

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les rôles et les responsabilités du secteur de la santé dans une concertation intersectorielle locale pour une communauté plus en santé : une étude de cas de la table de Concertation Enfance Famille de Saint-Michel

PAR :

Katia Démésier

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

En vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en santé publique

Avril 2018

© Katia Démésier, 2018

Résumé

Par le pilotage d'actions concertées sur des problèmes complexes d'origine multifactorielle, l'action intersectorielle est une stratégie reconnue pour promouvoir la santé. Dans ce contexte, la collaboration du secteur de la santé avec les autres secteurs est indispensable pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Malgré cette tendance favorable à l'action intersectorielle, les résultats d'études empiriques ne permettent pas d'en apprécier clairement le fonctionnement. Cette étude a pour objectif de comprendre la perception des acteurs des autres secteurs quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. Notre étude de cas qualitative et exploratoire consiste en une analyse des pratiques intersectorielles des acteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel, un quartier défavorisé de Montréal. Le matériel consiste en une revue des documents produits par la table (procès-verbaux, mémoires et autres) entre 2007 et 2017, et à des entretiens semi-structurés avec six répondants intervenant sur cette table depuis plus d'une décennie. Les résultats révèlent trois rôles principaux pour les acteurs de santé dans une action intersectorielle locale : 1) soutien technique et financier, 2) évaluation interne, 3) liaison et porte-parole auprès d'autres instances régionales. Ces rôles, entre autres, attribuent au secteur de la santé un leadership qui semble assez bien accepté par les autres secteurs. Cet aspect exige du secteur de la santé d'être souple et habile à travailler avec les autres secteurs d'une manière qui renforce leur contribution dans cette quête de santé et de bien-être de la population.

Mots clés : Action intersectorielle, collaboration intersectorielle, développement local, promotion de la santé, recherche qualitative.

Abstract

Intersectoral action is a recognized strategy for promoting health because it steers concerted action on multifactorial complex problems. In this context, the collaboration of the health sector with other sectors is essential to act on the social determinants of health. Despite this favorable trend towards intersectoral action, the results of empirical studies do not clearly demonstrate how such action works. This study aims to understand the perception of stakeholders in other sectors on the roles and responsibilities of the health sector in local intersectoral action. Our qualitative and exploratory case study consists of an analysis of the intersectoral practices of the actors of the *Enfance Famille* round table of Saint-Michel, a disadvantaged neighborhood of Montreal. The material consists of a review of the round table documents (i.e. minutes and executive summaries) between 2007 and 2017, and semi-structured interviews with six round table members for more than a decade. The results reveal three main roles for health actors in local intersectoral action: 1) technical and financial support, 2) internal evaluation, 3) liaison and ambassador for other regional bodies. As a result of these roles, other sectors attribute a sense of leadership to the health sector. Such leadership requires adaptation and collaboration in order to enhance the contributions of all sectors involved. To this end, intersectoral collaboration approaches its goal of optimal health and well-being of the population.

Key words: Intersectoral action, intersectoral collaboration, local development, health promotion, qualitative research.

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Table des matières	iii
Liste des acronymes.....	vi
Dédicace	vii
Remerciements	viii
Introduction.....	10
1 Description de la problématique	12
1.1 Objectifs et question de recherche	16
2 Revue de littérature	18
2.1 Définitions de la stratégie d'action intersectorielle.....	18
2.2 Action intersectorielle en santé publique.....	22
2.3 Action intersectorielle pour la santé au Québec.....	23
2.4 Quelques expériences d'action intersectorielle : Une stratégie essentielle, mais complexe couplée à de nombreux défis.	26
2.5 Expériences d'action intersectorielle au niveau local	27
2.6 Les concertations : un espace de promotion d'action intersectorielle locale	31
2.7 Secteur de la santé dans une action intersectorielle en santé	33
2.8 Conclusion de la revue de littérature	37
3 Cadre conceptuel.....	38
3.1 Nature de l'action concertée	38
3.1.1 Type d'action concertée.....	39
3.1.2 Type d'acteurs.....	39
3.2 Processus de développement des actions concertées	40
3.3 Composantes associées à l'action concertée.....	41
3.3.1 Construction d'un but commun	41
3.3.2 Dynamique de rapports entre les partenaires	41
3.3.3 Édification d'un mode de fonctionnement.....	42
3.4 Question de recherche spécifique	43
4 Méthodologie.....	44

4.1	Type d'étude	44
4.2	Démarche qualitative : l'étude de cas	46
4.3	Critères de validité	47
4.4	Le cas : Sélection et description.....	48
4.5	Population ciblée.....	49
4.6	Collecte de données	51
4.7	Processus de sélection des participants.....	53
4.8	Analyse des données	55
4.9	Considérations éthiques	58
5	Présentation des résultats	59
5.1	Historique de la table de CAEF	60
5.2	Nature de l'action concertée Enfance Famille	62
5.2.1	Type d'action concertée de la table de CAEF de Saint-Michel : Un partenariat en progression.....	62
5.2.1.1	La mise en réseau.....	63
5.2.1.2	La Coordination	64
5.2.1.3	La Coopération	66
5.2.2	Types d'acteurs	67
5.3	Principaux constats	69
5.3.1	Premier constat : Absence de rôles	70
5.3.2	Deuxième constat : Rôles perçus pour le secteur de la santé.....	71
5.3.2.1	Rôle de soutien technique & financier.....	71
5.3.2.2	Rôle d'évaluateur interne.....	72
5.3.2.3	Rôle d'agent de liaison et de porte-parole	72
5.3.3	Conditions favorables et non favorables à la concertation	74
6	Discussion.....	78
6.1	Retour sur les résultats	78
6.2	Forces & limites.....	81
6.3	Conclusions générales.....	83
	Bibliographie	86
	Annexe 1 : Critères de sélection des articles	xcvi

Annexe 2 : Liste des documents	xcvii
Annexe 3 : Hiérarchie de la table de quartier VSMS.....	xcviii
Annexe 4 : Planification Enfance Famille 2014-2018	xcix
Annexe 5 : Aide-mémoire de projets de la table CAEF	ci
Annexe 6 : Questionnaire d’entrevue	ciii
Annexe 7 : Certificat d’approbation éthique.....	cv
Annexe 8 : Formulaire de consentement	cvii

Liste des acronymes

AI : Action intersectorielle

AIS : Action intersectorielle en santé

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CA : Conseil d'administration

CACIS : Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé

CAEF : Concertation Enfance Famille

CCNDS : Centre de collaboration nationale des déterminants de la Santé

CI : Collaboration intersectorielle

CIUSSS : Centre universitaire intégré de la santé et des services sociaux

CLSC : Centre local des services communautaires

CMTQ : Coalition montréalaise des Tables de quartier

CNPF : Commission nationale des parents francophones

CSSS : Centre de la Santé et des Services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OC : Organisateur communautaire

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et la petite enfance

TQ : Table de quartier

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

VSMS : Vivre Saint-Michel en santé

Dédicace

*Education is the most powerful weapon which you can use to
change the world.*

Nelson Mandela

*To my parents who sacrificed for me and made sure I had every
opportunity they never had.*

Remerciements

Ce projet de recherche a vu le jour grâce à la contribution de plusieurs personnes que je tiens grandement à remercier. Tout d'abord, je tiens à adresser mes plus vifs remerciements à mon ancien professeur du programme DESS-MGSS en Haïti, Dr Mario Laroche qui a suscité mon intérêt pour la maîtrise et m'a encouragé à entreprendre un projet de mémoire. Ses conseils, ses mots d'encouragement ont été d'une grande motivation tout au long de ce parcours.

J'exprime ma gratitude à tous les partenaires communautaires de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel qui m'ont permis d'avoir accès à leurs documentations. Ils m'ont accueilli chaleureusement dans leur bureau. Leur ouverture, leur disponibilité ont été d'une grande contribution à la réalisation de ce projet. Je ne saurais passer sous silence les rôles de Mme Chantale Lefebvre qui m'aida à approcher les responsables de la table de concertation Enfance Famille. Mon entrée sur le terrain n'aurait pas été possible sans son support et sa générosité.

Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude à l'égard de ma directrice de recherche, Louise Potvin. Ce fut un honneur et un privilège de travailler avec elle. Son encadrement, ses commentaires, sa disponibilité, sa compétence m'ont été largement profitables. C'est donc en toute légitimité que la communauté universitaire lui témoigne autant de respect. Merci beaucoup, chère directrice, merci d'avoir cru en moi et en cette recherche !

Je suis très reconnaissante à l'endroit de la fondation Olivier et Yvonne Poirier pour la bourse qui m'a été octroyée. L'obtention de cette bourse a été d'une contribution inestimable dans cette aventure académique. L'Ambassade d'Haïti à Ottawa mérite aussi mes remerciements pour la bourse d'exemption.

Je m'en voudrais de ne pas réserver un mot de remerciement spécial à Mr Reynald Marcel Sémexant pour son appui sans faille à la réalisation de ce projet. J'aimerais que tu trouves ici, cher Reynald, l'expression sincère de ma gratitude.

Je remercie énormément ma famille pour son soutien extraordinaire tout au long de ce parcours. À ma sœur Valérie, merci pour ton soutien financier.

J'aimerais enfin remercier quelques amis qui ont toujours été là pour moi, pour me guider, me conseiller et m'encourager. À Marc Emmanuel Dorcin, Frantz Francisque, Alex Durosier, Luc Evens Colvert, Stéphanie Doll Admé, Dadly Borvil Achille, puissiez-vous trouver ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

Introduction

Il est reconnu de nos jours que les facteurs socio-économiques, culturels, systémiques et comportementaux déterminent l'état de santé de l'individu et de la population. De cet ensemble de facteurs dépendent la santé et le bien-être des populations. À cet effet, une lutte efficace pour leur harmonisation doit faire appel à un ensemble de stratégies qui requièrent la collaboration, l'expertise et l'engagement de nombreux secteurs. Si l'idée d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en matière de santé n'est pas nouvelle, le recours à des stratégies complexes comme l'action intersectorielle pour la santé demande de considérer une façon différente d'agir, et ce tant au niveau national, régional que local. Il s'agit ici de la gouvernance intersectorielle pour la santé, qui confère un rôle de coordination au secteur de la santé, qui en réalité n'est pas nécessairement au cœur de la production de la santé, mais un expert incontournable. En ce sens, la collaboration des acteurs du secteur de la santé avec les acteurs des autres secteurs demande d'être clairement définie pour agir collectivement et efficacement sur les causes profondes des inégalités sociales de santé.

L'objectif général de cette recherche est précisément de comprendre les rôles et les responsabilités que joue le secteur de la santé dans une action intersectorielle locale en faveur de la santé, et ce, au regard de la perception des acteurs d'autres secteurs qui collaborent avec lui. Ce projet se déroule au sein d'une table de concertation dans le quartier de Saint-Michel dénommée table de Concertation Enfance Famille de Saint-Michel.

L'action intersectorielle en santé, si elle semble souhaitée par plus d'un, demeure complexe en ce qui concerne sa mise en œuvre. D'un point de vue pratique et empirique, l'implantation d'une stratégie aussi complexe présente comme principal défi la nécessité de réunir autour d'un projet conjoint un grand nombre de secteurs, qui au départ sont « des organismes autonomes, mais liés structurellement à travers des formes diverses d'interdépendances réciproques » (White, Dufour et Garon, 2008). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1997, dans le cadre de la Conférence internationale sur l'action intersectorielle en santé,

expose les raisons pour lesquelles il est nécessaire de promouvoir l'action intersectorielle. Parmi ces raisons, elle évoque le besoin d'une nouvelle vision de la santé en vertu de laquelle le secteur de la santé serait l'un des nombreux intervenants intersectoriels (Agence de la santé publique du Canada, 2007a). Dans le même ordre d'idées, l'OMS souligne aussi le besoin de nouveaux systèmes de gestion des partenariats et des alliances débouchant sur les rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle (Agence de la santé publique du Canada, 2007a). Ceci est un rappel sur la nécessité d'engagement solide et d'une collaboration clairement définie entre les secteurs mettant en œuvre conjointement des projets intersectoriels pour la santé.

De nombreuses études ont bien documenté les expériences de collaboration intersectorielle tant au niveau national, régional que local, mais très peu de recherches ont étudié la nature des rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. À cette enseigne, l'état des connaissances demeure incomplet. En cherchant à mieux comprendre la nature de ces rôles et responsabilités, le présent mémoire vise à accroître les connaissances sur l'action intersectorielle en santé au niveau local.

Ce mémoire est composé de six chapitres. Le premier chapitre présente la problématique sur l'action intersectorielle en santé impliquant la présence du secteur de la santé. Le deuxième chapitre a pour objectif une révision de la littérature sur l'action intersectorielle en santé au niveau local. Dans le troisième chapitre, on décrira le cadre conceptuel choisi pour l'analyse du sujet de recherche. Dans le quatrième chapitre, nous exposons la méthodologie utilisée pour répondre aux différentes interrogations que suscite cette étude, c'est-à-dire l'étude de cas. Le cinquième chapitre concerne la présentation des résultats permettant de faire ressortir la nature de l'action intersectorielle qui caractérise la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel ainsi que la perception des acteurs représentant les différents secteurs de la table quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. Enfin le sixième chapitre se termine par une discussion et une conclusion générale sur les résultats et propose des pistes de recherches futures en lien avec la problématique soulevée tout au long de ce travail.

1 Description de la problématique

La santé des individus et des populations est influencée par un ensemble de facteurs complexes sociaux, économiques, culturels, politiques et environnementaux. C'est ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé (Wilkinson, Marmot et WHO, 2004). Ces derniers sont multiples et agissent les uns avec les autres. De nos jours, il est clairement démontré que les causes de la majorité des maladies incluant les maladies infectieuses (Boidin, 2015) sont multifactorielles et que les actions pour les prévenir et les traiter demandent une vision globale et un engagement de plusieurs secteurs où chacun apporte sa contribution. D'où l'importance et l'appel à une action intersectorielle pour combattre ces facteurs et promouvoir la santé et le bien-être de la population.

