (24 avril 1996). Suivi des activités et production du rapport de progression du Comité promoteur.

DSP. (mai 1996). Programme *NG*, territoire du CLSC Des Faubourgs. Bilan 1995-1996.

Comité promoteur. (29 avril 1997). Programme *Naître égaux- Grandir en santé*. Secteur du CLSC Des Faubourgs. Suivi des activités et production du rapport de progression du Comité promoteur.

Sondage maison de la ludothèque de La Relance.

Comité social Centre-Sud. (avril 97). Rapport d'activités. Du 1 avril 1996 au 31 mars 1997.

Rencontre-Cuisine. (avril 1997). Bilan d'activité du projet La becquée.

La Relance Jeunes et familles. (avril 1998). Rapport d'activités 1997-1998.

Comité social Centre-Sud inc. (20 avril 1998). Rapport d'activités *Naître égaux - Grandir en santé*. du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998.

Centre communautaire de loisirs Ste-Catherine. (mai 1998). Résumé d'activités. *Naître égaux - Grandir en santé*. De septembre 1997 à mars 1998.

Garderie du Carrefour. (avril 1998). Le répit de fin de semaine. Rapport d'activités.

Rencontres-cuisine. (avril 1998). Projet *Naître égaux - Grandir en santé*. Rapport d'activités.

◆ DOCUMENTS DE L'ÉVALUATION

Direction de la santé publique. (s.d.). Évaluation du volet individuel / collectif 1996-1997: les grandes lignes. 1p.

CLSC Les Faubourgs (12 mai 1997). Évaluation 1996-1997. Programme *Naître égaux - Grandir en santé*.

Chamberland C. (1998). Mille et une réflexions autour de la protection de l'enfance et de la jeunesse dans un contexte de prévention et de promotion de la santé. In: G. Boyer & D. Parisien. *Naître égaux - Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention - promotion de la santé et du bien-être* (pp 13-17, annexe 8). Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Labrie V. (1998). Développer une stratégie d'influence ? Pourquoi pas ? In: G. Boyer & D. Parisien. *Naître égaux - Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention - promotion de la santé et du bien-être* (pp 13-17, annexe 8). Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Larivière C. (1998). Perspectives sur les rapports entre les CLSC, les organismes communautaires et les autres institutions impliquées dans un projet commun. In: G. Boyer & D. Parisien. *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être* (pp 4-8, annexe 8). Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Sauvé C. (1998). La participation des parents à la définition et à la réalisation des plans d'action locaux d'action intersectorielle: Pourquoi ? Comment ? In: G. Boyer & D. Parisien. *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être* (pp 9-12, annexe 8). Montréal: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Direction de la santé publique. (7 novembre 1997). Journée d'évaluation de la vraisemblance. Feedback de la salle aux présentations des conférenciers.

Boyer G., Parisien D. (1998). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être*. Montréal: Direction de la santé publique, 80 p. et annexes.

Centre de formation populaire. (23 novembre 1998). *Résultats de l'enquête réalisée par le ROCFM auprès des groupes communautaires financés par le PACE*. Montréal: Centre de formation populaire. 26 p. et annexes.

ANNEXE 5

EXTRAIT DE LA BASE DE DONNÉES
DU CAS *SENSIBILISATION / DÉPISTAGE*
DE LA PRIORITÉ VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

**EXTRAIT DE LA BASE DE DONNÉES
DU CAS SENSIBILISATION / DÉPISTAGE EN VIOLENCE FAITE AUX FEMMES**

Code			1.1PLf Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-Centre. <i>Priorités régionales 1995-1998 en matière de santé et de services sociaux. Plan de mise en œuvre. 15 février 1995, révisé le 9 mars 1995. Approuvé par le CA le 23 mars 1995.</i>	Remarques
T	P	S		
1.2.1 1.2.3 2.1.1	2	1.1 PLf	<p>Dans ce premier document de planification structurelle, deux actions prioritaires conduiront au prg de sensibilisation /dépistage.</p> <p>1. Dans la perspective d'une région sans violence, promouvoir auprès de la population et auprès des intervenants et établissements du réseau une politique de « tolérance zéro envers la violence faite aux femmes.</p> <p>Les actions spécifiques à la Régie et l'échéancier sont (r1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser la pop et les intervenants (échéancier à déterminer) • Favoriser le regroupement des partenaires impliqués auprès de diverses clientèles (enfants, jeunes, femmes, p.â., etc.) (éch. à déterminer) • Élaborer une politique formelle dans le réseau (hiver 96) • Coordonner l'implantation auprès des directions d'établissements (1996) <p>Les collaborateurs pressentis sont à l'interne : la Dir. prog et Dir. relations avec la communauté de la Régie; à l'externe : Église, Établissements du réseau; Groupes d'aide aux conjoints violents; MD; OC (y compris gr des comm. eth.); Services juridiques; tables régionales de concertation en violence conjugale et agressions à caractère sexuel.</p> <p>2. Assurer une formation plus adéquate des intervenants des milieux concernés relativement à la prévention et au dépistage de la violence; à l'intervention précoce; aux conduites pacifiques, non sexistes et non-discriminatoires.</p> <p>Les actions spécifiques à la Régie et l'échéancier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les institutions d'enseignement (à déterminer) • Réviser et actualiser les prog de formation existants (à déterminer) <p>Et les collaborateurs pressentis : Direction des relations avec la communauté et Direction de l'administration de la Régie. À l'externe : chercheurs universitaires, établissements du réseau, milieu de l'éducation; Groupes d'aide aux conjoints violents; OC (y compris gr des comm eth.); Tables régionales de concertation en violence conjugale et agressions sexuelles.</p>	<p>Ce document constitue en quelque sorte le premier morceau de l'appel d'offre de la Régie. Ce document documente le sociogramme.</p> <p>Globalement, ce qu'on retient : la DSP a pu établir un rapport de pouvoir de sorte à sauvegarder le 2,7M\$ pour des projets de PP; aussi à positionner des actions en amont, telle la sécurité urbaine et la sensibilisation des intervenants milieu scolaire et de garde sur conduites non sexistes. Certainement que l'expertise autour de la table a joué : J. B. est un expert de ce domaine. Et ce, malgré le manque de précision des projets en question. r1-Ces actions sont peu spécifiées. La DSP se voit comme acteur central de l'information du public; elle voit qu'elle élaborera « seule » une politique d'établissement; elle ne mentionne pas une telle élaboration en partenariat. La politique d'établissement semble encore concerner la réponse institutionnelle. Je ne sais pas où s'est effectué le glissement entre politique d'établissement comme réponse institutionnelle à la viol. faite aux femmes et comme normes d'employeurs.</p> <p>À cette étape de la planif structurelle, rien de bien précis du côté de la DSP. Planification très large. Sensibiliser est un obj très large et les cibles visées sont très larges.</p>

T : thème

P : période

S : source

(r1) : réfère à la remarque 1 dans la colonne de droite.

Code			4.7PVa Procès-verbaux du comité de pilotage de la priorité violence faite aux femmes.	Remarques
T	P	S		
1.1.1	2	4.7 PVa	<p>La composition du comité est :</p> <p>De la DSP-UOT : G.B., J.B., A.R., P.T.; De la DPC : M. B., D.G., P.G., N.P.-F.</p> <p>De la Dir. relation avec la comm : L.G.</p> <p>De la DSP -USD : A.B. (coordination), A.B.(pour l'évaluation), D.B.(pour les communications), R.C. (pour la c/s)</p>	<p>Aucun acteur parmi les partenaires pressentis ne fait partie du comité de planification structurelle.</p>
1.2.1		4.7	7 réunions se sont tenues : 1-16-23 mai '95, 9 juin, 6 juillet, 6	La DSP a le mandat de MO cette priorité.