Cette vision globale des déterminants de la santé et de l'action intersectorielle favorable à la santé s'inscrivent dans de grands courants internationaux qui ont marqué et qui continuent d'influencer le secteur de la santé au Québec et ailleurs dans le monde (MSSS, 2017). L'action en amont des problèmes est l'énoncé du premier principe directeur des priorités nationales en santé publique (MSSS, 2016). Ces priorités impliquent une action de promotion et de prévention sur les déterminants personnels et environnementaux de la santé et du bien-être à travers l'approche intersectorielle. Plus récemment la santé dans toutes les politiques d'ordre intersectoriel, est de plus en plus promue par les organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Union européenne (Shankardass, Solar, Murphy, Greaves et O'Campo, 2012). Ceci est un rappel de la nécessité de stratégies intersectorielles pour pouvoir agir en amont des facteurs qui déterminent l'état de santé d'un individu ou d'une population. Ces derniers sont autant reliés au transport, au logement, à l'éducation et au revenu qu'à l'organisation des soins. La diversité de ces facteurs fait en sorte que la santé va au-delà de la disponibilité des services de santé et qu'une action concertée entre le secteur de la santé et les autres secteurs s'impose. De ce fait, l'action concertée devient donc incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Clavier et Gagnon, 2013b), et ce n'est donc pas par hasard que l'action intersectorielle est si largement encouragée dans les diverses orientations et politiques ministérielles de santé et de bien-être (MSSS, 2006, 2015,

2016). À cet effet, les pistes d'action qui visent la promotion de la santé et du bien-être ou la prévention des problèmes psychosociaux doivent faire appel à un éventail de moyens de plus en plus complexes.

L'action intersectorielle figure parmi ces stratégies complexes reconnues pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités de santé. Plusieurs gouvernements locaux dans le monde promeuvent la santé à travers l'action intersectorielle, même si à ce jour il y a très peu de données probantes sur ces expériences (Rantala, Bortz et Armada, 2014). De nombreuses études démontrent que le milieu de vie (l'environnement familial, social, physique, l'accessibilité aux services et le tissu social d'une communauté) peut influencer de façon significative l'état de santé des familles (Prevention Institute, 2003; Rothenberg et Weissman, 2002). Pour ces raisons, au Québec, plusieurs institutions se mettent ensemble pour agir sur ces inégalités de santé, c'est le cas par exemple de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel qui regroupe divers organismes communautaires qui conjuguent leurs efforts en vue d'une action intersectorielle pour le quartier de Saint-Michel dans le domaine de la petite enfance.

L'importance de l'approche intersectorielle pour favoriser la santé et le développement de la petite enfance est aussi manifeste, et l'accent est de plus en plus mis sur la clarification des modes de coordination afin d'en faciliter la mise en œuvre. Plusieurs experts du domaine se sont penchés sur cette problématique et leur message se ressemble. Par exemple l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), rapporte ce qui suit dans une note sur la politique de la petite enfance :

« Les soins et l'éducation de la Petite Enfance constituent la principale préoccupation de nombreux secteurs gouvernementaux, notamment l'Éducation, les Affaires sociales et la Santé. Une coordination entre ces différents secteurs, en ce qui concerne l'élaboration de politiques et leur mise en œuvre, est indispensable pour assurer le développement holistique dès l'enfance et permettre l'utilisation efficace des ressources publiques » (UNESCO, 2003).

De même, en 2003, dans « Bâtir un système de développement des jeunes enfants dans une perspective de santé de la population », le comité consultatif fédéral-provincial territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé souligne ce qui suit :

« L'application de la perspective de santé de la population afin de comprendre le développement de la petite enfance encourage une collaboration entre les secteurs (notamment la santé, l'éducation, les services sociaux, le logement, les finances et l'environnement) et entre les ordres de gouvernement, puisqu'aucun secteur ou ordre de gouvernement n'a accès à lui seul à tous les facteurs qui déterminent le développement de l'enfant » (CNPF, 2007).

Cette tendance en faveur de l'action intersectorielle est une pièce centrale dans les textes d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux (Lebeau Aimé, Vermette Guy et Viens C., 1997). Cependant, force est de constater que les mécanismes pour sa mise en œuvre sont peu définis et que les rôles et les responsabilités du secteur de la santé dans une concertation intersectorielle font souvent objet de conflits (Agence de la santé publique du Canada, 2007a).

D'un point de vue empirique, et devant l'ampleur et la complexité de l'implantation d'une telle approche, le principal défi est la nécessité ou la capacité de réunir autour d'un projet conjoint un grand nombre d'acteurs (Cinq-Mars et Fortin, 1999). À cet effet, la problématique de la mise en œuvre de l'approche intersectorielle est comprise comme étant celle d'une politique de gouvernance définie ici comme « l'art complexe de piloter des organismes, institutions et systèmes multiples qui sont à la fois autonomes les uns des autres sur le plan opérationnel et liés structurellement les uns aux autres à travers des formes diverses d'interdépendance réciproque (White et al., 2008). Les problèmes fondamentaux auxquels fait face cette stratégie sont l'efficacité (une question administrative) d'une part et, d'autre part, la perception de la légitimité des modes de coordination (une question plutôt sociopolitique). Le premier a trait aux outils et techniques qui peuvent être plus ou moins achevés, plus ou moins pertinents et d'une qualité variable. Le deuxième fait référence au fait que la mise en œuvre d'une politique, aussi bien outillée soit-elle, peut s'avérer incapable de produire les effets voulus devant la résistance manifeste ou voilée d'un certain nombre d'acteurs clés, si son bien-fondé, sa crédibilité ou sa faisabilité sont mis en question par les décideurs dans les

contextes divers de son application (White et al., 2008). D'où la nécessité de clarifier qui fait quoi quand et comment dans une action concertée.

Adeleye et Ofili (2010) de leur côté exposent cette problématique en décrivant ce qu'ils appellent un trépied de négligence de la collaboration intersectorielle. Selon eux, cette collaboration est négligée parce que premièrement les stratégies des autres secteurs sont en dehors du contrôle statutaire du secteur de la santé. Deuxièmement, les programmes de soins de santé primaires en soi ne sont pas dans l'agenda des autres secteurs. Troisièmement, les initiatives pratiques du secteur de la santé en regard de la collaboration intersectorielle sont manquantes (Adeleye et Ofili, 2010). Selon ces auteurs, cette négligence est aggravée par ce qu'ils appellent une attitude « *wait-and-see* » ou encore « *let-us-hope-things-get-better* » des différentes parties prenantes. D'autre part, dans une étude sur l'impact et l'efficacité de l'action intersectorielle comme une pratique de santé publique pour l'équité en santé à travers des actions sur les déterminants sociaux de la santé, Ndumbe-Eyoh et ses collaborateurs (2013) se sont également penchés sur le rôle du secteur de la santé dans une action qui supporte l'initiation et l'implantation de l'action intersectorielle. L'étude rapporte que le lien entre les secteurs impliqués n'était pas toujours clairement défini lorsqu'il fallait catégoriser la nature de la relation entre les différents secteurs. Par ailleurs, dans une revue systématique sur l'action intersectorielle pour l'équité en santé impliquant les gouvernements, Shankardass et ses collaborateurs (2012), soulèvent le rôle du secteur de la santé parmi les questions d'intérêts (Shankardass et al., 2012). La « réévaluation des rôles et la collaboration » est l'une des mesures qui doit être prise selon des dirigeants d'action intersectorielle dans le cadre d'une étude réalisée par l'OMS sur l'action intersectorielle dans 18 pays (OMS, 2008).

Dans le cadre d'interventions visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé, le processus de concertation intersectorielle et de participation citoyenne à l'échelle des communautés, est devenu incontournable pour les acteurs de santé publique (Clavier et Gagnon, 2013b; Lesemann.F, 2014). Partant de cette logique, le local semble être un des milieux privilégiés des actions concertées (Rantala et al., 2014). La Coalition montréalaise des tables de quartiers (CMTQ) à travers ses 30 tables de quartier confirme cette orientation qui permet aux territoires locaux de se lancer dans des mobilisations et des concertations avec divers acteurs tant du secteur de la santé publique que d'autres

secteurs (Initiative montréalaise, 2015). De plus, dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et la petite enfance (SIPPE), les institutions locales (CLSC et organismes communautaires) sont les portes d'entrée des familles dans les programmes et les intervenantes locales sont celles qui opérationnalisent les volets individuel et communautaire. Il est donc pertinent de conduire cette recherche sur l'intersectorialité en santé au niveau local.

Comme le soulignent Fortin et ses collaborateurs, l'action intersectorielle dans le domaine de la santé, si elle semble logique et souhaitée par bien du monde, apparaît difficile à mettre en œuvre (Fortin, Groleau, Lemieux, O'Neill et Lamarche, 1994). De plus, les expériences pratiques des intervenants en promotion de la santé et en prévention qui ont tenté de travailler de manière intersectorielle ont souvent été des échecs ; certaines ont survécu et un très petit nombre a réussi (Fortin et al., 1994; Veilleux S., 1990). En outre, face aux constats mentionnés ci-haut sur les rapports qui existent entre le secteur de la santé et les autres secteurs dans une collaboration intersectorielle, il y a lieu de se questionner sur la perception des rôles et responsabilités qu'ont les acteurs d'une concertation par rapport au secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. Cette étude de cas sur la perception du rôle des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale pourrait donc contribuer à la littérature sur l'action intersectorielle en santé, particulièrement sur les défis de la collaboration entre les différents secteurs dans le cadre de la mise en œuvre des programmes multisectoriels visant la santé et le bien-être des individus et des populations.

1.1 Objectifs et question de recherche

Notre projet s'inscrit dans le contexte de l'action intersectorielle de la table de concertation Enfance-Famille de Saint-Michel qui regroupe divers organismes communautaires, dont des acteurs de santé autour de la problématique du développement de l'enfance. Notre objectif général est de comprendre la perception des acteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes fixé les deux objectifs spécifiques suivants :

- Décrire le contexte de la collaboration intersectorielle de la table de concertation Enfance Famille dans le quartier de Saint-Michel (son historique, sa composition, son fonctionnement et ses réalisations)
- Caractériser la perception des acteurs de cette table sur les rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une concertation intersectorielle locale.

Question de recherche

La question sur laquelle notre étude sera menée est la suivante : quelle est la perception des acteurs représentant les différents secteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale ?

2 Revue de littérature

Dans le cadre de cette recherche, une recension des écrits a été effectuée afin de glaner la littérature qui porte sur l'action intersectorielle en santé au niveau local. Nous avons effectué une recherche par mots clés dans six bases de données : Pubmed, CINHALL, PROQUEST Google Scholar, Social Science Abstract et Atrium. Une attention particulière a été accordée aux documents élaborés par des groupes d'experts ou des organisations reconnues comme le Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut national de santé publique du Québec. Les mots clés utilisés sont : Action intersectorielle, collaboration, concertation intersectorielle, table de quartier, secteur santé, promotion de la santé, déterminants sociaux de la santé, développement local. Ces mots clés ont tous été traduits en anglais pour une recherche plus exhaustive couvrant la période de 2006-2016 (voir Annexe1 pour les critères de sélection). Cependant, vu la précarité de la documentation disponible dans le domaine, nous étions obligés de remonter aux années antérieures et même d'aller jusqu'aux années 90 afin de mieux comprendre le développement de l'action intersectorielle en santé et les problématiques de sa mise en œuvre.

2.1 Définitions de la stratégie d'action intersectorielle

Le concept « collaboration ou action intersectorielle » aurait pris son origine dès 1974, dans le rapport d'influence internationale intitulé « Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens » et par la suite dans de nombreux documents gouvernementaux, où mention est faite de l'importance de la collaboration entre le secteur santé et d'autres secteurs pour une amélioration de la santé de la population (CNPF, 2007). Comme montré dans les chapitres précédents, devant l'étendue des déterminants qui influencent l'état de santé des individus et de la population, l'action intersectorielle est reconnue comme une stratégie essentielle pouvant améliorer la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé (Clavier et Gagnon, 2013a; Dubois, St-Pierre et Veras, 2015; MSSS, 2017; OMS, 2008). Dès lors,

plusieurs termes ont été évoqués pour désigner ce type de stratégie. Ce sont principalement l'Action intersectorielle (AI), l'Action intersectorielle pour la santé (AIS), la Collaboration intersectorielle (CI) pour ne citer que ceux-là. Les différentes définitions tirées de la littérature sur ces termes se réfèrent à la définition de l'action intersectorielle pour la santé, et de nombreux auteurs indiquent explicitement que les termes sont utilisés de façon interchangeable. La plupart des auteurs présentent l'action intersectorielle comme un processus, une pratique, une collaboration, une coordination ou interaction entre plusieurs secteurs d'activités (Dubois et al., 2015). Tirée de *l'action intersectorielle... Pour une population en santé*, préparée par le Comité consultatif fédéral-provincial territorial sur la santé de la population en 1999 et citée par la Commission nationale des parents francophones (2007) :

« L'action intersectorielle favorise la mise en commun des forces, des connaissances et des moyens permettant de comprendre et de régler des problèmes complexes qui ne peuvent être résolus par un seul secteur. L'action intersectorielle peut prendre la forme d'une stratégie ou d'un processus et elle peut servir à promouvoir et à atteindre des objectifs communs dans divers domaines, par exemple les politiques, la recherche, la planification, la mise en œuvre et le financement. L'action intersectorielle peut se concrétiser sous forme d'activités variées comme l'action sociale, l'application de mesures législatives, des projets communautaires, la mise en œuvre de politiques et de programmes. Elle peut faire le fruit d'initiatives communes, d'alliances, de coalitions ou de partenariats. » (CNPF, 2007).

Selon Santé Canada (2007) l'action intersectorielle pour la santé (AIS) serait : *« une relation nettement définie et mutuellement profitable qui a été établie entre deux secteurs ou plus pour prendre des mesures en vue d'atteindre des résultats sur la santé plus efficaces et plus durables que si le secteur de la santé agissait seul »* (Agence de la santé publique du Canada, 2007a).

Dans les publications de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), mention est faite de l'action intersectorielle en santé. Une définition retenue de ces publications fait référence à un document plus ancien de l'OMS et elle est largement reprise dans la littérature :

« Lien reconnu entre une partie ou des parties du secteur de la santé et une partie ou des parties d'un autre secteur, qui a été noué pour intervenir dans un problème

en vue d'atteindre des résultats en matière de santé (ou des résultats intermédiaires en matière de santé) d'une manière plus efficace, plus efficiente et plus durable que le pourrait le secteur de la santé s'il devait agir seul» (Adeleye et Ofili, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2007a; Bryson, Crosby et Stone, 2015; Chircop, Bassett et Taylor, 2015; Manandhar, Maimbolwa, Muulu, Mulenga et O'donovan, 2009; OMS, 2008).

La collaboration intersectorielle est l'action conjointe du secteur de la santé et des autres secteurs gouvernementaux, ainsi que des représentants du secteur privé, des bénévoles et des groupes sans but lucratif, en vue d'améliorer la santé de la population (Santé Canada, 2016). C'est aussi le processus par lequel plusieurs groupes ou organismes s'engagent formellement et pour longtemps à œuvrer ensemble à l'accomplissement d'une mission commune (CNPF, 2007). Cette collaboration exige l'engagement à participer aux prises de décision et à l'allocation des ressources requises pour répondre aux besoins identifiés en commun (CNPF, 2007). La collaboration intersectorielle peut prendre différentes formes, comme des projets de coopération, des alliances, des coalitions ou des partenariats. Malgré une terminologie variée, ces définitions sont apparentées à plusieurs égards. Elles se rapportent toutes à l'idée de travail conjoint, de partenariat, d'alliance entre plusieurs acteurs pour atteindre un certain nombre d'objectifs communs. Dans la présente recherche, nous utilisons de façon interchangeable ces termes (AI, AIS et CI) pour désigner ce type de stratégie à cause de la prévalence de ces derniers dans la littérature.

La collaboration intersectorielle peut s'appliquer à divers types de partenaires, de secteurs et peut s'exercer à plusieurs niveaux. Quand les auteurs décrivent la collaboration intersectorielle en santé, dans le domaine de la petite enfance par exemple, ils associent régulièrement les domaines d'activités tels que la santé, les services sociaux, la justice, l'éducation, l'environnement et l'économie (CNPF, 2007). Il n'existe pas de liste définitive des principaux domaines d'activités. On ne retrouve pas non plus de liste définitive quant aux participants aux initiatives de collaboration intersectorielle. Généralement, ils proviennent des secteurs public ou gouvernemental, bénévole et privé appelés souvent non gouvernementaux. Le secteur non gouvernemental comprend des partenaires différents par exemple les professionnels, les consommateurs, les groupes culturels, les groupes religieux, les associations porte-parole telles que les fédérations de parents et les entreprises à but lucratif comme les banques. L'action intersectorielle peut se faire à différents niveaux : action locale ou communautaire,

régionale, provinciale, nationale ou internationale, municipale, provinciale ou territoriale, fédérale (Agence de la santé publique du Canada, 2007a; CNPF, 2007).

Certaines preuves encourageantes provenant de programmes, de projets et d'études suggèrent que la collaboration intersectorielle est réalisable et utile (Adeleye et Ofili, 2010; Larsen, Rantala, Koudenburg et Gulis, 2014; OMS, 2008). Elle est de plus en plus préconisée dans les discours politiques et professionnels surtout en matière de promotion de la santé aussi bien au Québec que dans d'autres pays comme le Brésil, la Finlande, le Danemark pour ne citer que ceux-là. La collaboration entre des secteurs différents qui contribuent conjointement à la santé semble être en soi nécessaire et l'action sur les politiques publiques en particulier suppose une approche collaborative (Chircop et al., 2015). Adeleye et Ofili (2010) dans une étude conduite au Nigéria, soutiennent qu'une collaboration intersectorielle adéquate entre le secteur public et le secteur privé et le gouvernement de la fédération et des organismes privés à but non lucratif, des institutions bilatérales et multilatérales, est une initiative stratégique clé pour réduire la mortalité, la morbidité, et les taux d'invalidité liés aux conditions médicales d'urgence, aux accidents, aux blessures et aux catastrophes au Nigéria (Adeleye et Ofili, 2010). Ces raisons semblent être cohérentes à l'utilisation de l'action intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être des populations.

Malgré cette appréciation considérable en faveur de l'action intersectorielle en santé pour améliorer la santé et le bien-être des populations, il semble y avoir peu de résultats concluants de cette stratégie. D'une manière générale, on connaît mal le fonctionnement de ce type d'action. Les données probantes sur la façon dont la collaboration intersectorielle doit être faite entre les différents secteurs sont plutôt rares. Il a même été suggéré que plus de recherches soient nécessaires pour fonder les plaidoyers pour une collaboration intersectorielle sur des preuves scientifiques (Potvin, 2012). En outre, des préoccupations sont toujours exprimées sur les rôles et les responsabilités des acteurs dans une action intersectorielle au niveau local. Par exemple, dans la littérature européenne, une proportion relativement élevée d'articles impliquant les municipalités suggère une plus grande attention aux rôles et responsabilités potentiels des gouvernements municipaux dans la résolution des problèmes de santé locaux dans cette région (Collins et Hayes, 2010). De même, la perception sur les rôles du secteur de la santé dans une action intersectorielle demeure floue dans la littérature. Il est

toutefois reconnu que le secteur de la santé fait face à de nombreux défis pour mobiliser les autres secteurs et maintenir une collaboration intersectorielle en raison du fait que certaines stratégies « non sanitaires » (comme la fourniture d'eau potable) sont en dehors du contrôle légal du secteur de la santé (Adeleye et Ofili, 2010).

2.2 Action intersectorielle en santé publique

Historiquement, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a favorisé les approches intersectorielles pour la santé depuis la déclaration d'Alma Ata (Dubois et al., 2015; Lawless et al., 2012; OMS, 1978). Depuis cette déclaration et avec le développement du concept « Santé pour tous » promu par l'OMS au début du 21^e siècle, on a constaté une évolution croissante des stratégies visant à promouvoir l'action intersectorielle (Shankardass et al., 2012). Ensuite l'esprit d'Alma Ata a été repris dans la Charte d'Ottawa de la promotion de la Santé adoptée à Ottawa en 1986. Cette Charte a lancé le défi du passage à une nouvelle santé publique en réaffirmant que la justice sociale et l'équité sont les conditions préalables à la santé, et que le plaidoyer, l'autonomisation et la médiation sont les processus qui permettent d'y parvenir (MSSS, 2017; OMS, 1986). Par la suite, les principes et les stratégies d'action en promotion de la santé sont périodiquement réaffirmés et renforcés par plusieurs grandes conférences internationales tenues à l'initiative de l'OMS, c'est le cas par exemple de la déclaration d'Adélaïde sur la « Santé dans toutes les politiques » en 1988 (OMS, 2010; Rantala et al., 2014), Sundsvall en 1991 (MSSS, 2017; WHO, 1992), la déclaration de Jakarta en 1997 (MSSS, 2017; WHO, 1997), celle de Mexico en 2000 (MSSS, 2017; WHO, 2009), de Bangkok en 2005 (MSSS, 2017; OMS, 2005), de Nairobi en 2009 (MSSS, 2017; Petersen et Kwan, 2010), la déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (Rantala et al., 2014; UNGA, 2011), la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (Rantala et al., 2014; WHO, 2011) et la déclaration de Helsinki sur la santé dans toutes les politiques en 2001 (Rantala et al., 2014; WHO, 2014) et enfin celle de Shanghai en 2016 (MSSS, 2017; OMS, 2016). Toutes sont en faveur de l'action intersectorielle pour la santé. Cette expansion de l'action intersectorielle en

faveur de la santé s'explique par le fait que la santé des individus et des populations est largement influencée par des facteurs complexes personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui se retrouvent en dehors du secteur de la santé lui-même (Dubois et al., 2015; Ndumbe-Eyoh et Moffatt, 2013). La complexité des enjeux pour générer un changement à la fois individuel et collectif pouvant avoir un impact sur la santé des populations exige d'avoir un regard global sur ces facteurs tout en tenant compte non seulement de l'individu lui-même, mais aussi de son milieu de vie et de la société dans laquelle il évolue, et la stratégie la plus souvent préconisée est la collaboration intersectorielle.

La revue de littérature effectuée sur le sujet montre un lien étroit entre les déterminants sociaux de la santé et l'action intersectorielle favorable à la santé. La santé étant liée à des conditions qui sont sous le contrôle d'une diversité de secteurs de l'action publique, tels la famille, l'éducation, l'emploi, le logement, l'aménagement urbain, la sécurité publique, les transports et l'environnement, et par différents types d'acteurs, notamment les ministères et les organismes gouvernementaux, les réseaux publics, le milieu municipal et les organismes communautaires (Dubois et al., 2015; MSSS, 2017; Shankardass et al., 2012). Cette vision globale des déterminants de la santé et l'action intersectorielle favorable à la santé s'inscrivent dans de grands courants internationaux qui ont marqué ou qui continuent d'influencer le secteur de la santé, au Québec comme ailleurs dans le monde (MSSS, 2017).

2.3 Action intersectorielle pour la santé au Québec

Les expériences québécoises en matière d'action intersectorielle favorable à la santé révèlent que les courants internationaux de promotion de la santé sont bien visibles dans le secteur de la santé et des services sociaux. Au Québec, tous les documents de la dernière décennie à propos de la santé de la population reconnaissent que la santé est liée au fonctionnement de l'ensemble de la société (Fortin et al., 1994). Dans un rapport de synthèse élaboré par Fortin et ses collaborateurs en 1994, ces auteurs rapportent la place qu'occupe l'action intersectorielle au Québec. Ils avancent que le *projet de politique de santé mentale pour le Québec* (Rapport Harnois) privilégie comme une de ses orientations le développement de partenariats et

d'actions intersectorielles. Ils affirment aussi que la *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988) identifie certains problèmes qui nécessitent une collaboration intersectorielle (alcoolisme, suicide, violence, santé au travail, maladies professionnelles) et conclut en la nécessité de l'action hors des services de santé, compte tenu des déterminants qui influencent la santé de la population (Fortin et al., 1994).

Les documents qui balisent la réforme du système de santé et des services sociaux au Québec manifestent l'intérêt des pouvoirs publics en faveur de l'action intersectorielle. En 1992, la Politique de la santé et du bien-être s'inspire des principes et des stratégies d'action de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, en les adaptant aux orientations et aux pratiques québécoises. Cette politique a innové par sa volonté d'agir en amont des problèmes de santé, en misant sur la collaboration intersectorielle, et a mobilisé durablement les acteurs de la santé et des services sociaux qui se sont engagés dans cette voie (MSSS, 2017).

Adoptés en 2001, les articles 3, 53, 54 de la loi sur la santé publique rappellent toute l'importance d'une action intersectorielle concertée pour influencer de façon positive les déterminants de la santé tant au niveau national, régional et local. De même, l'article 373 de la loi sur les services de santé et les services sociaux confie aux autorités régionales de santé publique des responsabilités précises en matière d'action intersectorielle favorable à la santé. Ci-dessous un extrait de l'article 54 de la loi sur la santé publique :

L'article 54 de la Loi sur la santé publique

« Il importe de souligner la contribution particulière de l'article 54 de la Loi sur la santé publique qui offre des leviers importants pour susciter et soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé au palier national.

Cet article de loi novateur renforce le rôle du ministre de la Santé et des Services sociaux à titre de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Le ministre peut donner tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques favorables à celle-ci. De plus, le ministre doit être consulté au moment de l'élaboration des mesures prévues par les lois et les règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

Ainsi, l'article 54 de la Loi sur la santé publique favorise une meilleure prise en compte des enjeux de santé dans le processus décisionnel et, ultimement, une plus grande cohérence des politiques adoptées par le gouvernement ». (Québec, 2016)

Le programme national de santé publique, adopté en 2003 et mis à jour en 2008, retient aussi, comme stratégie transversale, le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé (MSSS, 2003). De fait, une grande part des activités de santé publique, dans tous les domaines d'intervention de ce programme, requiert une collaboration étroite entre les acteurs de santé publique et leurs partenaires des autres secteurs. Le Programme national de santé publique 2015-2025 maintient cette orientation fondamentale, en mettant de l'avant une approche d'ouverture et de partenariat ainsi qu'en faisant ressortir, dans l'offre de service, la contribution spécifique des acteurs de santé publique au regard du travail conjoint avec divers partenaires intersectoriels (MSSS, 2015).

Dans le même ordre d'idées, plusieurs politiques, stratégies et plans d'action à portée intersectorielle au cours des dernières années ont été élaborés. Citons en exemple le plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (MSSS, 2006), la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement (MSSS, 2004) ou encore la politique vieillir et vivre ensemble (Ministère de la Famille et des Aînés et MSSS, 2012), la Politique nationale de lutte à l'itinérance et de leurs plans d'action respectifs (MSSS, 2014).

Dans un document du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publié en 2017, les auteurs mentionnent que la réforme mise en œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2004-2005 s'est organisée autour de la responsabilité populationnelle, un principe porteur pour l'amélioration de la santé de la population par l'action intersectorielle. Cette responsabilité collective, attribuée aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à leurs partenaires des réseaux locaux de services, a incité tous les acteurs du réseau à travailler de façon plus intégrée afin de rendre accessibles des services de santé et des services sociaux qui répondent aux besoins de la population, tout en agissant sur les autres déterminants de la santé, dans les différents milieux de vie. Ils continuent pour dire que la réorganisation du réseau, en vigueur depuis le 1er avril 2015, a réaffirmé l'importance de la responsabilité populationnelle comme principe devant guider l'action des Centres intégrés de services sociaux et de santé (CISSS), des Centres intégrés universitaires de services sociaux et de santé (CIUSSS) et de leurs partenaires des réseaux territoriaux de services. Ces nouveaux

réseaux ont d'ailleurs mis à profit les collaborations intra sectorielles et intersectorielles déjà bien établies en intégrant les réseaux locaux de services existants dans chacun des territoires (MSSS, 2017).

2.4 Quelques expériences d'action intersectorielle : Une stratégie essentielle, mais complexe couplée à de nombreux défis.

La littérature rapporte différentes formes de collaboration intersectorielle en fonction des stratégies ciblées et du milieu (c'est-à-dire rural, urbain, organisationnel, local, régional, national). Il peut s'agir d'actions intersectorielles visant à améliorer l'équité en santé, des actions intersectorielles en vue de l'amélioration de la santé de la population, des actions intersectorielles axées sur déterminant de la santé (CCNDS, 2012; OMS, 2008). La plupart des interventions ont eu lieu dans la collectivité locale, des écoles ou des milieux de travail et sont conduites soit en amont, en aval ou en intermédiaire en ce qui concerne les déterminants sociaux, celles qui concernent le secteur de la santé se retrouvent majoritairement en aval (CCNDS, 2012). Chircop et ses collaborateurs (2015) nous rappellent que la collaboration intersectorielle est l'un des principes fondamentaux des soins de santé primaires et a longtemps été proposée comme une stratégie prometteuse pour s'attaquer à certains des problèmes formidables des effets de la politique publique sur les inégalités (Chircop et al., 2015). Adeleye et Ofili (2010) abondent dans le même sens et relatent de leur côté certains défis associés à cette forme de collaboration dans le cadre des soins de santé primaire. Ils reconnaissent que de nombreux défis stratégiques entravant le succès des soins de santé primaires sont enracinés dans des intrants stratégiques faibles, y compris une collaboration intersectorielle négligée à cause d'une attitude « *wait-and-see* » des acteurs (Adeleye et Ofili, 2010). En outre, Chircop et ses collaborateurs (2015) avancent que la collaboration intersectorielle pour les politiques publiques repose sur l'hypothèse que les décideurs publics, en tant que fonctionnaires, ne sont pas en mesure de collaborer librement (Chircop et al., 2015). Les résultats de recherche dans le champ de la collaboration intersectorielle mettent en évidence certains défis liés aux modes de collaboration en général et dans tous les secteurs en

particulier (Chircop et al., 2015; Chircop, Raewyn et Ellen Taylor, in press). Ces défis sont importants et redoutables reconnaissent certains auteurs, cependant des données probantes sont essentielles pour que les politiques publiques puissent influencer sur la santé (Bryson, Crosby et Stone, 2006; Chircop et al., 2015).