	PVa	<p>sept., 29 sept. '95. Une dernière du 11 oct pour laquelle je n'ai pas de procès verbal.</p> <p>Participation DSP UOT : 4 réunions : 4/4 ; 2 x 3/4 ; 1 x 2/4 . Moyenne de 3/4 à chaque réunion. Chacun a participé à au moins 5 réunions : A.R. : 5/7; les autres, 6/7 ou 7/7.</p> <p>Participation DPC : 4 réunions : 2/4; 3 x 1/4;. Moyenne de 1.5 pers sur 4 par réunion. Au moins 1 pers à chaque réunion.</p> <p>Participation Dir rel avec comm (L. G.) : 7/7</p> <p>Participation USD A. B. 7/7.</p>	<p>La DPC y participe peu. Peu d'assiduité; une seule personne sera présente à au moins 4 réunions sur 7. Cependant, il y a au moins un représentant de la DPC à chaque réunion, même s'il s'agit de nouvelle personne. R.R. est apparu pour la 1^{re} fois le 6 juillet, soit à la 5^e réunion sur 7 réunions. Alors qu'à la DSP, les 4 pers ont participé à au moins 5 réunions sur 7 et la Dir. rel. avec comm. à 7/7.</p>
1.2.3 1.1.1	2 4.7 PVa	<p>1^{er} enjeu soulevé : participation des partenaires à la planification structurelle</p> <p>2 mai : discussion sur les mécanismes de participation à mettre en œuvre. La position officielle de la Régie déterminera les mécanismes utilisés.</p> <p>Composition de l'équipe : représentation de la DPC : une représentation du secteur 1^{ère} ligne de la DPC est souhaitée. D'autres représentations sont discutées (ex : secteur courte durée de la DPC).</p> <p>Une représentation des CLSC dès le début des travaux est jugée nécessaire par plusieurs. La rédaction du plan de prog. (i.e. avoir résolu la question du contenu des actions) doit être amorcée avant la consultation des partenaires, puisque ceux-ci seront invités à valider (cf directive de la DSP). À l'étape de la consultation sur un plan de prog, pour validation, le comité pourrait accueillir d'autres projets.</p> <p>9 juin : le 15 juin un rapport d'étape doit être déposé au CA par le directeur de la DSP. À ce CA, il sera question du comité du CA pour le suivi de la MO des priorités. Le comité note qu'il faudrait déterminer qui est responsable des décisions finales et qui gère les communications avec les partenaires. De façon informelle, trois mécanismes d'info des partenaires fonctionnent : L.G. porte parole de la Régie aux Tables de concertation; N.P.-F. répondantes pour le SOC, A.B. chargé de projet à la DSP.</p> <p>6 sept : L'équipe de pilotage doit produire 2 documents : un document pour consultation et un plan de programme final attendu pour le 31 oct. au Comité de coordination. Les membres estiment que l'échéancier n'est pas réaliste, compte tenu de la consultation à mener. Le coor. du comité précise qu'il s'agit d'une consultation validation qui ne vise pas à revoir avec les partenaires toutes les actions prioritaires, mais à valider les projets qui mettent en œuvre ces actions prioritaires. Donc, la consultation- validation ne devrait pas s'étendre sur des mois (r1). Cependant, les membres soutiennent que si la consultation – validation vise à contacter et obtenir la participation de partenaires identifiés sur des actions spécifiques et identifier les conditions nécessaires de collaboration, cette validation ne peut se faire par le biais des Tables de concertation; elle doit comprendre des rencontres avec des organismes collaborateurs éventuels. Alors le coor. du comité propose une mode de consultation par le biais des tables de concertation et les membres veulent une consultation plus poussée (en plus d'informer les acteurs, faut obtenir leur adhésion et discuter d'implantation). Il est décidé de déposer le document intégral (plutôt qu'un abrégé) aux tables de concertation et que des consultations auprès de certains org. soient effectuées. On parle d'ajouter d'autres organismes à la liste : Reg. des CLSC, gr de femmes, milieu scolaire, réseau VVS...)</p> <p>29 sept : le 28 sept. le coor. rencontre la Table de concertation en matière de violence conjugale. La Table est prête à collaborer à la validation mais aurait préféré être impliquée au début des travaux; elle demande des bilans écrits de la démarche de MO; elle veut un représentant de la DSP à leur table.</p> <p>11 octobre : Le pv manuscrit fait état d'une liste de partenaires à consulter sur les fiches projets : 1) les 3 tables de concertation (violence conjugale, agression sexuelle, CAFSU); 2) la Féd. des ress. d'hébergement, le Reg. des maisons d'H.; 3) le Reg. des CLSC; 4) la Fondation Pinel; 5) le CRI-VIFF; 6) Québec dit NON à la violence; 7) Tandem; 8) Reg des services de garde; 9) Équipe de pilotage Jeunesse, Tout-petits.</p>	<p>r1-cette consultation-validation a le sens d'une validation des projets en bilatéral auprès des partenaires pressentis pour les réaliser. C'est l'esprit du MIP de D. R. pour encadrer l'opération. Il ne s'agit pas d'une planification structurelle en partenariat. Il s'agit d'un appel d'offre à des acteurs ciblés pour devenir des partenaires du plan de mise en œuvre. C'est la stratégie d'intéressement retenue, qui implique une faible représentativité des partenaires.</p>

1.1.4	2 4.7 PVa	<p>2^e enjeu soulevé : le contenu de la priorité : la cible (femmes, conjoints, enfants) et le niveau d'action (la prévention en amont ou les services) (controverse cible; controverse aval/amont)(r5)</p> <p>2 mai : plusieurs membres de l'éq. pilotage ne veulent pas d'une « problématique réduite ». On estime que les actions prioritaires adoptées sont limitatives. Pour prévenir la VF il faut étendre vision au phénomène dans son ensemble. Ce qui inclut d'autres cibles que les femmes : les conjoints et les enfants –témoins. Échéancier jugé serré. La scénarisation (i. e. résoudre la question du contenu des actions) est imp.</p> <p>Les membres du comité se demande de quelle marge de manœuvre ils disposent.</p> <p>16 mai : on doit minimalement inclure les enfants témoins si on n'inclut pas les enfants victimes d'abus ou de négligence.</p> <p>Pour prévenir, il faut agir en amont, même si ce n'est pas notre comité qui en est responsable (on pense à la priorité Jeunesse). Il faut une problématique globale. D'autres pb et cibles sont aussi évoqués dans le libellé de la présentation (document du 8 déc) même s'ils ne se retrouvent pas dans les actions (les « survivantes », les immigrantes, les pers. ayant déficiences phy, intell., les gais et lesbiennes)</p> <p>Un re-découpage des 4 actions prioritaires est proposé en 5 points (P. T.) (r1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identifier, consolider , augmenter les ressources 2) former plus adéquatement les intervenants 3) sensibiliser, former ceux qui peuvent dépister 4) actions préventives : sécurité urbaine, contrôle des armes, phénomène des gangs, rapport H/F, développement des compétences 5) promotion auprès de la pop. et intervenants Tolérance-zéro. <p>Ce découpage rallie les membres pcq logique et respecte les décisions du CA.</p> <p>Pour aborder les aspects préventifs, imp. de collaborer avec priorités 1 et 2.</p> <p>9 juin : Pressions de la part de groupes d'intérêt auprès de la Régie pour services aux hommes violents ex : ligne téléphonique 24/7 (téléphone, lettre, questions au CA, conférence de presse). Le comité est en accord, mais dans le contexte d'une approche globale de prévention qui comporterait plusieurs interventions.</p> <p>Division du travail en sous-groupes (2 journées sont prévues : 16 et 22 juin) avec directive de ne pas oublier : 1) violence conjugale et sexuelle; enfants témoins, conjoints violents (r4).</p> <p>6 juillet : Autre pression pour des services : le financement des services d'urgence agressions sex. au CH Reine Élisabeth. Le Comité maintien de ne pas répondre à ces urgences et de maintenir son plan de match.</p> <p>Rapport des sous-groupes de travail :</p> <p>1^{er} sous-gr : consolidation des ress. : tableau complet des besoins identifiés par les différents secteurs : gr. femmes, gr. pour conjoints violents, SSS, services judiciaires, services pour victimes. Puis une priorisation a été faite. (Je ne les détaille pas ici).</p> <p>2^e sous-gr : approches préventives : 4 interventions complémentaires aux actions préventives en milieu scolaire de la priorité 2.</p> <p>3^e sous-gr : sécurité urbaine : approche de concertation locale en 2 ou 3 terr.; soutien à la coalition pour le ctrl des armes.</p> <p>4^e sous-gr : Tolérance zéro, politique d'établissements, formation des intervenants (r2).</p> <p>La production d'outil par l'embauche de contractuel est proposée. (\$138000 sur 3 ans). La formation viserait la prévention et le dépistage de la violence conj. dans différents milieux. Ces prg en arriverait à la définition d'une politique d'établissement qui serait proposée aux établissements, en parallèle avec la formation.(r3)</p> <p>La campagne populationnelle n'est pas encore dissocié de ce volet. On parle de prévoir une approche distincte pour les comm. ethniques.</p> <p>29 sept : Les fiches projets sont déposées. Elles sont discutées et remaniées pour dépôt aux partenaires.</p>	<p>r5-Ce sont les mêmes controverses qui se poursuivent : aval/amont; F-Et vs F-Et-H; Et ou Evt.</p> <p>r1-Ceci n'a pas été utilisé. Découpage mal avisé.</p> <p>r2-L'idée de politiques d'établissement a été maintenue dissociée de la formation des intervenants dans la planification structurelle. En effet, dans les priorités votées par le CA, l'action 1 comporte les politiques d'établissement mais aussi la sensibilisation des intervenants, alors que l'action 4 comporte la formation des intervenants (outiller) pour la prévention, le dépistage et l'intervention. Ce qui ne permet pas d'agir sur les conditions organisationnelles essentielles à l'efficacité de la formation.</p> <p>r3-C'est la politique d'établissement qui doit comporter un volet formation.</p> <p>r4-Ici, on voit que DSP a tenu jusqu'au bout cette cible des enfants témoins et des conjoints violents.</p>
-------	--------------	---	--