L'intersectorialité à bien des égards semble être prometteuse et des actions en milieu communautaire sont obligatoires. En effet, de nouveaux modèles de gouvernance pour la santé (Kickbusch et Gleicher, 2012) favorisent l'inclusion de voix et de perspectives diverses dans le processus décisionnel, reconnaissant de plus en plus que l'expertise ne repose pas seulement sur des bureaucrates de haut niveau (Findlay, 2014). Il en va de même pour les représentants des organisations de la société civile qui sont responsables envers leurs électeurs, leurs membres et leur conseil d'administration. Ainsi, étant donné que la plupart des acteurs de l'élaboration des politiques publiques ne peuvent pas toujours choisir avec qui ils travaillent et en même temps, la collaboration intersectorielle continue d'être promue en tant que stratégie clé pour l'action politique en faveur de l'équité en matière de santé et que le processus de collaboration mérite d'être clarifié. Il est surprenant que la pratique quotidienne de la collaboration n'ait pas reçu plus d'attention pour générer des connaissances concernant les meilleures pratiques. La promotion de la « santé dans toutes les politiques » implique une collaboration obligatoire, mais des questions sur la façon de s'y prendre restent floues (Fafard, 2008). La collaboration intersectorielle est conséquente et liée à la capacité des acteurs à négocier avec succès de multiples acteurs et secteurs soutiennent certains auteurs (Chircop et al., 2015).

2.5 Expériences d'action intersectorielle au niveau local

Au cours de la période récente, la santé publique a connu un certain renouvellement de ses objets et de ses pratiques à travers son inscription territoriale dans la ville. Dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins aux populations paupérisées, politiques de réduction des risques pour les toxicomanes, programmes de santé dite communautaire dans des quartiers en déshérence, autant de manifestations de ces transformations par lesquelles l'action publique

locale semble se déployer sur le terrain sanitaire pour y affronter des problèmes de société. Ce faisant, la santé publique locale s'est en bonne part affranchie des limites traditionnelles de la médecine et parfois même de la tutelle des médecins. Ingénieurs sanitaires, assistantes sociales, éducateurs de rue, animateurs de quartier, urbanistes, enseignants, policiers, juges, administratifs, élus et, bien sûr, habitants des villes en sont les acteurs, à côté des spécialistes de la santé (Fassin, 1998). Avec le mouvement pour la promotion de la santé, il devient de plus en plus admis que le plus grand potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être des populations réside dans des politiques globales, visant l'élimination de la pauvreté, et dans le renforcement des communautés locales, des réseaux d'entraide et des interventions proximales affirme Bilodeau (Bilodeau, 2005).

Les gouvernements locaux partagent de nombreux points communs dans leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre des politiques liées à la santé. Ils influencent souvent directement les déterminants urbains qui ont un impact sur la santé et l'équité en santé par la promotion de la santé, les processus de planification urbaine tels que le transport, les politiques d'utilisation des terres et les normes de construction. Les gouvernements locaux des petites villes peuvent bénéficier de leur proximité avec les citoyens, et même les gouvernements locaux des grandes villes peuvent avoir un bon potentiel de participation publique (Rantala et al., 2014).

Collins et Hayes (2010), dans un article sur le rôle des municipalités urbaines pour réduire les inégalités en santé, insistent sur l'importance du rôle que peut jouer le niveau municipal dans la réduction des inégalités en santé. Selon eux, des gradients sociaux en santé peuvent être créés et exacerbés lorsque les gouvernements municipaux (ou des organismes gouvernementaux comparables opérant localement) ne peuvent planifier, livrer et gérer des espaces équitables et viables pour vivre au milieu d'une croissance rapide de la population (Collins et Hayes, 2010). Les municipalités offrent des sites prometteurs pour des interventions sur les inégalités en matière de santé de la population en raison des opportunités combinées pour les interventions politiques top-down dispensées par les gouvernements municipaux et de la participation ascendante (bottom-up) des acteurs locaux potentiellement engagés, mobilisés et bien informés (Collins et Hayes, 2010).

L'action intersectorielle au niveau local décrite dans la littérature se rapporte à des initiatives locales ayant pour but d'améliorer la santé des groupes marginalisés ou des divisions géographiques (Blank, 2015; Collins et Hayes, 2010; Dupre et al., 2016; Laurin, Bilodeau et Chartrand, 2012; Martineau et al., 2013; OMS, 2008). Ces initiatives prennent souvent la forme d'une approche de développement communautaire dans le cadre duquel la population locale, l'administration locale, les chercheurs et d'autres décideurs se sont réunis afin de définir des buts et d'élaborer des plans d'action destinés à réduire les inégalités en santé dans ces régions (Blank, 2015; Dupre et al., 2016; Laurin et al., 2012; Martineau et al., 2013; Wagemakers, Vaandrager, Koelen, Saan et Leeuwis, 2010). Des équipes intersectorielles travaillent directement avec des groupes marginalisés en vue d'améliorer l'état de santé de leur communauté. Il nous incombe à cet effet de relater les notions de « communauté » et de « secteurs » qui sont évoquées dans la stratégie d'action intersectorielle.

Deschesnes 2000, dans sa thèse sur la structuration de l'action intersectorielle à base communautaire nous rapporte qu'une multitude de définitions a été proposée par des disciplines diverses pour définir le terme *communauté*. Elle cite les auteurs Patrick et Wickiser (1995) qui décrivent trois grandes dimensions servant à caractériser la notion de Communauté. Il s'agit en effet de : 1) l'unité géographique ; 2) l'interaction sociale ; et 3) les frontières politiques ou la responsabilité sociale. La définition proposée par Deschenes et adoptée dans le cadre de cette recherche prend en considération ces trois dimensions tout en mettant l'accent sur les milieux de vie immédiats des individus au niveau local. Étant donné que cette recherche vise une table de concertation dans le domaine de la petite enfance, il devient pertinent de tenir compte des principaux milieux de vie qui sont déterminants pour leur développement et leur bien-être. Ces milieux regroupent principalement l'entourage immédiat des enfants à savoir la famille, l'école, le quartier avec ses infrastructures et ses ressources. Ainsi la notion de communauté retenue correspond à : « *Un ensemble d'individus vivant dans une aire géographique délimitée et entretenant des relations sociales à travers des institutions sociales et politiques, des organisations et des systèmes d'échanges (valeurs, normes, biens) présents dans leur environnement immédiat* » (Deschesnes, 2000). S'agissant des « secteurs », toujours selon Deschesnes (2000) cette notion n'est pas explicitement définie par les auteurs et recouvre différentes réalités. Elle rapporte que sur le plan administratif ce terme renvoie à une

sphère ou un domaine de l'activité économique (secteurs de l'agriculture, du transport, de l'éducation, de la santé et des services sociaux). Toutefois, dans le langage courant, celui-ci est souvent utilisé pour désigner un programme spécialisé ou des organisations spécifiques à l'intérieur d'une même sphère d'activités (secteur hospitalier, secteur de la protection de la jeunesse, etc.). Plusieurs écrits sur les coalitions en promotion de la santé réfèrent également aux « secteurs » représentés au sein de la coalition pour en caractériser la composition. Le terme *secteurs* prend alors bien souvent le sens d'organisations appartenant à une sphère d'activités qui n'est pas nécessairement distincte pour chacune de ces organisations (Deschesnes, 2000).

L'OMS, dans une série d'études de cas sur l'action intersectorielle provenant de 18 pays, rapporte que la santé et le bien-être des travailleuses de sexe en Inde sont améliorés grâce à un processus d'habilitation (OMS, 2008). Une étude de cas sur l'expérience d'Alba city en 2011 pour combattre les maladies non transmissibles à travers l'action intersectorielle en Arabie Saoudite révèle que les programmes intersectoriels sur les maladies non transmissibles bénéficient de la participation communautaire et de la collaboration avec le secteur privé. Elle révèle aussi que les règles d'engagement doivent être définies (Rantala et Al Mazroa, 2011). D'autres études rapportent également comment des groupes communautaires ont pu trouver du soutien afin de conduire des diagnostics communautaires participatifs permettant à toutes les couches de la communauté d'y prendre part en vue d'élaborer des plans d'action visant à réduire les inégalités dans ces régions. C'est le cas par exemple de l'Équateur, du Danemark, du Nigéria, de la Zambie pour ne citer que ceux-là (OMS, 2008). Dans le rapport de la Belgique sur l'action intersectorielle en santé au niveau local, il est mentionné que « *comme l'action intersectorielle relative à la santé est un processus multiniveaux, une décentralisation est nécessaire à une incorporation adéquate du contexte local aux stratégies. De plus, une décentralisation augmente le sentiment d'appropriation de la collectivité locale* » (Jan De Maeseneer, Leen De Roo, Art et Willems, 2007). Les initiatives au niveau local semblent être efficaces en ce qui a trait à la réduction des inégalités en santé au niveau local. De Leeuw et Clavier (2011) confirment cet argument en soutenant que « les processus d'élaboration des politiques publiques au niveau local sont toujours mieux que le niveau national, ils permettent

de créer des conditions de santé publique saine dans tous les engagements politiques » (De Leeuw et Clavier, 2011).

Avec l'épanouissement des actions en promotion de la santé pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités sociales de santé, on assiste dans la période récente à une dévolution des compétences et des responsabilités politiques au niveau local. L'action intersectorielle favorable à la santé est venue renforcer cette idée en faisant du local un milieu privilégié des activités intersectorielles. La collection d'études de cas de l'OMS en 2008 reconnaît que l'influence d'initiatives pangouvernementales issues du niveau national sur les déterminants sociaux de la santé peut être limitée si ces initiatives ne sont pas appuyées par un ensemble exhaustif d'initiatives d'origines et à portée locale (OMS, 2008; Rantala et al., 2014). Même si le local demeure le milieu privilégié d'action intersectorielle pour la santé, plusieurs auteurs reconnaissent les capacités des gouvernements municipaux à agir sur les inégalités en matière de santé de la population au niveau local sont fortement dépendantes du contexte et dépendent de la forme, de la fonction, des pouvoirs juridictionnels et des priorités de ces gouvernements qui varient à l'échelle internationale, nationale et, dans certains cas, à l'échelle régionale (Agence de la santé publique du Canada, 2007b; Collins et Hayes, 2010; Shankardass et al., 2012).

2.6 Les concertations : un espace de promotion d'action intersectorielle locale

Les multiples facteurs individuels et contextuels qui déterminent l'état de santé des individus soutiennent l'idée qu'il faille agir à plusieurs niveaux à la fois si l'on veut avoir des résultats satisfaisants. Selon Wandersman et ses collaborateurs (1996) cité par Deschesnes (2000), un effet plus grand sur la santé peut vraisemblablement être obtenu par les programmes de promotion de la santé lorsque ceux-ci utilisent des interventions multiples aux niveaux individuels et collectifs et qu'ils se réalisent à travers un effort collectif (Deschesnes, 2000). De même certains auteurs stipulent qu'une utilisation plus efficiente des ressources (ex. : en évitant le dédoublement de services) peut être accomplie et que la qualité des programmes peut être accrue lorsqu'il existe une plus grande concertation et une meilleure intégration des

ressources entre les secteurs (Deschesnes, 2000). À Montréal, les initiatives intersectorielles locales prennent la forme de Tables de concertation se déroulant dans les quartiers de Montréal. Ces Tables de concertation rassemblent les habitants et les décideurs autour d'une même table en vue de discuter des problèmes du quartier et de trouver des solutions communes grâce à l'action intersectorielle. Ce processus de concertation locale est piloté par des Tables de concertation de quartier qui ont le mandat de promouvoir et de soutenir la participation des divers acteurs locaux, y compris les citoyennes et citoyens, dans une démarche collective visant à faire un diagnostic de la situation, établir des priorités, développer un plan d'action et favoriser la réalisation d'actions concertées entre les partenaires issus de divers secteurs et réseaux d'intervention, pour répondre aux besoins de la population (Bernier, Clavier et Giasson, 2010). Au nombre de 30, ces tables se reconnaissent autour d'une identité collective et de l'exercice d'une citoyenneté collective. Elles animent le milieu (organismes communautaires autonomes, institutions et citoyens non organisés) en étant à l'écoute de ses besoins sur des problématiques et des enjeux collectifs du quartier qu'elles représentent. Elles favorisent un processus de prise en charge collective, d'augmentation de la capacité d'agir ou d'autonomisation des citoyennes et citoyens et des organisations.

De par leurs caractéristiques, les Tables de quartier sont intersectorielles, car elles invitent la participation des acteurs locaux de tous les champs d'action concernés par le développement social local. Elles sont multi réseaux¹, en mobilisant et en réunissant les acteurs de leur territoire (communautaires, associatifs, institutionnels et privés) ainsi que des citoyennes et citoyens pour s'engager dans une démarche concertée comprenant les différentes étapes de planification, de mise en œuvre et de suivi du plan d'action. Les points de vue différents sont pris en compte dans une optique de recherche de consensus. Elles sont structurées et permanentes, elles se dotent de mécanismes concrets pour assurer leur fonctionnement. Elles s'inscrivent de façon durable dans la communauté. Par leur mode de fonctionnement inclusif, elles sont à l'écoute des préoccupations de la communauté et favorisent la participation des acteurs locaux à travers l'ensemble de leurs activités. Leur mode de gouvernance regroupe une diversité d'acteurs locaux et reflète leur ancrage local et leur engagement à répondre à leur

¹ C'est un terme utilisé au Québec pour identifier des instances réunissant des organismes publiques du secteur communautaire et potentiellement privé.

milieu. Elles valorisent le réseautage et la synergie en favorisant le partage des différentes expertises permettant d'alimenter les travaux et de générer des pistes d'action mobilisatrices. En fonction des enjeux, elles peuvent aussi réaliser des actions en collaboration avec d'autres Tables de quartier (Initiative montréalaise, 2015).

2.7 Secteur de la santé dans une action intersectorielle en santé

Dès que le secteur de la santé collabore avec un autre secteur pour défendre des objectifs de santé, il s'agit d'une action intersectorielle en santé (OMS, 2008). Kranzler et ses collaborateurs pour leur part pensent que les résultats en matière de santé ont plus d'impact lorsque le secteur de la santé est impliqué dans des programmes d'action intersectorielle (Kranzler et al., 2013). Dans un rapport élaboré par Gilles Tredez sur la santé et les politiques publiques en février 2014, celui-ci distingue deux façons de mener une action intersectorielle en faveur de la santé. D'abord du point de vue du secteur de la santé et ensuite du point de vue des autres secteurs. Il précise :

- Du point de vue du secteur de la santé, à partir de problèmes de santé identifiés qui nécessitent la participation des différents secteurs pour atteindre des objectifs qu'elle ne peut atteindre seule. La mobilisation d'autres secteurs est alors nécessaire pour atteindre des objectifs de santé bien identifiés. On peut ranger dans cette catégorie les actions entreprises pour favoriser la sécurité routière, faire baisser la consommation du tabac ou encore favoriser une alimentation saine et équilibrée.
- Du point de vue des autres secteurs, lorsque le secteur de la santé n'est pas à l'initiative, mais où sa participation est nécessaire pour favoriser ses propres objectifs. La prise en compte des objectifs de santé peut favoriser une meilleure efficacité de la mesure envisagée et une meilleure intégration dans l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit d'une démarche de promotion active qui vise à préserver, à favoriser la santé et le bien-être au travers de politiques qui ne relèvent pas du secteur

de la santé, qui correspond à une démarche d'intégration de la santé dans les autres politiques publiques. (Trédez, 2014)

Quelle que soit la stratégie adoptée, le secteur de la santé dans une concertation intersectorielle pour la santé a sa place et est appelé à jouer des rôles clés. Des auteurs comme Andrews, Feighery et Rogers cités par Deschesnes (2000), reconnaissent que certaines caractéristiques organisationnelles seraient aussi cruciales pour le succès de la collaboration entre des secteurs divers. Ainsi, une structure organisationnelle possédant un certain degré de formalisation de ses règles de fonctionnement, telles que la clarification des rôles, des tâches et des responsabilités de chacun, serait nécessaire à l'implantation et au maintien d'une collaboration entre les acteurs (Deschesnes, 2000). Malgré l'importance accordée à l'intersectorialité en vue d'améliorer l'état de santé des individus, les rôles précis des gouvernements municipaux pour réduire les iniquités en santé au niveau local sont vaguement définis (Collins et Hayes, 2010). De même, les données sur la définition des rôles et des responsabilités des acteurs dans une action intersectorielle, particulièrement du secteur de la santé dans la littérature sont pauvrement définies. Certains auteurs traitent cet aspect en suggérant des recherches plus approfondies (Ndumbe-Eyoh et Moffatt, 2013; OMS, 2008).

À travers des études de cas publiés par l'OMS sur l'équité en santé, il est suggéré que le rôle du secteur de la santé doit être souple, et on lui reconnaît un rôle directeur dans la planification et la mise en œuvre d'efforts intersectoriels pour l'équité en santé. Cependant pour que le secteur de la santé puisse jouer ce rôle, L'OMS reconnaît en outre qu'il faudra tenir compte en bonne partie de l'enjeu concerné. En ce sens, trois scénarios sont proposés :

- S'il s'agit d'enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose des meilleures connaissances, de la plus vaste expertise et du plus haut degré de contrôle sur les stratégies d'amélioration de l'équité en santé, il est raisonnable pour ce dernier d'occuper le rôle directeur. C'est le cas d'initiatives axées sur l'amélioration de l'accès au système de soins de santé ou d'autres programmes visant la prévention, dont ceux associés aux soins de santé primaires.
- Si l'initiative est axée sur des enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose de connaissances sur des mesures efficaces d'amélioration de l'équité en santé, mais n'en

contrôle pas l'arène ou les moyens de mise en œuvre, il peut prendre un rôle de premier plan dans la promotion de stratégies, mais doit s'assurer d'une étroite coopération et du partage des responsabilités avec d'autres secteurs.

- Si l'initiative vise directement des déterminants sociaux de la santé de base (p. ex. l'éducation, la pauvreté) autres que les déterminants directement reliés au système de santé, le secteur de la santé devrait principalement agir à titre de partenaire en matière de politique dans sa conception et sa mise en œuvre. Dans ces circonstances, le secteur de la santé ne contrôle pas les moyens de mise en œuvre des stratégies ni ne présente les plus vastes connaissances sur la manière de structurer les activités. (OMS, 2008)

La vision de la santé véhiculée par le secteur de la santé a également une incidence sur l'ampleur du rôle que ce dernier peut jouer dans tous ces scénarios. En général, si la vision du secteur de la santé est axée sur la lutte contre les maladies ou la modification de comportements à risque, cela limite le niveau de leadership qu'il peut offrir quant aux mesures intersectorielles concernant les déterminants de la santé (OMS, 2008). L'OMS a déterminé qu'une action intersectorielle renforcée au sein du secteur de la santé constituait un élément important du leadership exercé par le secteur (Agence de la santé publique du Canada, 2007a). En effet, suivant une étude de cas qui a été conduite dans deux municipalités à Cuba, les auteurs ont constaté, dans l'une de ces municipalités, que le secteur de la santé joue un rôle de leader. Ce constat s'explique par le fait que le siège provincial de la santé se situe dans cette municipalité (Pagliccia et al., 2010). À l'échelon communautaire, la Nouvelle-Zélande a défini les rôles suivants pour le secteur de la santé : *bailleur de fonds* à l'égard de projets d'action intersectorielle, d'évaluations et de programmes pilotes ; *soutien* à l'égard d'initiatives communautaires, en faisant preuve de leadership et en obtenant l'appui des échelons politiques supérieurs ; *partenaire entre les partenaires*, en veillant à ce que la planification demeure à l'échelon local et à ce que les échelons supérieurs ne sapent pas la confiance en faisant obstacle aux priorités locales et à la gestion de programmes ; *et réalisateur de lignes directrices* à l'égard d'initiatives communautaires (Agence de la santé publique du Canada, 2007a).

Le Centre de collaboration nationale pour les déterminants de la santé rapporte que la santé publique joue normalement l'un ou l'autre des quatre rôles suivants au moment d'exercer son action sur les déterminants sociaux de la santé pour promouvoir l'équité en santé, notamment :

- « Rapporter et évaluer l'état de santé des populations et décrire les inégalités et les iniquités de même que les stratégies éprouvées pour remédier aux inégalités et aux iniquités ;
- Modifier et orienter les interventions afin de réduire les iniquités en santé, y compris les besoins et les capacités spécifiques des populations prioritaires.
- Prendre part à la collaboration communautaire et multisectorielle pour répondre aux besoins de santé des populations prioritaires par le biais de services et de programmes ;
- Prendre la direction, participer et soutenir d'autres acteurs dans l'analyse, l'élaboration et la promotion des politiques visant à améliorer les déterminants ou les iniquités en santé. » (CCNDS, 2012)

Pour sa part Rachlis (1999) examine le rôle du secteur de la santé à l'échelon communautaire du point de vue de l'établissement de liens avec les organismes communautaires. Selon lui, c'est à l'échelon communautaire que l'action intersectorielle peut se révéler la plus fructueuse et qu'elle peut influencer le plus sur le processus décisionnel et que le secteur de la santé peut promouvoir les initiatives locales et stimuler les pressions politiques exercées sur les échelons supérieurs (Rachlis, 1999). Stahl et ses collaborateurs (2006) reconnaissent toutefois qu'un effectif suffisant avec une formation adéquate est requis (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen et Leppo, 2006). En effet, de nombreuses actions envisagées et exposées dans la littérature en rapport avec l'action intersectorielle en santé n'indiquent en réalité qu'un petit nombre d'acteurs et de secteurs. La documentation consultée n'a pas permis de dégager la perception des acteurs des autres secteurs face aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une coalition intersectorielle. Ceci justifie notre projet de recherche.

2.8 Conclusion de la revue de littérature

De tout ce qui précède, on retient que l'action intersectorielle en santé au niveau local offre d'importantes leçons pouvant être mises à profit parmi lesquelles l'action intersectorielle en santé est une stratégie pouvant résoudre une vaste gamme de problèmes de santé. Aussi complexe soit elle, elle a permis de relever une vaste gamme de défis liés aux politiques publiques du domaine sanitaire ou socio-économique, entre autres, l'action touchant un ou des déterminant(s) précis de la santé, les populations, les collectivités, les maladies et les comportements de santé de même que les facteurs de risque (Agence de la santé publique du Canada, 2007b). Ensuite, il faut retenir que le contexte politique et la participation publique peuvent influencer les actions au niveau local. Les actions locales présentent des opportunités uniques pour des partenariats avec la société civile, le secteur privé et les secteurs à but non lucratif qui sont probablement plus bénéfiques et plus durables qu'une réponse gouvernementale isolée (Rantala et al., 2014). Par rapport aux rôles du secteur de la santé, nous retiendrons un rôle de leadership du secteur de la santé ou de directeur qui semble être visible, incontestable et irréfutable dans les initiatives intersectorielles. De même, le rôle de soutien, qu'il soit technique ou financier semble assez bien évoqué par les auteurs. Toutefois nous appuyons l'OMS qui suggère que les rôles de la santé dans les espaces intersectoriels doivent être souples, et doivent pouvoir évoluer et s'adapter (OMS, 2008). Le secteur de la santé doit savoir quand il doit diriger et quand il doit suivre, et doit également connaître le type de contribution à obtenir. De plus, il doit veiller à ce que les aspects sanitaires de dossiers complexes dirigés par d'autres secteurs soient définis et abordés. Il doit être sensibilisé au moment opportun, savoir distinguer les gains à court, à moyen et à long terme et être prêt à rendre des décisions concernant les stratégies et les points d'accès appropriés (Agence de la santé publique du Canada, 2007b).

3 Cadre conceptuel

Notre cadre conceptuel repose sur les travaux de Cinq-Mars et Fortin (1999) qui présentent quatre grandes catégories de questions à explorer dans le cadre d'une action concertée entre différents secteurs. Il s'agit de la nature de l'action concertée, de son processus de développement, des composantes qui y sont associées et des retombées qui y sont tributaires (Cinq-Mars et Fortin, 1999). Dans notre recherche, nous nous limitons aux trois premières questions lesquelles vont nous servir de cadre pour l'analyse de notre problématique. Nous avons fait le choix de ce modèle puisqu'il aide à clarifier l'importance des facteurs contextuels dans une action concertée, les stratégies d'action concertée pour attaquer les inégalités en santé et enfin la représentativité des multiples acteurs possibles impliqués dans l'action à travers leurs rôles et responsabilités. De plus, les auteurs mettent en évidence trois dimensions associées à l'action concertée : la construction d'un but commun, la dynamique de rapports entre les partenaires et l'édification d'un mode de fonctionnement. Ces dimensions sont des facteurs clés dans le processus de construction de l'action concertée et de ses pratiques. Ce cadre nous est paru fécond pour appréhender notre question de recherche.

3.1 Nature de l'action concertée

Comme la lecture du cadre l'indique, la nature de l'action concertée met en exergue deux continuums : le type d'action concerté et le type d'acteurs. Ces deux continuums mettent en avant l'importance du contexte perçu comme un aspect fondamental à prendre en compte dans le cadre des actions concertées.

3.1.1 Type d'action concertée

Lebeau et coll. (1997, cités par Cinq-Mars 1999) conçoivent les niveaux d'action concertée en relation avec des modèles de pratiques intersectorielles. Ces pratiques évoluent depuis la simple collaboration pour offrir des activités répondant aux besoins d'une population cible à une pratique de développement social où les partenaires sont clairement engagés autour d'une cause commune en vue de réaliser des changements dans la structure ou le fonctionnement d'un ou plusieurs secteurs d'intervention (Cinq-Mars et Fortin, 1999). Les auteurs suggèrent également une évolution dans l'intérêt des partenaires depuis des finalités plus individuelles à des finalités plus sociales. Dans un ordre d'idées semblable, Himmelman (1992) représente la collaboration en relation avec trois autres stratégies d'action concertée : la mise en réseau, la coordination, et la coopération (Himmelman, 1992). Chacune de ces stratégies se situe le long d'un continuum de collaboration de plus en plus complexe et exigeant un engagement de plus en plus significatif de la part des partenaires.

3.1.2 Type d'acteurs

Cinq-Mars et Fortin (1999) soulignent qu'ici, c'est la *représentativité* des partenaires en fonction de divers rôles qui doivent être exercés lors de la mise en œuvre d'une intervention conjointe, qui apparaît la dimension essentielle à considérer. Au regard de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, plusieurs regroupements de partenaires sont essentiellement le fait d'intervenants et de gestionnaires issus de différents milieux, réunis principalement dans la perspective d'améliorer la gamme et la qualité des activités et services offerts à la population. À cet effet, la définition des rôles et responsabilités devient fondamentale pour que l'action puisse se produire.

3.2 Processus de développement des actions concertées

Cinq Mars et Fortin (1999) rappellent que les démarches d'action concertée qui réunissent un grand nombre d'acteurs autour d'un but commun se développent selon un processus par étapes, qui requiert du temps. Ils reconnaissent généralement les phases suivantes :

- 1) Un stade de formation de l'action concertée, incluant l'émergence du projet, la mobilisation et le recrutement de ses membres autour d'un intérêt commun, et l'adoption d'une mission commune ;
- 2) Un stade de développement, qui réfère à un processus de planification proprement dit, incluant souvent une étude de besoins, la recherche d'un consensus sur la priorisation des activités, l'élaboration d'un plan d'action, et la mise en œuvre des activités ;
- 3) Un stade de résultats et d'institutionnalisation, qui inclut la rencontre des résultats visés par la mission et un retour aux stades préliminaires en vue d'une « replanification », dans un processus itératif, pour la poursuite de la mission. Cette dernière phase nous intéresse peu dans le cadre de cette recherche.