1.1.4	2 4.7 PVa	<p>3^e enjeu : le 2,7M dédié aux actions de PP ou à la consolidation des ressources (controverse aval/amont) (cf 1.7PLi, octobre 1995) (r4)</p> <p>23 mai : 1^e point de P.T. : identification et consolidation des ressources.</p> <p>Un tour des différentes ressources concernées : CH, CLSC, Police, Centres d'aide, Md'H, Centres femmes, Services pour conjoints violents, services 24/7, expose leur contribution et identifie des besoins et des projets de développement pour chacun.</p> <p>9 juin : Sur le 2,7M, 415 000\$ est dédié à priorité VF. D'ici 1998, une 2^e tranche possible de 20% de 13,6M de la reconfiguration ± 2,7M). Il serait logique de faire consolidation avec 2^e tranche. Imp. de critères d'allocation.</p> <p>6 juillet : pleine journée après le travail en sous groupes : Selon les responsables de la Régie, l'ensemble de la 1^{re} tranche de 415000\$ peut être consacrée aux 4 actions (inclus la consolidation). A cette date, le PV note que les balises pour le financement ne sont pas encore claires. On compte sur le Comité de coordination de la MO (Comité DSP) pour la décision.</p> <p>6 septembre : Aucune décision n'a été communiquée au comité sur la répartition des ressources entre les projets de PP et la consolidation des ress. Le PV rappelle que la position de la DSP est que l'entièreté des 2,7M soit consacrée à des projets de PP, et que la consolidation pourrait se faire avec le 13,6M de la reconfiguration. On attend une directive claire.</p> <p>29 sept. : le 2,7M est alloué à de nouveaux projets en PP. le 13,6M à la consolidation, dans une perspective de PP (r1). Il n'a pas été déterminé qui, de la DSP ou de la DPC, aura la responsabilité du 13,6M.</p> <p>Le 2,7M doit soutenir des projets terrain et être versé à des organismes externes (CLSC, OC). (r2)</p> <p>11 oct. : Réunion de préparation de la consultation sur les fiches projets : on voit au pv : « est-ce que l'an 1 est reporté si on ne le dépense pas? » (r3)</p>	<p>r4-Même controverse sur aval/amont en mettant le doigt sur le véritable enjeu : les ressources limitées qui imposent des choix.</p> <p>À cette étape-ci, avant la lettre de D.R. à R.T., il semble bien que la DPC remporte la joute sur la question de l'allocation des ressources. De juillet 95 à oct 95 (lettre de D. .), il y aura un flou. Les membres de la DSP ne veulent pas accepter et les membres de la DPC ne veulent pas lâcher. Et on attend que la Régie tranche.</p> <p>r1-Je ne sais pas ce que cela veut dire.</p> <p>r2-Autre dit, la DSP ne peut le garder pour des projets qu'elle gère.</p> <p>r3-Après s'être battu pour préserver les budgets, on sent la menace d'en perdre une partie à cause des délais de production du plan de prog qui empiète sur le temps alloué à la réalisation; les normes administratives de la Régie ne prévoient pas le report de sommes non engagées pendant l'exercice financier en cours.</p>
-------	-----------------	---	--

1.1.5	2 4.7 PVa	<p>23 mai : 1^{er} point de P.T. : la consolidation. tout des ressources, de ce qu'elles offrent :</p> <p>CH : 4 CH désignés pour les agressions sexuelles;</p> <p>CLSC : le comité n'a pas une connaissance précise des services. Il y aurait un service d'accueil et de dépistage des cas, qui s'adresse aux femmes et aux enfants, peut-être aux hommes, mais expertise à développer). pas de ress. pour survivantes (inceste et agressions sex.). Une formation sur la viol. conj. a eu lieu dans tous les CLSC; il faudrait instaurer des prg continu.</p> <p>Police : majorité ont reçu une formation en Viol. conj. à la sortie de la politique en 1987. On prévoit des équipes spécialisées pour les agressions sex. Les policiers collaborent avec les CH désignés et CLSC. Un vide pour la prise en charge des hommes violents.</p> <p>Centres d'aide : 4 centres d'aide pour les victimes d'agressions sex et 1 centre pour victime d'acte criminel à MTL.</p> <p>Md'H : 22 maisons subventionnées, la plupart regroupée au sein du Regroupement provincial des maisons d'hébergement ou à la Fédération des ressources d'hébergement. 4 n'appartiennent pas à un regroupement. Ressources débordées. + de pb avec femmes avec enfants, problèmes multiples et comm. eth. Les Md'H font le suivi post hébergement mais ont peu de ress.. Pas d'alternatives au départ des femmes et des enfants. Pas d'hébergement pour conjoints violents (maison de cautionnement ?)</p> <p>Centres de femmes : 16 centres subventionnés. plusieurs problématiques. la violence prend de + en + de place. complémentarité entre les Centres et les CLSC est amorcée. Il y a aussi un centre de santé des femmes (le Centre de santé des femmes de Montréal CSFM –voir cancer du sein).</p> <p>Services pour conjoints : services communautaires. certains privés. les Md'H collaborent avec ces gr. Mais : approche d'intervention différente, d'un point de vue philosophique. Lien de ces ress. comm avec les CLSC. Ressources peu nombreuses et morcelées.</p> <p>24/7 : Services existants : 1-SOS Violence conj., 2-le service d'urgence pour les agressions sex., 3-le 911 police.</p> <p>Au bilan : les faiblesses identifiées sont du côté de la coordination, du suivi et de l'accompagnement. Le comité retient que la Table de concertation pourrait identifier les lacunes et indiquer les priorités.</p>
1.1.5	2 4.7 PVa	<p>16 mai : Dans les notes manuscrites de A.B.. Info de M.B. : 1.3Millions aux OC. Les maisons d'H. ont un cadre de financement gelé.</p>
1.2.4 1.3.4	2 4.7 PVa	<p>29 sept. réunion du Comité de pilotage : concernant le prg de sensibilisation auprès des intervenants de différents secteurs :on mentionne qu'un tel prg existe à la Fédération des ressources d'hébergement, que celui-ci couvre une partie des obj de la planification structurelle. On dit qu'on pourrait le compléter en confiant le mandat avec \$\$ à la Fédération (r1).</p> <p>r1-Controverse expertise. Cette reconnaissance prend la forme d'un mandat (avec des ressources). Se dessine la « lutte » entre les deux regroupements de maisons d'H à savoir laquelle aura la reconnaissance. Il semble que la Fédération ait la faveur du Comité de pilotage. Ici, la reconnaissance de l'expertise est entre les mains de la Régie puisque c'est elle qui octroie les mandats. La Régie se trouve être l'instance qui reconnaît l'expertise.</p>
1.2.3 1.2.1	2 4.7 PVa	<p>Une proposition du 25 sept de A. B. au membre du Comité de pilotage comporte une opération de validation en 2 temps : 1) 1^{ère} rencontre pour exposer la plan. struct.; 2^e rencontre pour recueillir les commentaires</p> <p>Dans la stratégie d'intéressement, la validation est une étape imp.</p>