3.3 Composantes associées à l'action concertée

D'une façon générale, Cinq-Mars et Fortin (1999) ainsi que les auteurs ayant défini les concertations, coalitions, ou collaborations intersectorielles (Brown, 1984; Feighery et Rogers, 1995; Himmelman, 1992; Ouellet, Paiement et Tremblay, 1995) leur reconnaissent trois grandes caractéristiques présentées dans les lignes qui suivent.

3.3.1 Construction d'un but commun

Selon les auteurs, les actions concertées réfèrent d'abord à une notion de « changement spécifique », de « travail conjoint », de « but » à atteindre. Il s'agit en fait d'un processus à partir duquel les intérêts individuels sont suffisamment considérés pour permettre éventuellement l'adhésion des partenaires à un but, une mission plus large. Le développement d'une vision ou d'un langage commun, l'adhésion à des valeurs partagées constituent des sous-dimensions essentielles, au-delà des divergences, au partage d'une mission, d'un but commun.

3.3.2 Dynamique de rapports entre les partenaires

Les auteurs expliquent que les actions concertées réunissent des individus issus de divers groupes ou organisations, dont les origines et intérêts sont diversifiés et non nécessairement d'emblée compatibles, mais auxquels il faut s'adresser minimalement pour qu'il y ait collaboration ; dans le cas spécifique des collaborations à caractère intersectoriel. Les auteurs précisent aussi que ces partenaires sont issus de différents secteurs d'intervention (Lebeau Aimé et al., 1997). La diversité des intérêts et des « cultures » individuelles implique, au sein des actions concertées, un processus dynamique par lequel un réseau de relations entre les différents partenaires s'érige graduellement. La construction des rapports entre les membres de

l'action concertée s'inscrit dans l'histoire de la communauté et dans le climat sociopolitique ambiant et débouche sur un mode de participation des membres et un climat affectif (Cinq-Mars et Fortin, 1999).

3.3.3 Édification d'un mode de fonctionnement

Les actions concertées constituent également une organisation, ou une démarche, incluant souvent un partage de ressources et responsabilités, ce qui implique un processus de structuration et d'édification d'un fonctionnement, affirment les auteurs de ce cadre. Ce processus de construction et de restructuration mène à une organisation plus ou moins formelle, selon les actions concertées et selon les étapes de développement de chacune (Cinq-Mars et Fortin, 1999).

En choisissant les travaux de Cinq-Mars et Fortin comme cadre conceptuel, nous avons décidé d'aborder au cours de cette étude, les différents éléments présentés par les auteurs dont : la nature de l'action concertée au sein de la table, les différentes stratégies d'action mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés et la représentativité des acteurs. Car, comme le soulignent les auteurs, ce sont ces catégories de questions qui entrent en jeu dans le cadre d'une action concertée. De ce fait, ce cadre constitue un cadre d'analyse structuré nous permettant d'étudier l'action intersectorielle se développant entre les acteurs de la table Enfance Famille de Saint-Michel et nous conduira, par conséquent, à une meilleure compréhension de la perception des rôles et responsabilités des acteurs de santé dans une action concertée. En adoptant ce modèle, nous serons donc en mesure de décrire le contexte de l'action intersectorielle de la table, et d'accorder une plus grande place dans notre analyse aux vécus des acteurs, leurs expériences, leurs stratégies d'action concertée afin de faire ressortir leur perception quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action concertée et ainsi, répondre à notre question de recherche.

3.4 Question de recherche spécifique

Compte tenu de la nécessité d'intervenir en intersectorialité pour promouvoir la santé de la population et des individus, ainsi que de la complexité et des défis associés à la collaboration intersectorielle, constatés tant par les acteurs de santé publique sur le terrain que par les chercheurs qui font des études de terrain, nous voulons comprendre quelle est la perception des acteurs représentant les différents secteurs de la table de concertation Enfance famille de Saint-Michel quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale.

4 Méthodologie

Cette section aborde les aspects méthodologiques utiles à la compréhension des résultats présentés dans ce rapport. Dans un premier temps, après un bref rappel des objectifs de recherche, nous définirons l'objet à l'étude, puis nous présenterons le type de recherche réalisée et ses arguments de validité. Dans un second temps nous exposerons le processus et les critères de sélection du cas à l'étude. Dans un troisième temps, nous traiterons de la stratégie de collecte des données et d'analyse de celles-ci.

4.1 Type d'étude

Cette étude menée dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise a pour objectif de comprendre la perception des acteurs de divers secteurs d'activité de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel à Montréal quant aux rôles et des responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale.

L'objet de notre étude est principalement l'action intersectorielle en santé et ses pratiques qui nous permettent de cerner la perception sur les rôles et les responsabilités qui sont des thématiques associées à notre objet d'étude. Ainsi nous nous inscrivons dans une analyse sociologique centrée sur la perception des interactions sociales existant entre des acteurs. Ces interactions sociales se manifestent dans des conditions qui déterminent la mise en place des structures et des pratiques où se développe l'action intersectorielle. La collaboration intersectorielle au niveau local, comme nous l'avions présentée dans les chapitres précédents, demeure une stratégie complexe surtout quand les rôles et les responsabilités ne sont pas clairement définis.

Ce choix repose sur le fait que nous voulons comprendre les rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale selon la perception des acteurs des autres secteurs. En outre, les organismes communautaires locaux représentent les milieux favorisés pour la mise en œuvre d'action intersectorielle en matière de santé publique étant donné leur

proximité avec la population. Le choix d'une telle démarche est cohérent avec notre objectif de recherche présenté plus haut. À cet égard, l'étude de cas s'avère une méthode de recherche pertinente.

Le concept d'action intersectorielle a été largement défini dans la section précédente ainsi que les dimensions qui lui sont associées. Cependant celles des pratiques portées sur la perception des rôles et responsabilités restent à circonscrire. Kotler et Dubois (1997, cité par Binani, 2013) définissent la perception comme un processus par lequel l'individu choisit, organise et interprète les éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure. En ce sens le processus de la perception présente plusieurs caractéristiques parmi lesquelles il faut souligner :

- La perception est subjective : chaque individu pourra avoir une perception différente à partir de stimuli identiques. En outre, comme l'individu a la plupart du temps tendance à oublier la plus grande part de ce qu'il apprend, il a tendance à mieux mémoriser l'information qui supporte ses convictions (Binani, 2013).
- La perception est sélective : l'individu opère un choix parmi les stimuli qui lui parviennent. La sélectivité de la perception répond à un premier objectif : la recherche d'une information pertinente par rapport aux besoins du chercheur (Binani, 2013).
- La perception est déformante : les stimuli reçus sont intégrés dans les structures mentales, le message reçu est alors modifié pour être en conformité avec les structures cognitives de l'individu. Ces structures sont elles-mêmes le résultat de l'apprentissage et des expériences de chaque individu (Binani, 2013).

Après ce bref aperçu sur la perception, nous allons opérationnaliser la notion de pratiques suivant les réflexions de Le Moigne (1990, cité dans Mendell, 2007) qu'il définit ainsi : a) quelque chose (c.-à-d. les acteurs du territoire), b) qui, dans quelque chose (un environnement), c) pour quelque chose (finalités), d) fait quelque chose en fonction de projets et de finalités e) par quelque chose (structure), f) qui se transforme dans le temps. Nous avons donc observé et documenté les variables suivantes : qui sont les acteurs ? Sur quoi agissent-ils ? Quelles sont les stratégies d'action ? Quels sont les rôles et responsabilités ? Comment les

interventions sont-elles structurées ? Quelles finalités poursuivent-ils ? (Mendell, 2007). Ces dimensions nous permettent de bien comprendre l'opérationnalisation de l'action intersectorielle au sein de la table de concertation Enfance Famille de Saint Michel.

4.2 Démarche qualitative : l'étude de cas

Notre étude repose sur une approche méthodologique qualitative exploratoire type étude de cas unique. Le but principal de ce type d'études est de comprendre et d'expliquer comment et pourquoi certaines institutions ou organisations sont formées de telle façon (Strauss et Whitfield, 1998).

Le devis de la recherche est orienté vers une étude de cas unique. Pirès (1997, cité dans Savoie-Zajc, 2006) identifie, pour le choix du cas unique, les critères de la pertinence théorique, la qualité intrinsèque et l'exemplarité du cas, sa valeur heuristique, son intérêt social et son accessibilité (Savoie-Zajc, 2006). Plusieurs auteurs se sont penchés sur la définition de l'étude de cas, mais l'un des éléments qui revient le plus souvent est en lien avec le contexte. Yin (1984) propose une définition regroupant les principales caractéristiques d'une étude de cas : *« l'étude de cas est une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel ; lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes ; et dans laquelle de multiples sources de données sont utilisées »* (Yin, 1984). Nous nous appuyons également sur Richard et ses collaborateurs (2004) pour qui l'étude de cas est une forme d'investigation appropriée lorsqu'il s'agit d'étudier un phénomène contemporain complexe à l'intérieur de son contexte naturel (Richard et al., 2004). Le but de l'étude de cas est donc de bien connaître le cas, non pas afin de le comparer avec d'autres, mais afin de comprendre ce qu'il est, ce qu'il fait (Stake, 1995). Selon Lebeau, Viens et Vermette (1997), l'étude de cas est importante en promotion de la santé parce qu'elle offre aux chercheurs la possibilité d'examiner les problèmes sociaux de santé dans leur complexité (Lebeau Aimé et al., 1997). Les résultats des études de cas ne sont pas nécessairement transférables ou généralisables. Toutefois, ce projet étant une étude de cas

unique, il nous offre la possibilité de réfléchir et de contribuer à la littérature sur l'action intersectorielle en santé.

4.3 Critères de validité

Les forces de l'étude de cas concernent principalement la validité interne. Yin (1994) préconise certains aspects à considérer pour juger de la qualité d'une étude de cas : *la validité interne* qui se fera à travers une stratégie de triangulation des diverses sources de données pour accroître la rigueur de l'étude (Yin, 1994). Cette stratégie augmente la richesse des résultats. Dans le cadre de cette recherche, les entrevues ainsi que les données recueillies pendant la revue documentaire ont permis une analyse des points de vue individuels. Les informations issues des interactions lors des rencontres, le temps passé sur le terrain augmentent aussi la crédibilité des résultats et ont permis en quelque sorte une certaine immersion dans le milieu. Le contact direct avec le terrain a facilité la validation des résultats. Il faut souligner que les échanges et les rencontres de travail avec ma directrice de recherche ont également permis de valider les résultats grâce à son regard critique et constructif sur mes travaux. De même les multiples recours à la littérature sur le sujet contribuent également à la crédibilité de l'étude.

La validité externe ou la capacité de généralisation des résultats de l'étude se reposera sur le principe de similitude (Yin, 1994). Seale, (1999 cité dans Mendell, 2006) affirme qu'en recherche qualitative, la validité externe est aussi qualifiée par Guba et Lincoln de « transférabilité » (Mendell, 2007). Cette transférabilité est satisfaite non pas quand il est généralisable, mais plutôt lorsque la recherche permet une description riche et détaillée du lieu d'étude, afin qu'elle contienne assez d'informations pour permettre à des personnes extérieures de juger si les résultats peuvent être appliqués à leur milieu (Bisset, 2003). Toutefois comme l'a précisé Stake (1995), « un cas est un système intégré » ; ses composantes n'ont pas à bien fonctionner ; elles sont comme on les trouve dans la réalité. Autrement dit, un cas n'a pas à être un exemple de quelque chose ou un modèle à suivre ; c'est d'abord et avant tout un système comportant ses propres dynamiques qui demandent à être explicitées et qui feront l'objet d'une recherche méthodique (Stake, 1995). Ainsi nous avons choisi de faire une

étude de cas qui examinera en profondeur la question de recherche pour aboutir à un rapport clair et détaillé. Toutefois il se peut que les résultats de cette recherche s'appliquent à d'autres territoires locaux où l'approche intersectorielle est proposée pour agir sur les déterminants sociaux de santé des populations.

Guba et Lincoln (sans date, cité dans Mendell 2007) proposent des critères de confirmabilité et d'imputabilité procédurale comme étant les équivalents qualitatifs de ce que Yin appelle la *fiabilité* pour accroître l'objectivité de la recherche (Mendell, 2007; Yin, 1994). Dans notre cas, le journal de bord tenu tout au long de la collecte de données a permis de vérifier les analyses et accroître l'objectivité. Toutefois la supervision de ma directrice de recherche sur la procédure suivie a été un atout considérable.

4.4 Le cas : Sélection et description

L'étude de cas étant choisie comme approche, le choix du cas est une étape déterminante du processus de recherche (Morin, 2015). Pour assurer une généralisation analytique, il importe d'adopter une démarche précise de sélection de cas (Yin, 2003). Il s'agit alors de sélectionner des cas pertinents aux objectifs de la recherche, c'est-à-dire de choisir des cas offrant une réalité qui correspond aux construits sous étude (Yin, 2013). Afin de mieux cerner la collaboration intersectorielle en santé au niveau local, nous avons choisi une stratégie d'échantillonnage par cas exemplaire (Poupart, 1997). Dans le cadre de cette étude, nous considérons un cas exemplaire selon les critères suivants : la présence formelle d'une table de quartier mettant en œuvre des actions intersectorielles avec au moins dix ans de collaboration ; la présence active du secteur de la santé au sein de cette table et l'adhésion des partenaires de la CMTQ ainsi que des acteurs locaux de la table de concertation Enfance Famille. En ce sens, cette table a été un cas exemplaire. Elle était capable de répondre aux critères précédemment cités. De par sa caractéristique intersectorielle, elle nous offrira la possibilité de prendre contact avec différents secteurs, dont le secteur de la santé et d'autres secteurs qui œuvrent dans le domaine de la petite enfance. Les acteurs de cette table étaient donc familiers aux pratiques de collaboration intersectorielle avec le secteur de la santé. Les partenaires de la

CMTQ ainsi que deux membres de la table de concertation Enfance Famille ont été contactés lors de la sélection du cas. Suite à des discussions et une rencontre plénière, nous avons identifié ensemble un cas qui répondait aux critères et pour lequel les responsables ont accepté de participer au projet de recherche. De ce fait, le territoire choisi est un lieu exemplaire où la collaboration intersectorielle en santé est réfléchie et systématique facilitant ainsi un apprentissage rigoureux et potentiellement riche.