Code			4.2Ga Audy Renée, Turgeon Johanne. Utiliser un ensemble de stratégies pour contrer un problème complexe. Atelier 12 d'un colloque dont j'ignore le titre et l'endroit et l'année. Ce document est dans les papiers de A. B. Ça me semble être un colloque sur la VF puisqu'il y a aussi un atelier sur la sécurité urbaine. Ce document est intéressant pour ce qu'il dit de la vision de Mme A. sur le rôle des CLSC dans la VF.	Remarques
T	P	S		
1.1.2	-	4.2	Mme A. soutient que la concertation des ress., la coordination des services, la formation du personnel, la recherche et l'évaluation sont des conditions de réussite des grands axes d'intervention en VF et VC. Elle dit que la concertation et la coordination en matière de VC relève des Directions de santé publique. En matière de recherche et évaluation (essentiel pour mieux définir les fondements et caractéristiques du pb et assurer l'efficacité des actions), elle dit que la Fédé des CLSC occupe une place stratégique au Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Les CLSC sont bien placés pour rencontrer les femmes lors des périodes de leur vie où elles vivent des périodes plus vulnérables : la grossesse. Dès le début des années 1990, les CLSC de la région de Mtl ont inscrit à leur priorité d'intervention le dépistage de la VC. La coordination de la MO de cette priorité s'appuie sur l'adhésion des directions générales (r1), la création d'outils de sensibilisation, la formation des intervenants et la collaboration des policiers. Mme A. dit que le dépistage constitue <u>maintenant pour les intervenants de 1^{ère} ligne un moyen privilégié de reconnaître les symptômes chez leur clientèle et d'intervenir efficacement en s'attaquant aux causes.</u>	r1-on peut relier ceci à la position de R. A. à la journée de vraisemblance à l'effet que le rôle des direction est de la régie interne.
1.1.3		Ga		

Code			4.6PLb Direction de la programmation et coordination. Principales priorités des organismes communautaires subventionnés par le SOC pour l'année 1995-1996.	Remarques
T	P	S		
1.1.2	2	4.6	Ce document doit être le fruit d'une consultation réalisée par la DPC pour définir les besoins des OC subventionnés par le SOC, dans le cadre des allocations aux OC découlant de la transformation du réseau.. Parmi les priorités indiquées, je note : Pour les services pour conjoints violents : développer la concertation avec la Régie (ex : les PROS) et avec les services publics (CLSC et services sociaux) Pour les MdH : développer (r1) les services de sensibilisation et de prévention en milieu scolaire.; augmenter la formation des bénévoles et du personnel pour pb toxico, sida, santé mentale, comm. culturelles (r2).; augmenter la participation avec les partenaires; augmenter la participation à la recherche.	r1-ce qui indique que les MdH ne sont pas encore vraiment actives dans ce créneau. r2-tel sont les besoins de formation exprimés par les MdH.
1.1.3		PLb		

Code			4.2PLa Regroupement des CLSC de Montréal. Objectifs à rencontrer d'ici 1997.	Remarques
T	P	S		
1.1.2	-	4.2	Quant à la violence, les CLSC veulent : avoir mis à jour leur pratiques en V. familiale et conjugale; avoir défini les modes d'intervention des CLSC en matière de violence sous toutes ses formes; avoir augmenté le taux de pénétration auprès des personnes violentes; continuer de développer des outils de dépistage de la violence sous toutes ses formes; continuer à améliorer leur concertation avec leur partenaires, notamment la police; avoir amélioré leur pratique en v. conj. en donnant suite aux besoins prioritaires de formation identifiés : 94-95 : processus judiciaire, aide aux conjoints violents; 95-96 : intervention auprès des enfants témoins, intervention de groupe.	Sont-ce là les besoins de formation des CLSC? Pas de mention de politique d'établissement, ou de modification de l'organisation du travail ou des conditions organisationnelles pour qu'elles soient plus facilitantes, en vue d'une intervention de qualité; il n'y a qu'une stratégie mise de l'avant, celle de la formation des intervenants. On voit ici que les CLSC veulent rejoindre davantage les hommes violents.
1.1.3		PLa		

Code			4.2Ha Notes de A.B. d'une rencontre avec le CLSC Olivier-Guimond le 29 juin 1995	Remarques
T	P	S		
1.1.2	2	4.2	<p>Dans ces notes, je retrouve :</p> <p>« Le Québec dit NON à la violence » a écarté les CLSC de la démarche.</p> <p>Historique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les CLSC : approche systémique et les Groupes de femmes : approche féministe. -Guide de dépistage v. conj. produit en CLSC. formation de tout le personnel -Protocole d'entente avec la police pour référence en situation de crise (1femme sur 2 accepte la référence; 50% des femmes référées ont déjà un dossier au CLSC. 120 femmes par année. Soutien judiciaire : 1700 femmes/an. -Comité aviseur sur la viol. conj.(les 30 CLSC) -problème : isolement des CLSC, isolement des intervenants. -Besoin de formation : 1-sujets pointus (ex :processus judiciaire); 2-enfants témoins; 3-intervention auprès des conjoints violents. <p>Attentes des CLSC envers la DSP : coordination des intervention (r1); définition des orientations. Les CLSC désirent ne pas être exclus de la planification.</p> <p>Également, des notes sur les agressions sexuelles, à l'effet qu'il s'agit d'un problème croissant dans les écoles. Les CLSC serait en train de dresser l'état de situation pour l'automne 95. dans certains CLSC, intervention de groupe auprès de survivantes d'inceste.</p>	r1-dit la même chose que la conférence de Mme A. (4.2Ga) qui soutenait que la DSP avait le rôle de la coordination.
1.1.3		Ha		

Code			4.3Ja Communiqué de presse des 2 regroupements prov. de Md'H sur un service de « casques bleus » pour intervenir auprès des conjoints violents, réclamés par différents intervenants. 2 juin 1995 (cette idée est sans doute sortie à la suite d'un meurtre d'une femme par son conjoint). Nous renseigne sur la vision qu'ont les MdH du prob et des solutions.	Remarques
T	P	S		
1.1.2	-	4.3J	<p>Les reg. invite les CLSC et les gr. pour conjoints violents à de l'analyse et de la créativité. Ex : mettre en place, à partir des intervenants dont dispose les gr., des intervenants de garde. Les 2 regr de MdH estiment que cela fait déjà partie du mandat des ress. qui interviennent auprès des agresseurs.</p> <p>Les 2 Reagr. affirment qu'au-delà de la création de nouvelles ress., la clé du problème réside plutôt dans une volonté affirmée d'intervenir à tous les niveaux pour éliminer à sa source la viol. conj. C'est en ce sens que les 2 Reagr. souhaitent que la réflexion se poursuive.</p> <p>L'expérience des Reg. montre que les homicides arrivent en situation de crise. Il est généralement possible de mettre au jour les cas de viol. conj. plus tôt. C'est le dépistage qu'il faut pointer du doigt. De plus, l'expérience montre que les meurtres arrivent le plus souvent au moment où la femmes quitte, parle de quitter ou s'oppose à son conjoint. Les 2 Reg. disent que leur responsabilité est d'aviser les femmes du danger qu'elles courent et de leur offrir des moyens d'assurer leur sécurité.</p> <p>Également, les 2 Reagr. souhaitent un meilleur maillage entre les services psycho-sociaux et la police. À l'ex. de Boucherville : il faut que les interv. psycho-sociaux avisent les services policiers des menaces de mort ou de violence proférées par le conjoint. Ce qu'hésitent à faire certains intervenants au nom de la confidentialité.</p> <p>Les 2 Reg rappellent que les meurtres ce n'est que la pointe de l'iceberg et que, selon Stat Can.(1993), 1 canadiennes sur 4 a au cours de sa vie adulte été victime d'un acte de viol. conj. qui constitue une infraction au code criminel (voie de fait, menace, agression sexuelle, etc...). Il faut envisager le prob. de façon plus large. Et un renforcement du dépistage apparaît aux 2 Reg. comme essentiel : dépistage en CLSC, dans les CH, les cabinets de md, milieu scolaire, etc... Le dépistage permet d'intervenir avant la crise et de diriger les personnes aux prises avec des prob. de viol. conj. vers les bonnes ress.. Renforcer les habiletés de dépistage et d'intervention, se doter de politiques claires en matière de viol. conj. sont des actions à privilégier avant de créer de nouvelles ress... Surtout que l'image que renvoient les casque bleus est celle d'une force neutre qui tente de garder la paix entre les parties. Or, tel que l'ont déjà soutenu différentes études, l'intervention efficace exige de prendre clairement position contre la violence, de remettre la responsabilité à l'agresseur et d'offrir sécurité et soutien à la victime.</p>	
1.1.3		a		

Code			4.7Hb Notes de A.B., 7 juin 1995 titrées Demandes externes en ce qui concerne la priorité violence faite aux femmes. Pro-Gam : souhaite ardemment que l'on tienne compte des hommes violents et que l'on développe des services 24/7 pour les conjoints violents. Appel au bureau d'A .B. le 24 et le 29 mai; intervention au CA le 25 mai; Conférence de presse à la Régie le 1 ^{er} juin. Reg. des CLSC (R.A.) : téléphone le 14 juin 95 pour cédule une rencontre avec elle et M.M. (Directrice CLSC Plateau Mont-Royal) pour faire le point sur les services en CLSC et les orientations. Souhaite collaboration étroite avec DSP .
T	P	S	
1.1.3			
1.1.4			
1.2.3			4.7Pa Lettre du 12 juillet 95 de A.B. à R.A. Il dit que les Comités de pilotage sont composés pour l'instant des directions de la Régie. Et que les travaux ne sont pas terminés, ces travaux devant définir la façon dont les partenaires seront invités à participer à la MO. Il rappelle les orientations entérinées par le CA en déc. 94 : que les dispensateurs de services définissent les actions en terme de résultats plutôt qu'en terme de services; favoriser la PP, contribuer à l'amélioration des conditions de vie. Il fournit un premier rapport d'étape et dit qu'en automne les modalités de participation seront connues.

Code			4.2Pa Lettre du 22 août 95 du Reg. des CLSC de la région de Montréal, réaction à un document de travail remis en juillet par A.B. 4.2Pb Lettre du 2 nov 95 validation du plan de MO	Remarques
T	P	S		
1.2.3	2	4.2 Pa	La lettre réfère à un document de travail que je n'ai pas. La lettre dit que : -le Comité de pilotage doit bien distinguer la violence conj. et les agressions à caractère sexuel, de leur donner un traitement différent, mais équivalent. -le projet de politique provinciale en cours en est un de politique gouvernementale axée clairement sur la violence conjugale. -le plan (document de travail) ne comporte pas d'échéancier, de responsables et de coûts associés -insiste pour que soit clairement identifiés les obj. visés quant aux victimes mais aussi vis-à-vis tous les acteurs concernés.(r1) -vu la mission des CLSC en prévention et intervention précoce et conformément aux orientation de la politique de SBE, attente à l'effet que action priorité 3 englobe éléments des priorités 1 et 2.	La 1 ^{ère} lettre arrive avant la période de consultation qui s'est tenue en oct-nov. En juillet, suite à un tél. de R.A., A. B lui avait fait parvenir un plan préliminaire. r1-pour parler ici des conjoints violents et des enfants témoins ou victimes, sans doute.
1.2.3	2	4.2 Pb	Commentaires sur les projets retenus pour la MO : -apprécie l'ouverture faite aux CLSC en venant valider les hypothèses de travail les concernant et vers lesquelles s'oriente le Comité (r1) -le reg des CLSC a tenu une réunion le 16 oct pour commenter le plan de MO. Les voici : sur 1.2) En vue d'actualiser la politique d'aide aux femmes violentées, les CLSC de Mtl ont reçu un outil de sensibilisation qui permet de guider le dépistage des femmes victimes de viol. conj. Depuis 1990, des sessions de sensibilisation sont offertes au personnel. Plus de 3000 intervenants ont ainsi été formés. « Vous comprendrez que non besoins sont ailleurs que dans la sensibilisation et le dépistage ». sur 1.3) le Reg. dit que le MSSS a remis aux établissements (au cours de la dernière année) un guide bien documenté pour contrer le harcèlement sexuel. L'outil existe, il s'agit de l'actualiser. sur 4.1.2) Le Reg dit que ce volet reprend ce qui se fait déjà dans les CLSC de Mtl depuis 5 ans. Souligne que l'engagement des directions de CLSC est acquis dans ce dossier. (r2). Le Reg se dit étonné de voir que le Comité veut consolider la	r1-dit que la stratégie d'intéressement adoptée par la DSP, qui est celle de valider et de voir la faisabilité de projets avec les acteurs pressentis pour être partenaire a été bien reçu par les CLSC. r2-le plan proposé prévoyait la sensibilisation des gestionnaires à l'imp. du dépistage systématique et l'établissement de protocole dans les CLSC participants. La justification soutenait que des prog. de formation au dépistage ont été dispensé en CLSC, mais sans l'élaboration de politique d'établissement. Je suppose qu'en proposant l'établissement de protocole, ça tient lieu de politique d'établissement. Ici, le Reg des CLSC dit que l'action auprès des gestionnaire n'est pas bienvenue. C'est sans doute pour cette raison que la version déposée au CoCo a éliminé toute allusion au rôle des directions de CLSC (sensibilisation, établissement d'un protocole) r3-Il n'y a pas de projet 4.2.2 et 4.2.3 dans le plan. Cette remarque doit s'adresser à 4.3.1 sur la formation au dépistage des enfants témoins dans le milieu de l'éducation. r4-Ce que ne fit pas le Comité. r5-la pression est donc venue du Reg des CLSC, des OC-H, de la Table de concertation en matière de viol.
1.1.4				
1.1.3				
1.2.4				

<p>1.1.1</p>	<p>formation au dépistage syst. de la viol. conj. dans les CLSC. Le Reg rappelle au Comité qu'il s'est donné en 1994-96 l'obj de compléter la formation des intervenants par une formation pour l'intervention auprès des enfants témoins, pour le dépistage des conjoints violents et l'intervention de groupe. Cet obj. suivait la journée du 29 avril 94 – réflexion organisée pour les intervenants des CLSC de Mtl sur la viol. conj et fam. (À l'été, Mme A. dit avoir remis à A. B. un recueil de texte sur les réalisations et orientations des CLSC en matière de viol. conj et fam.)(r9).</p> <p>sur 4.2) Le Reg se réjouit du projet d'outiller les intervenants pour une intervention spécifique auprès des enfants témoins ou victimes. C'était une attente. Le Reg souhaite être associé aux travaux préparatoires (choix des contenu, responsable de la formation) (r8).</p> <p>sur 4.2.2 et 4.2.3) (r3) Le Reg demande que les CLSC soient collaborateurs (r4), puisque les professionnels oeuvrant en milieu scol. comprennent les TS et les inf. des CLSC. « Dans un souci d'assurer une action cohérente et complémentaire, il conviendrait de les associer au processus de sensibilisation.</p> <p>-le Reg se dit déconcerté de voir qu'aucun projet ne vise le dépistage et l'intervention auprès des conjoints violents (r5). « Le travail en amont ne signifie-t-il pas intervenir sur la cause? Ne sommes-nous pas en train de répéter ce qui se fait au Québec depuis 10 ans et qui n'a pas apporté de résultats tangibles. Qu'est-ce qui justifie le peu d'importance accordée à l'intervention auprès des conjoints alors qu'en matière d'agressions sexuelles les conclusions du groupe de travail de madame Diane Lemieux ont clairement démontré l'importance d'intervenir auprès des agresseurs. Cette volonté d'intervenir presque exclusivement auprès des victimes est entièrement valable pour les maisons d'hébergement. Il ne faudrait cependant pas perdre de vue qu'un maximum de 15% des femmes violentées acceptent d'aller en maisons d'hébergement » p. 3 de la lettre (r6). Le Reg dit qu'en matière de viol. conj., les CLSCinterviennent auprès des victimes et sont amenés à rencontrer les conjoints. (ex : lors des rencontres prénatales qui sont propices au dépistage). De plus, les CLSC reçoivent de +en+ d'hommes parmi leur clientèle. Les intervenants réclament des outils de dépistage et d'intervention auprès des conjoints. Le Reg dit qu'il ne cherche pas à s'appropriier le champ de l'intervention auprès des conjoints violents. Le Reg dit que les OC-H ont développé une expertise et s'acquitte bien de leur mandat. Le Reg dit faire appel à leur</p>	<p>conj de Mtl</p> <p>r6-je ne sais pas s'il y a confusion ou si le gr. de travail de Mme Lemieux portait bien sur les agressions sex. Si c'est le cas, l'argument est moins solide. De toute façon il est solide sur le fond, à l'idée qu'il faut agir sur les hommes. Le Reg. des CLSc dit à la Régie (Comité de pilotage) que ce n'est pas pq les Md'H adoptent une position qui est valable pour elles, i.e. investir presque exclusivement auprès des victimes, que la Régie doit adopter la même position. Les MD'H défendent les intérêts de celles qu'elles représentent : les victimes. Ces maisons sont nées pour mettre à la face du monde la forme concrète de la violence subie par les femmes. Ces maisons défendent les intérêts des victimes, femmes et enfants. Toutefois, l'intérêt de la Régie, son objectif dans le cadre des priorités, est celui d'organiser des mesures en PP au plan de la société toute entière, basée sur les connaissances acquises sur les intervention efficaces. Et des études montrent que l'action auprès des seules victimes ne suffit pas. Pas que les recherche montre que les interventions déjà développées auprès des hommes violents soient efficaces, mais plutôt, la littérature soutient qu'une action auprès des hommes doit être mise de l'avant pour incarner le fait que si les hommes sont partie prenante du problème, sont responsable de la violence qu'ils infligent, ils ont aussi un rôle dans la solution. Je peux ici ramener le sens de l'injustice (Fliné). Pour que le sentiment d'injustice se manifeste (sentiment qui est à l'origine des démarches des femmes), il faut que la société envoie le signal que les mauvais traitement ne sont pas inévitables. En transposant cette logique, on peut dire que : pour rendre la violence des hommes envers les femmes socialement inacceptable, il faut que la société envoie des signes clairs, sous des formes concrètes, à l'effet que cette violence est inacceptable. r8-ici, le Reg des CLSC n'indique pas que les OC-F ont une expertise en cette matière, comme il le fait pour les conjoints violents. (ils le disent ailleurs). r9-La controverse est la suivante : le Reg des CLSC dit que les gestionnaires sont sens., que les intervenants ont déjà été formé au dépistage de la viol. conj. (femmes) et que leur besoins out pour les enfants et les conjoints. La DSP dit que pour le dépistage auprès des femmes, il est vrai que de la formation a été donnée, mais il faut des changements au niveau de l'organisation du travail pour assurer un suivi et un soutien aux intervenants, au-delà d'une formation. La DSP propose une sensibilisation des gestionnaires et l'établissement de protocole –qui nécessairement, établit des procédures, une organisation du travail-pour faire ce dépistage et cette intervention). La controverse se soldera par un compromis qui consiste à développer une formule d'accompagnateur-conseil formé. Mais à l'évaluation de la formation, les</p>
--------------	--	---