4.5 Population ciblée

À Montréal, la municipalité avec ses partenaires que sont Centraide du Grand Montréal, La Direction de la santé publique du Montréal et la Coalition montréalaise des Tables de quartier a mis en place un programme destiné à soutenir les réseaux organisationnels nommés « Tables de quartier » (Initiative Montréalaise, 2006). Des groupes et des organisations, issus du secteur communautaire autonome, mais également de partenaires institutionnels, participent à des démarches communes en vue d'améliorer les conditions de vie. En effet, la table de quartier VSMS se retrouve dans le quartier de Saint-Michel dans l'arrondissement Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension. Jeune et familial, Saint-Michel est un quartier de taille moyenne (55 570 résidents). Il se distingue par un grand nombre de familles (10 600) qui sont, en proportion, davantage présentes qu'à Montréal (74 %, contre 63 %). Les familles monoparentales représentent aussi une large part de ces familles (40 %), un taux supérieur à la moyenne montréalaise (33 %). Corollaire du caractère très familial du quartier, on y trouve une grande proportion de jeunes, alors que 20 % de la population a moins de 14 ans (15 % à Montréal). Grande mosaïque de cultures, la moitié de la population de Saint-Michel est immigrante (27 000 personnes), ce qui en fait l'un des quartiers montréalais qui se distinguent pour leur très forte composition immigrante. La présence de personnes issues des minorités visibles est par ailleurs près de deux fois plus importante qu'à Montréal (59 %, contre 30 %) (Centraide du Grand Montréal, 2016).

Sur le plan des caractéristiques socioéconomiques, le quartier affiche plusieurs indicateurs défavorables qui témoignent de la vulnérabilité d'une large part de ses résidents. En effet, plus

du tiers de la population du quartier (35 %) vit avec de faibles revenus alors que pour tous les groupes d'âge (enfants et aînés), les taux dépassent largement les moyennes montréalaises. Plus que les autres groupes, les enfants et les jeunes de 0 à 18 ans sont particulièrement confrontés à la pauvreté : 41 % d'entre eux vivent dans des ménages à faible revenu (28 % à Montréal). Concernant la maturité scolaire, le développement des enfants apparaît comme un enjeu préoccupant dans le quartier, alors que 33 % des enfants qui fréquentent la maternelle n'ont pas tous les outils nécessaires pour bien entamer leur parcours scolaire. Toujours au sujet de la scolarisation, la proportion de la population adulte qui ne détient pas de diplôme d'études secondaires est près de deux fois plus élevée dans le quartier (35 %) qu'à Montréal (19 %) (Centraide du Grand Montréal, 2016). Ce quartier est aussi caractérisé par un fort sentiment d'appartenance et d'organisation communautaire. Dans Saint-Michel, on retrouve 12 organismes et projets incluant la table de quartier Vivre Saint Michel en santé (VSMS). Jouant un rôle de catalyseur au sein de la dynamique communautaire, la table de quartier VSMS mobilise les acteurs du milieu et porte activement le chantier de revitalisation urbaine et sociale de Saint-Michel depuis 2004 (Centraide du Grand Montréal, 2016). Ce chantier a permis d'établir une vision concertée et l'émergence de projets porteurs, mais a également contribué au renforcement de la capacité du milieu à se prendre en charge sur les plans de la mobilisation des acteurs et de la mise en œuvre du plan d'action de quartier. Tout récemment, VSMS a réalisé une seconde démarche de planification stratégique en vue de déterminer son plan de développement social 2014-2018 (VSMS, 2015). Reposant sur une table de quartier dynamique et sur la contribution active des organismes, le travail collectif réalisé dans Saint-Michel constitue un exemple d'approche territoriale intégrée qui fait maintenant école dans d'autres quartiers (Centraide du Grand Montréal, 2016).

Entrée dans le milieu

Au cours du mois d'avril 2016, l'intervenante communautaire de la Chaire de recherche du Canada Approche communautaire et Inégalités de santé (CACIS) en poste à l'époque et aussi collaboratrice de ma directrice de recherche a organisé une rencontre avec les partenaires des tables de quartier dont Centraide, Ville de Montréal, et la Coalition montréalaise des Tables de Quartier (CMTQ) dans le but de présenter les projets de recherche des étudiants qui travaillent à la CACIS. Au cours de cette rencontre, ce projet de recherche a été présenté et a

obtenu l'approbation de tous les participants. Par la suite, en novembre 2016, lors d'une rencontre avec les acteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel, le projet de recherche fut également présenté et discuté avec les participants de cette rencontre. Leur approbation a été également obtenue et les acteurs ont accepté de participer au projet de recherche. Mentionnons que cette table est composée d'une vingtaine d'acteurs locaux regroupant des organismes communautaires du quartier de Saint-Michel et le CLSC de l'Est de l'île de Montréal.

4.6 Collecte de données

Yin (1994) décrit trois principes dans la collecte de données pour les études de cas. Le premier consiste à disposer d'une variété de sources de données ; le deuxième implique le développement d'une base de données bien organisée et bien documentée ; le troisième a trait à la documentation de liens ou d'évidences explicites entre les conclusions et les données spécifiques (Yin, 1994). Notre collecte de données s'est déroulée en deux phases. À la première phase nous avons procédé à une revue des documents officiels de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel (voir annexe 2 pour la liste). La deuxième phase a consisté en une série d'entrevues individuelles semi-structurées au nombre de six avec des acteurs issus de cette même table.

Phase 1 : La revue documentaire

Cette phase a constitué la première étape dans notre collecte de données. Elle a été réalisée dans le but de me familiariser avec les activités de la table de concertation, aussi que les acteurs et leur champ d'action. Les documents analysés ont été sélectionnés de la manière suivante : Tous les documents concernant les activités de la table de concertation Enfance Famille entre 2007 et 2017, des documents sommaires des organismes communautaires mettant en œuvre des projets intersectoriels approuvés par la table de concertation couvrant la période 2007-2017 (voir Annexe 2). La revue documentaire a été réalisée en décrivant les activités de la table tout en recherchant l'implication du secteur de la santé à travers ces

activités. Pendant ce processus, j'ai essayé de comprendre le contexte de l'action intersectorielle de la table Enfance Famille, ses réalisations ainsi que le lien entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Les séances de rencontre avec les acteurs de la table m'ont permis de mieux approfondir ma compréhension du milieu et de mieux saisir le contexte de l'action intersectorielle de cette table. De plus ces rencontres m'ont permis de questionner les acteurs directement sur leur mode de collaboration. Ces questions ont été toutefois plus approfondies durant les entretiens qui ont été réalisés.

Phase 2 : Entretiens individuels

La deuxième phase de la collecte de données fut la réalisation de six entretiens individuelles semi-structurées. Ce type d'entretien a été choisi puisqu'il privilégie des questions ouvertes (voir annexe 6), qui permettent aux participants d'élaborer leurs expériences ou leurs attitudes (Power et Williams, 2001). Cette forme d'entrevue permet aussi une certaine liberté à l'intervieweur et offre la possibilité d'explorer des éléments nouveaux apportés par l'interviewé (Daudelin, 2016). Les entretiens se sont déroulés à l'hiver 2017. Pour chaque entretien j'étais seule avec le répondant sur son lieu de travail et dans un espace fermé. Les entretiens ont duré entre 45 et 60 minutes. Avant de commencer l'entrevue, un rappel sur les objectifs de la recherche ainsi que les thèmes qui seront abordés a été fait. Un formulaire de consentement a été signé entre les deux parties avant de démarrer l'entrevue.

4.7 Processus de sélection des participants

Les participants ont été choisis sur la base d'un échantillonnage intentionnel non probabiliste (Frohlick, 2016). Ce processus a permis d'identifier un informateur clé qui a fourni une liste d'acteurs exemplaires (Frohlick, 2016). Étant donné les liens qui existaient déjà entre la responsable de terrain de la chaire de recherche de ma directrice et les acteurs de la table de quartier de Saint-Michel, facilement et rapidement on est entré en contact avec les responsables de la table. À ce titre, il était plus aisé d'identifier les personnes qui étaient capables de fournir «de l'information abondante et détaillée» (Patton, 1990) et qui certainement pouvaient partager leurs expériences en matière de collaboration intersectorielle. Au cours d'une rencontre de la table de concertation, les participants ont été sélectionnés sur une base volontaire puis contactés par courriel pour fixer un rendez-vous. Ces derniers sont issus de la table Enfance Famille et des organismes communautaires dont Femmes-Relais, Maison d'Haïti, Maison de la Famille de Saint-Michel, Joujouthèque, Relais des jeunes familles.

Grille d'entretien

Afin de bien conduire l'entrevue et de bien cerner les aspects de la recherche, une grille d'entretien a été élaborée. Les différentes revues littéraires effectuées dans le cadre de ce travail nous ont permis d'orienter notre grille d'entretien en fonction des informations obtenues. Cette étape a permis d'identifier des thèmes à clarifier ou à développer avec les participants. Elle comporte des questions préétablies faisant référence aux thèmes que je souhaitais aborder.

Gestion des données

Pour assurer une meilleure analyse des données, les entretiens ont été enregistrés sur un support audio et transcrits dans leur intégralité. Pour chaque répondant, un code était assigné à son identité. Pour une gestion efficace des données et pour en assurer la confidentialité, les transcriptions ont été datées, paginées et classées dans un ordinateur avec un mot de passe.

4.8 Analyse des données

Cette recherche, rappelons-le, visait principalement à comprendre le rôle des acteurs de santé dans une concertation intersectorielle. L'analyse des données a débuté par une revue documentaire de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel nous permettant de mieux cerner les activités de la table, les acteurs qui y sont présents, leur champ d'action ainsi que leur mode de pratiques d'action intersectorielle. Cette revue documentaire nous a également servi de guide pour les données principales du mémoire, soit les entretiens. Les notes prises dans le journal de bord nous ont aussi aidées dans la vérification et validation des données primaires.

Après la phase de collecte des données, une étape encore plus importante est celle de l'analyse de ces données. En effet, pour débiter cette étape, nous avons suivi les traces de plusieurs tenants de la recherche qualitative tels Tesch, Paillé et Mucchielli, Huberman et Miles. Tesch (1990) s'inspirant de Bogdan et Taylor définit l'analyse des données comme « un processus qui implique un effort explicite d'identifier les thèmes, de construire des hypothèses (idées) telles qu'elles émergent des données ainsi que de clarifier le lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes » (Tesch, 1990). Un tel processus comprend deux moments : le premier est celui de l'organisation des données (qui implique selon Tesch, « une segmentation » et « une décontextualisation » et le deuxième, leur interprétation (baptisée aussi « catégorisation » qui mène à la « recontextualisation ») (Savoie-Zajc, 2000). Huberman et Miles nous proposent des idées claires pour l'élaboration et la vérification de l'analyse (Miles et Huberman, 2003). Paillé et Mucchielli (2003) pour leur part, explicitent plus largement plusieurs de ces notions présentées par Tesch telles l'analyse thématique et la création de catégories (Mucchielli et Paillé, 2003). Il s'agit en effet de cerner l'essentiel d'un propos à l'aide de courtes expressions que constituent les thèmes. L'analyse thématique s'opère en un processus continu qui permet le repérage des thèmes significatifs dans l'ensemble du matériel en lien avec les objectifs de recherche. Elle permet en même temps de documenter les thèmes en cherchant à faire ressortir les récurrences, divergences, opposition, complémentarité, etc. dans l'expérience des personnes (Paillé et Mucchielli, 2012). Dans cette démarche analytique, l'arbre thématique qui consiste en un regroupement des thèmes

principaux et détaillés en des thèmes subsidiaires et des sous-thèmes, est l'outil qui permet de schématiser la présentation des résultats (Paillé et Mucchielli, 2012). Ainsi, dans le cadre de notre analyse, la lecture et la codification des verbatim nous ont permis d'avoir un premier relevé de thèmes qui s'est précisé au fur et à mesure que progresse l'analyse. Une fois nos thèmes émergés, nous les avons classifiés à l'aide de l'arbre thématique en vue de la présentation des résultats. L'analyse des entretiens a partiellement débuté au cours de la période des entrevues. En effet, le premier entretien a été un peu expérimental dans le sens qu'il m'a permis de faire des ajustements à la grille initiale. Après discussion avec ma directrice de recherche autour de ce premier entretien, certaines questions ont été enlevées, d'autres modifiées et ajoutées. La grille modifiée, considérée comme la grille finale a servi de guide pour conduire les cinq autres entrevues avec les acteurs de la table. Puisque « les données recueillies ne sont pas habituellement et immédiatement accessibles à l'analyse, mais ont besoin d'être préalablement traitées. [...] les enregistrements doivent être transcrits et corrigés » (Miles et Huberman, 2003).

Ainsi chaque entrevue a été transcrite intégralement par moi-même. Les verbatim ont été envoyés aux participants pour qu'ils puissent eux-mêmes modifier, soustraire ou ajouter d'autres propos. Une fois les données transcrites, ma première étape a été de lire et de relire ces documents afin de bien comprendre leur sens et l'apparence de leur message, car comme l'a si bien dit Deslauriers (1991), le meilleur outil de l'analyse est encore la lecture, la relecture et la re-relecture des notes prises au cours des observations et des entrevues (Deslauriers, 1991). Des codes préliminaires tirés du cadre conceptuel ont été attribués à chaque idée de l'interlocuteur. Un code étant un « symbole appliqué à un groupe de mots permettant d'identifier, de rassembler et de classer les différentes informations obtenues par entrevue, observation ou tout autre moyen (Deslauriers, 1991). À mesure qu'on codifiait, de nouveaux codes apparaissaient. Comme le souligne avec pertinence Deslauriers, dans la recherche qualitative le codage est un travail simultané de création, d'interprétation et d'induction (Deslauriers, 1991). De courtes synthèses de chacune des entrevues ont été rédigées par la suite afin d'extraire des idées et des informations pertinentes en lien avec la question de recherche, les objectifs de recherche, les informations qui sont livrées comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (Mucchielli et Paillé, 2003).