	<p>expertise pour la formation et réfère à ces ress. tous les hommes qui ont besoin de leurs services. Le Reg dit que les CLSc ont depuis 5 ans amélioré leurs services auprès des femmes et que leur obj est de dépister correctement les hommes violents et de faire une intervention minimale qui permette l'apprivoisement nécessaire pour que la référence se fasse de façon professionnelle.</p>	<p>intervenants diront que la formule d'accompagnateur –conseil n'est pas ancrée dans leur organisation. Autrement dit que les intervenants sont laissé à eux-mêmes sans aménagement organisationnel pour permettre que ce rôle d'accompagnateur-conseil puisse être pleinement déployé.</p>
--	--	--

MÉMO relatif à la 1^{ère} controverse sur la cible

Les OC-H ont réussi à introduire un projet de formation au dépistage et à la référence pour les intervenants en CLSC. Ils ont fait contrepoids aux OC-F qui refusaient de voir l'intervention auprès des H dans les cibles de la priorité. C'est un compromis. Ça devient un PPO de la priorité. La DSP n'a pas pu maintenir les hommes dans la cible dans la priorité votée par le CA en déc. 94 suite à la consultation sur la proposition S5 où, pourtant, les conjoints étaient cités comme cible. Lors de cette consultation sur S5, la Table de concertation en viol. conj. plaidait en faveur de considérer les conjoints dans la cible, tout comme le Reg. des CLSC (voir mon schéma en étoile), tout comme la DSP qui avait déjà positionné les conjoints violents dans la cible de l'intervention dans la proposition S5 soumise à la consultation. Ainsi, la controverse sur la cible est résolue. Les femmes victimes, les enfants victimes ou témoins de violence conj. (ce qui exclut les enfants victimes d'abus et de négligence, incluant les abus sexuels), et les conjoints violents sont la cible de la priorité. Et le prog. de sensibilisation / dépistage vise la formation des intervenants pour dépister et intervenir auprès de ces 3 cibles.

Donc : 1- la DSP avait proposé p.â., femmes victimes, enfants témoins ou victimes (incluant abus et négligence, je crois), et les conjoints. 2-La Régie a retenu les femmes victimes et les enfants témoins ou victimes (à préciser) sous la pression des OC-F et au détriment de la Table de concertation en viol. conj de Mtl et du Reg des CLSC qui voulaient que soient ciblés les femmes victimes, les enfants témoins ou victimes et les conjoints violents (la Table de concertation ajoutait les femmes victime de violence sexuelle- viol, inceste, agressions sex.). 3-La DSP fait un plan de MO conforme au libellé de la Régie. 4-par la consultation, les OC-H ramènent les hommes dans la cible. 5-La DSP introduit finalement un prog de formation en CLSC pour dépistage conjoints violents. La DSP identifie Concertation Homme Montréal (regroupe les ress. d'aide aux conjoints violents de la région de Montréal) comme collaborateur, avec le Reg. des CLSC, le CRI-VIFF et la Table de concertation en matière de viol. conj. Surtout, la démarche proposée par la DSP commence par l'élaboration d'un outil de dépistage, le test de l'outil et ensuite, en 3^e année, la formation et l'application de l'outil. Concertation Homme Montréal avait pourtant montré des prog. de formation à l'appui de leur demande d'introduire une formation des intervenants. Je ne sais pas ce qu'ils diront du plan proposé par la DSP. Voudront-ils plutôt utiliser leur prog. de formation déjà prêt plutôt que de produire un outil de dépistage?

Mémo relatif à la 2^e controverse sur en aval en amont

Ici, la DSP a remporté la manche en écartant toute œuvre de consolidation du budget des priorités. La DSP a réussi à positionner des actions en amont : campagne populationnelle, sécurité urbaine. Et pour la réduction des conséquences, elle a placé formation des intervenants, mais elle a perdu les politiques d'établissement.

Mémo 3^e controverse : qui détient l'expertise et qui doit être formé?

les OC-H revendique eux aussi d'être reconnu comme détenteur d'une expertise. Ils plaident en faveur d'une approche éclectique qui reconnaît diverses perspectives épistémologiques.

ANNEXE 6

DIAGRAMME CHRONOLOGIQUE DE LA STRUCTURATION
DES PROJETS DE SENSIBILISATION / DÉPISTAGE

Diagramme chronologique de la structuration des projets de Sensibilisation / Dépistage

Planification stratégique 1994

Planification structurelle 1995

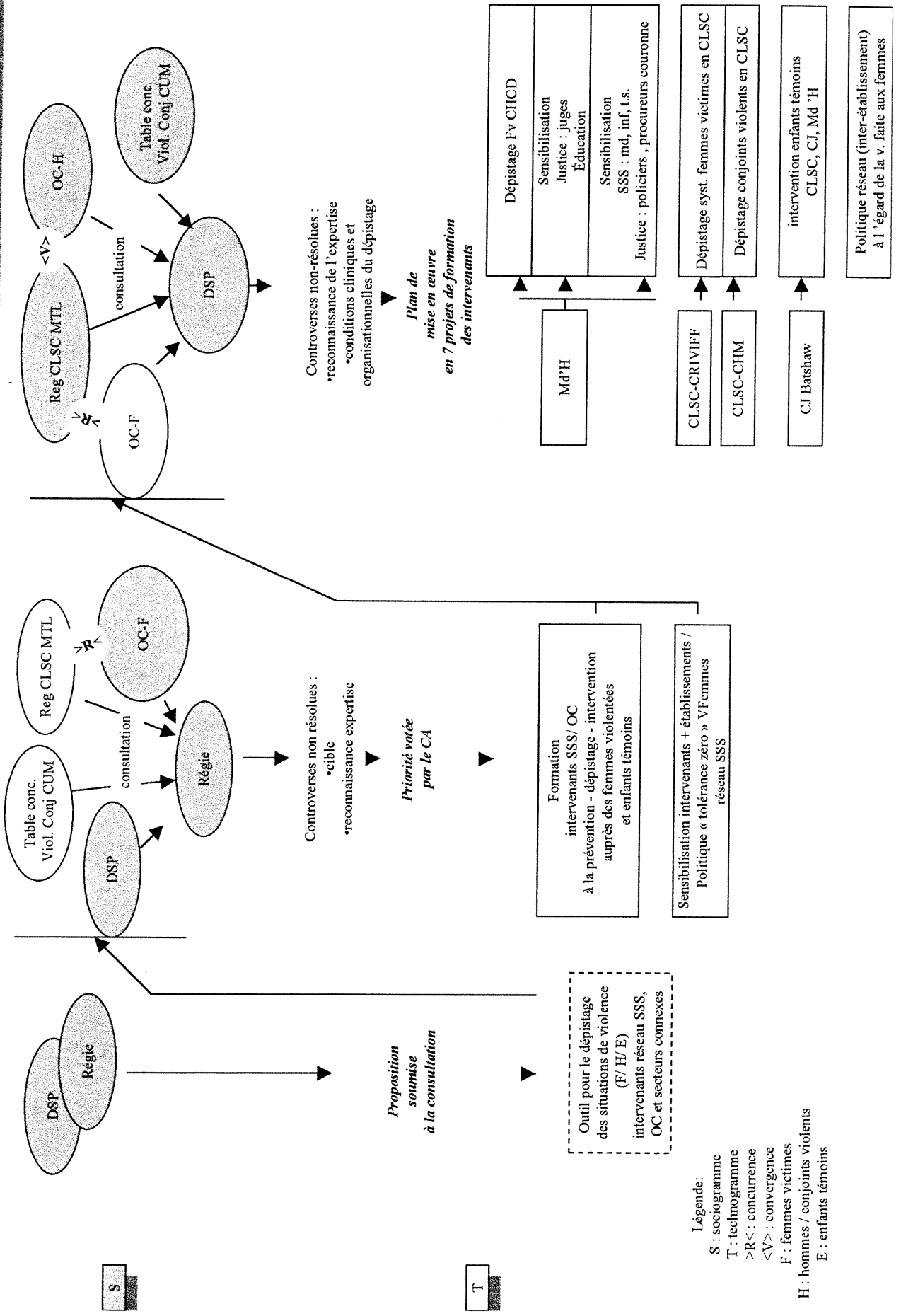
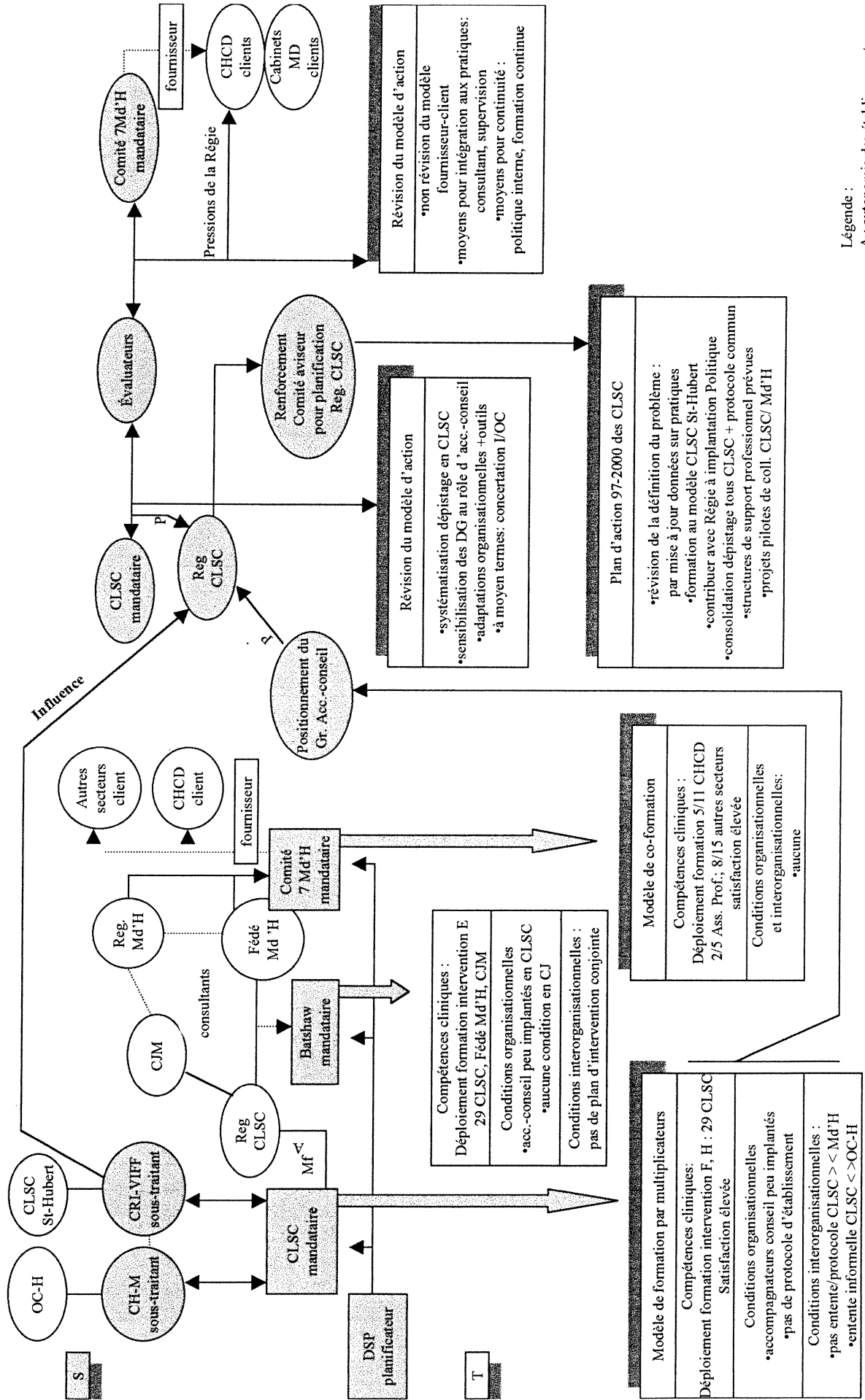


Diagramme chronologique de la structuration des projets de Sensibilisation / Dépistage

Planification opérationnelle 1996-1997

Évaluation / Planification révisée 1998



Légende :

A : autonomie des établissements

Mf : mobilisation faible

P : pressions

ANNEXE 7

MÉTA-MATRICE INTER-SITES DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES QUATRE CAS

Méta-matrice inter-sites de la dynamique de la participation, de l'étendue de l'information et de la zone de convergence, et incidence sur la qualité de l'action

Cas	PROBLÉMATISATION			ATTRIBUTS DE QUALITÉ
	Dynamique de la participation	Étendue de l'information	Zone de convergence	
VF	<p>⇒ Consultations bilatérales : Institutions –CLSC / OC-F défense des droits + entraide et services / OC-H défense des droits + entraide et services / concertation intersectorielle régionale; ne mobilise pas acteurs névralgiques secteur socio-sanitaire et autres secteurs concernés.</p> <p>⇒ Mobilisation restreinte, sectorielle, pour la mise en œuvre.</p>	<p>⇒ Technoscientifique : définition des diverses formes de violence dans la société; accent sur l'organisation des services, des mesures de promotion jusqu'au dépistage et à l'intervention.</p>	<p>Formation sectorisée.</p>	<p>(-) Entraînement négligeable.</p> <p>(-) Solidité : ne satisfait ni aux conditions org., ni inter-org. du dépistage syst. et intervention efficace.</p> <p>(-) Ancrage : peu de correspondance du modèle d'action avec la réalité locale.</p>
CS	<p>⇒ Concertation - négociations bilatérales, puis multilatérales : OC défense des droits + entraide et services /Institution –CLSC / OC ethniques.</p> <p>⇒ Mobilisation des acteurs pour l'élaboration de l'action et la mise en œuvre.</p>	<p>⇒ Technoscientifique : épidémiologie du problème, efficacité des technologies de dépistage, approche de promotion –prévention.</p> <p>⇒ Féministe : conception sociale (rapport des femmes au pouvoir médical), défense des droits, prise en charge, auto-santé.</p> <p>⇒ Fonctionnaliste – multiculturelle : adaptation - adéquation des services.</p>	<p>Information juste, complète et accessible sur les 3 modes de dépistage.</p>	<p>(+) Entraînement dans réseaux inst., comm., ethniques et auprès de la pop.</p> <p>(+) Solidité : partenariat efficace (info sur différents aspects; message cohérent; atteinte de différents segments de pop.).</p> <p>(+) Ancrage : déploiement ajusté au contexte.</p> <p>(+) Indication de viabilité de la solution.</p>
SA	<p>⇒ Concertation - négociations multilatérales : OC défense des droits + entraide et services / concertation communautaire régionale / université / municipalités.</p> <p>⇒ Mobilisation des acteurs locaux et régionaux pour l'élaboration de l'action et la mise en œuvre.</p>	<p>⇒ Structurelle : causes structurelles de l'IA qui appelle solutions structurelles (politiques économiques et sociales, renforcement rôle de la société civile- action concertée en SA).</p> <p>⇒ Critique – émancipatrice : causes structurelles de la faim; dépendance des organismes et des usagers envers dons privés et publics entretient le dépannage; s'appuyant sur des valeurs de citoyenneté et de solidarité, fait la promotion des pratiques de prise en charge en alternative au dépannage.</p> <p>⇒ Fonctionnaliste : organisation, coordination des services.</p>	<p>Importance de l'action locale et de la concertation régionale en SA, donc entente sur concertation d'acteurs régionaux et locaux, intersectoriels, pour la mise en place d'un ensemble de moyens qui contribuent à SA.</p>	<p>(+) Rallongement des réseaux locaux et régional.</p> <p>(±) Solidité du modèle au palier local / action sur facteurs structurels à renforcer.</p> <p>(+) Ancrage local.</p> <p>(+) Indications de viabilité.</p>
NG	<p>⇒ Consultations bilatérales /validation: Institution –CLSC.</p> <p>⇒ Mobilisation d'acteurs locaux pour la mise en œuvre : OC d'entraide et services / concertations intersectorielles locales.</p>	<p>⇒ Technoscientifique : du modèle des déterminants de la santé au modèle écologique : les conditions d'extrême pauvreté ont des conséquences négatives sur l'issue de grossesse et sur le développement des enfants; appelle des mesures de renforcement des personnes, d'enrichissement des milieux de vie –de type <i>community betterment</i>- et des actions d'influence cf valeurs et politiques publiques.</p>	<p>Appui à l'implantation du prog.-cadre pour rejoindre les familles GPE.</p>	<p>(+) Entraînement des acteurs locaux, I/OC.</p> <p>(+/-) Solidité: affaiblie par structure cadre contre performante et le peu de place à l'innovation communautaire.</p> <p>(-/+) Ancrage : prog. et structure cadre non ancrés / plans d'action locaux ancrés</p> <p>(+/-) Indication de viabilité : atteinte des GPE/ accès réduit pour non GPE.</p>

Légende : GPE : famille en situation de grande pauvreté et d'exclusion; OC : organisme communautaire; IA : insécurité alimentaire; SA : sécurité alimentaire.

Méta-matrice inter-sites de l'accord établi partant des controverses entre les acteurs et incidence sur les attributs de qualité de l'action

CONTROVERSES		ACCORD * / INNOVATION		ATTRIBUTS DE QUALITÉ	
liées aux rapports de pouvoir	liées au sens de l'action	construction du rapport social entre les acteurs	construction du sens de l'action		
VF	<p>Concurrence pour la reconnaissance de l'expertise.</p> <p>Concurrence pour le contrôle des ressources.</p>	<p>Logique systémique -services publics d'aide F-H-E versus logique féministe -aide F-E, traitement judiciaire H.</p> <p>Logique de PP versus logique d'organisation de services.</p> <p>Formation versus conditions inter-organisationnelles pour dépistage et intervention.</p> <p>Logique féministe de la prévention : soutien l'autonomie et le choix éclairé des personnes versus logique épéidémologique de la prévention : favoriser le changement de comportement.</p>	<p>Cloisonnement.</p> <p>Contrats sectoriels de sous-traitance : ⇒ principe et dispositifs de réciprocité (reconnaissance mutuelle de l'expertise spécifiée au contrat).</p> <p>Comité consultatif sous le contrôle du mandataire institutionnel.</p> <p>Contrats de services (fournisseur-client).</p>	<p>Juxtaposition de logiques contradictoires.</p>	<p>(-) Entraînement négligeable.</p> <p>(-) Solidité : ne satisfait ni aux conditions org., ni inter-org. du dépistage syst. et intervention efficace.</p> <p>(-) Ancrage : postulats du modèle d'action peu fondés.</p>
CS	<p>Reconnaissance des savoirs et des pratiques communautaires et féministes.</p>	<p>Logique féministe de la prévention : soutien l'autonomie et le choix éclairé des personnes versus logique épéidémologique de la prévention : favoriser le changement de comportement.</p>	<p><i>Structure partenariale</i> : ⇒ principes et dispositifs de réciprocité et d'équité (autonomie des partenaires, reconnaissance des diverses approches, <i>formation mutuelle</i>).</p> <p>Contrats spécifiant les obligations des parties et le financement.</p>	<p>Retrait par le CLSC de l'objectif terminal de changement de comportements du paradigme épéidémologique.</p> <p>Conjugaison des paradigmes épéidémologique et féministe sur l'objectif d'une information juste, complète et accessible.</p> <p><i>Plate-forme d'objectifs communs, d'approches partagées.</i></p> <p><i>Programmation conjointe/ plan d'action.</i></p>	<p>(+) Entraînement dans réseaux inst., comm., ethniques et auprès de la pop.</p> <p>(+) Solidité : partenariat efficace (info sur différents aspects; message cohérent; atteinte de différents segments de pop.)</p> <p>(+) Ancrage : déploiement ajusté au contexte.</p> <p>(+) Indication de viabilité de la solution.</p>
SA	<p>Concurrence du dépistage aux initiatives de prise en charge.</p> <p>Reconnaissance par la Régie de la structure communautaire régionale existante.</p>	<p>Logique d'un système de solidarité publique versus un système de charité privée.</p> <p>Rôle des pratiques de dépistage dans un continuum de sécurité alimentaire.</p>	<p><i>Structure partenariale</i> rég.-locale, <i>IOC</i> : ⇒ association de la structure communautaire régionale existante, ⇒ participation à la décision perçue équitable.</p> <p><i>Diversité des structures locales.</i></p> <p>Contrats spécifiant les obligations des parties et le financement.</p>	<p><i>Adoption définition sécurité alimentaire de l'ONU</i></p> <p>Retrait de la conception orthodoxe de la SA défendue par DSP et groupes plus radicaux / Conjugaison des paradigmes ONU et d'yp comm. pour conception SA qui admet le dépistage dans le continuum d'action.</p> <p><i>Programmation régionale et locale arrimée.</i></p>	<p>(+) Rallongement des réseaux locaux et régional.</p> <p>(+/-) Solidité du modèle au palier local / action sur facteurs structurels à renforcer.</p> <p>(+) Ancrage local.</p> <p>(+) Indications de viabilité.</p>
NG	<p>Planification centrale versus contrôle local sur les structures partenariales locales et l'action locale.</p>	<p>Logique d'intervention institutionnelle versus communautaire dans le volet d'accompagnement comm. vis-à-vis l'atteinte de l'objectif de rejoindre les plus marginalisés.</p>	<p><i>Adhésion au programme-cadre.</i></p> <p>Primauté de la logique institutionnelle dans le volet d'accompagnement communautaire.</p> <p>Logique d'intervention communautaire dans le volet d'action intersectorielle.</p> <p><i>Plan de formation des acteurs locaux.</i></p>	<p>(+) Entraînement des acteurs locaux, I et OC.</p> <p>(-/+) Solidité: affaiblie par structure cadre contre performante et le peu de place à l'innovation comm.</p> <p>(-/+) Ancrage : prog-cadre et structure cadre non ancrés / plans d'action locaux ancrés.</p> <p>(+/-) Indication de viabilité : atteinte des GPE/ accès réduit pour non GPE.</p>	

* Les dispositifs donnant forme à l'accord sont en italique.

Légende : PP : prévention -promotion; OC d'acc. : organismes communautaires d'accompagnement, d'yp comm. : développement communautaire.