Afin de coder de façon plus systématique les textes, tous les verbatim ont été importés sur un logiciel qui s'appelle QDA Miner. Un code, soit une idée ou un mot a été attribué à chaque section. Ce travail de codification a été effectué ligne par ligne, paragraphe par paragraphe. Les nouveaux codes qui apparaissaient ont été d'abord notés sur papier avant de les ajouter sur le logiciel. Sur ce dernier, j'ai également ajouté la définition des codes ainsi que des commentaires. Tous les textes ont été codés, décodés puis recodés au fur et à mesure de la lecture des verbatim. L'exploration de ces codes et un retour sur les verbatim ont permis de contraster les segments entre eux et de regrouper ensemble les codes qui se ressemblent. Ainsi des catégories ont été créées subséquemment pour tous les codes représentant la même situation ou le même phénomène. Par la suite, des liens entre les différentes catégories ont été détaillés pour finalement intégrer les liens et les catégories, autour des thèmes relevant du cadre conceptuel et de la question de recherche. Cette procédure concorde avec le processus de codification ouverte, axiale et sélective de la littérature (Strauss et Corbin, 1998). Le logiciel QDA Miner 4.1.16 fut choisi non seulement en raison de ma capacité à l'opérer plus facilement, mais aussi en fonction de ses capacités de codification textuelle, d'extraction conviviale et de citations codifiées. Tesch (1990) souligne qu'un raffinement important des codes est habituellement requis tout au long du processus afin de créer des catégories qui demeurent appropriées pendant toute la durée de la recherche (Tesch, 1990). En effet, il était parfois nécessaire de modifier le nom d'un code ou d'une catégorie, ou bien de changer un segment de place, afin d'assurer l'homogénéité des sujets contenus dans une catégorie et, ainsi, sa fidélité et sa validité.

L'étape suivante était de « décontextualiser » les propos en segmentant les textes par catégorie. Ce travail nous a permis de mettre en évidence les points de convergence et de divergence présents dans les discours des répondants, de faire émerger les particularités présentes dans les propos des personnes interrogées et évidemment de mieux appréhender leur expérience, leur compréhension et leur opinion par rapport aux différents thèmes abordés. Par exemple le dynamisme de rapport entre les acteurs de la table est un aspect qui a été reconnu par tous les répondants. De même, les définitions divergentes sur la définition des rôles et des responsabilités du secteur de la santé ont fait ressortir l'absence de définition de ces tâches.

4.9 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (16-173-CERES-D). Une copie du document d'approbation se trouve à l'annexe 7.

Confidentialité des données et consentement

La confidentialité des informations recueillies a été discutée avec chaque participant. Des précautions ont été prises afin de respecter les droits et la liberté de tous les individus participant à l'étude. Le motif et le but de l'étude sont mentionnés sur les questionnaires d'entrevue, et ont été expliqués en détail avant la tenue de chaque entretien. Aucune information nominative n'est apparue sur le questionnaire d'entrevue. Les répondants ont été identifiés par un numéro de code. Ainsi, nous pouvons avancer que le principe « égale dignité » (Le Breton, 2008) dont parlent les tenants de la recherche qualitative a été respecté. Un formulaire d'information et de consentement a été remis à chaque participant au début de l'entrevue. Après en avoir pris connaissance, ce formulaire a été signé entre les deux parties étudiante-chercheure et répondant. Une copie de ce formulaire se trouve en annexe 8. Chaque participant a eu du temps pour lire le formulaire et réfléchir à son désir de participer dans le projet ou non. Aucune pression n'a été faite sur les participants. Les résultats de cette recherche pourront éventuellement paraître dans une revue scientifique, par contre ne seront dévoilés ni le lieu précis de l'étude ni l'identité des participants. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, les données pourront être consultées par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal, adhérant à une politique de stricte confidentialité.

5 Présentation des résultats

Ce chapitre présente les résultats de cette étude portant sur la perception des rôles et des responsabilités des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale. Rappelons que dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes fixé deux objectifs. Il s'agit d'abord de décrire le contexte de l'action intersectorielle de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel (son historique, sa composition, son fonctionnement, ses réalisations) et ensuite de caractériser la perception des acteurs représentant les différents secteurs de la table quant aux rôles et responsabilités des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale. Ces deux objectifs nous permettront ainsi de répondre à notre question de recherche énoncée de la manière suivante : « quelle est la perception des acteurs représentant les différents secteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel quant aux rôles et responsabilités des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale ? ».

Pour ce faire, les résultats sont présentés suivant trois sections à partir des paramètres identifiés dans le cadre conceptuel. Dans un premier temps, nous décrivons le contexte de l'action intersectorielle de la table Enfance Famille en présentant son historique. Dans un second temps nous présenterons la nature de l'action intersectorielle de la table suivant deux continuums : le type d'action concertée incluant les stratégies mises en œuvre et le type d'acteurs. Ces deux sections sont tirées en grande partie de la revue des documents officiels de la table. Et en troisième lieu, nous présenterons les principaux constats qui se dégagent de l'analyse des entrevues avec les répondants² par rapport à leur perception sur les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale. Cette stratégie nous permet de proposer une interprétation sur la compréhension que nous avons de la manière dont les acteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel perçoivent les rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale.

² Pour des raisons de confidentialité, le masculin sera utilisé à chaque fois qu'on aura à citer un répondant.

5.1 Historique de la table de CAEF

Se mettre ensemble pour mener des actions visant à améliorer le bien-être de sa communauté est une priorité pour les citoyens du quartier de Saint-Michel. C'est dans ce contexte que des habitants de ce quartier depuis plus d'une vingtaine d'années se concertent, se mobilisent pour répondre aux besoins de la population michéloise à travers une Table de quartier dénommée « Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) ». Créé en 1991, issu du mouvement Villes et Villages en santé, Vivre Saint-Michel en santé est un mouvement de concertation intersectorielle et multi réseaux qui réunit des citoyens, des organismes communautaires, des institutions et des gens d'affaires de tout le quartier Saint-Michel afin de définir et de promouvoir ensemble des priorités d'action visant l'amélioration de la qualité de vie du quartier et le développement social et économique de sa population. La Corporation regroupe douze tables de concertation de partenaires à travers lesquelles la communauté s'implique. On distingue les concertations : Aînés, Alimentation, Aménagement urbain, Culture, Enfance Famille, Emploi-employabilité, Habitation, Jeunesse, Participation citoyenne, Réussite éducative, Sécurité et Sport-loisir.

La Concertation Enfance-Famille (CAEF) est née le 18 juin 1996. Cette initiative provient du groupe de travail 1, 2, 3 GO ! Saint-Michel, du volet intersectoriel de « naître égaux et grandir en santé » et de VSMS qui constate que les mêmes organismes sont sollicités aux réunions respectives des deux projets. De plus, on dénote l'absence d'une table de concertation dédiée spécifiquement à la petite enfance. Les organismes préoccupés par la petite enfance reçoivent donc favorablement la proposition de créer la CAEF qui sera rattachée à VSMS. Depuis sa création, la concertation a mis au centre de ses préoccupations le bien-être des tout-petits, des parents, des familles et vise à développer une vision commune de quartier qui se traduit dans différents projets entourant la préparation des enfants à l'école, le renforcement des compétences parentales ainsi que celles des intervenants et la mise en place de différentes initiatives pour que le quartier soit propice à la vie familiale (projet Femmes relais visant l'intégration des familles immigrantes, diverses fêtes telles que la Semaine québécoise de la Famille, etc.). En 2013-2014, c'est la 4^e planification de CAEF, une harmonisation des actions, qui s'intègre dans la planification stratégique du quartier Saint-Michel, dans la priorité Réussite éducative, Qualification et Emploi. Les projets prennent de la maturité et s'intègrent

dans le quartier par la mobilisation et l'implication des partenaires (Jouer c'est grandir !, Les Relevailles, Bonjour Famille, etc.).

Mission et rôle de la table de CAEF

Comme nous l'avons déjà souligné, la table de concertation Enfance Famille n'est pas une structure à part entière. C'est une concertation de partenaires dans la Table VSMS. Ces partenaires sont issus d'organismes communautaires, de compagnies privées, d'institutions publiques/privées, et des citoyens du quartier. Étant un sous-système de la table de quartier VSMS, la mission de la table de CAEF correspond à celle de la grande table VSMS qui est énoncée de la manière suivante dans tous les documents officiels de la table et sur le site internet de la table de quartier VSMS :

« Issue du mouvement Villes et villages en santé, Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) est une concertation intersectorielle et multi réseaux qui réunit des citoyens, des organismes communautaires, des institutions et des gens d'affaires de tout le quartier Saint-Michel afin de définir et de promouvoir ensemble des priorités d'action visant l'amélioration de la qualité de vie du quartier et le développement social et économique de sa population. VSMS regroupe plusieurs concertations à travers lesquelles la communauté s'implique. »³

Partageant cette même mission, chaque table de concertation a toutefois son propre rôle. Sur le site internet de la table de quartier VSMS, le rôle de la table de concertation Enfance Famille est ainsi formulé :

« Regrouper les organismes, les écoles et institutions qui veulent s'engager dans des projets axés sur le soutien et la mise en place de services pour les enfants de 0-8 ans, leurs parents et les familles du quartier, dans les différentes étapes de vie (« de la grossesse à l'entrée à l'école »). Cette concertation travaille aussi sur des objectifs communs avec la concertation Jeunesse (maturité et persévérance scolaire). » (VSMS, 2017).

³ Rapport d'activités VSMS 2016-2017

5.2 Nature de l'action concertée Enfance Famille

La nature de l'action concertée est représentée à partir de deux continuums : a) Le type d'action concertée y compris les stratégies d'action mises en œuvre pour atteindre les objectifs fixés et b) le type d'acteurs.

5.2.1 Type d'action concertée de la table de CAEF de Saint-Michel : Un partenariat en progression

Au cœur du quartier de Saint-Michel, plusieurs dossiers priorités par les acteurs du milieu interpellent et mobilisent les organismes communautaires aussi bien les institutions publiques ou privées : la famille et la petite enfance, la sécurité alimentaire, le logement, le soutien à la persévérance scolaire des jeunes ainsi que la participation citoyenne. Les acteurs du quartier se mobilisent pour offrir des activités répondant à des pratiques de développement social et économique des enfants et de leur famille dans le quartier de Saint-Michel. Les résultats nous laissent croire que cette mobilisation des acteurs crée une forme de partenariat ancré dans le milieu et en constante évolution. Nous utilisons ce terme partenariat en tenant compte du discours des répondants, l'un d'entre eux affirme : « *nous misons beaucoup sur le partenariat et sur la table* ». Les résultats révèlent que cette liaison entre les acteurs du milieu est la source d'actions communes négociées. Leurs objectifs partagés se consolident par une série de négociations mêlées de gains et de compromis, reflétant un équilibre entre une série de contraintes et d'opportunités. En dépit de tout, ces acteurs travaillent ensemble, conjuguent leurs efforts en maintenant des rapports égaux. Ils font preuve d'écoute, partagent et respectent leurs opinions, connaissances et différences réciproques. Ce partenariat semble être fondamental pour la mise en œuvre des actions concertées puisqu'il assure la pérennité des services dans le quartier de Saint-Michel, la consolidation des liens entre les organismes communautaires et le CIUSSS. Ce faisant, il favorise le développement social des enfants et de leur famille. Il est aussi la base de la création de nombreux liens qui renforcent les interconnexions entre tous les acteurs du territoire.

Stratégies d'action concertée mises en œuvre

Nous avons identifié trois formes de stratégie d'action concertée que les acteurs de la table de CAEF de Saint-Michel mettent en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. Il s'agit de la mise en réseau, la coordination, la coopération.

5.2.1.1 La mise en réseau

Ce partenariat qui réunit différents secteurs d'activités du quartier de Saint-Michel crée une forme de mise en réseau qui permet à la population, surtout les nouveaux immigrants et les familles isolées, d'avoir un accès rapide à diverses ressources du quartier. La création de cuisines collectives, de maison de jeu pour les enfants et leurs parents, de prêt de jeu, la création de divers outils de communication tels que la carte ressource, le carnet « En route avec bébé » et les capsules vidéo, la réalisation de divers ateliers de formation, sont autant d'actions sociales ou de promotion de la santé issues de la mise en réseau des partenaires de la table de CAEF. Faciliter l'intégration des immigrants, promouvoir la santé des tout-petits et de leur famille demeure une priorité pour les acteurs de la table de CAEF. L'équipe reste persuadée qu'un parent qui tisse un premier lien avec un organisme de son quartier afin de répondre à un besoin spécifique aura aussi la chance de rencontrer d'autres parents et ainsi bénéficier d'un réseau de soutien social important. Dans ce contexte, les partenaires de la table s'investissent dans la mise en œuvre de stratégies concertées afin de favoriser la mise en contact des familles avec enfant 0-5 ans avec le plus grand nombre de ressources disponibles avant l'entrée scolaire du tout-petit. Cette mise en réseau est efficace à plusieurs niveaux puisqu'elle est bâtie non seulement pour permettre aux partenaires de partager des informations et leurs expériences, mais aussi elle leur permet de répondre au développement et à l'épanouissement de l'enfant avec ses parents et l'ensemble des ressources de sa communauté pour le soutenir et l'accompagner. Quelques répondants témoignent :

« Ben je n'ai jamais travaillé autrement, pour moi c'est juste normal que tout le monde travaille ensemble les organismes, le scolaire, l'institutionnel, les milieux de garde, on a tout accès à de l'information puis à des ressources qui sont très

différentes, mais qui sont très complémentaires aussi, quand on a une concertation qui fonctionne bien, qui a tous ces réseaux-là, c'est sûr que les partenariats sont plus faciles, ils collaborent mieux puis au bout du compte ça aide la communauté puis les familles aussi, j'avoue moi je travaillerais pas autrement, que je travaille tout seul dans mon coin ça ne me donnera pas accès à tout ce qui est disponible comme ressource dans le quartier ».

« ... Une amélioration de la santé de l'enfant et des nourrissons passe par les programmes, puis les ressources que l'on trouve autour de cette table-là... »

« La carte ressource utilisée par tous les organismes du quartier permet aux utilisateurs de connaître leur emplacement géographique sur une carte, par exemple ils peuvent avoir un numéro de téléphone, une adresse, puis sur la carte localisée ou est-ce que ça situe dans le quartier, tsé quelqu'un qui habite ici et qui a besoin de l'aide alimentaire ne va pas nécessairement dans le quartier populaire pour plus loin, il va savoir qu'il y a mon resto qui est plus proche ou tsé quelqu'un qui a besoin d'aller dans l'ouest qui veut avoir un atelier de simulation ben y ira pas à mon resto, il va aller à Joujouthèque, il va voir que le projet se donne dans 6 organismes puis il va trouver que celui est plus proche... »

5.2.1.2 La Coordination

Au sein de la table de CAEF, la coordination est très développée. Dans un contexte de planification harmonisée, la concertation Enfance Famille et ses partenaires collaborent à la mise en œuvre du plan de quartier pour le développement global des enfants de Saint-Michel et leur famille⁴. Leur action concertée se focalise selon un continuum de ressources et de services, d'opportunités, de participation citoyenne pour les familles et de couverture des besoins et des transitions (transition de la garderie à la maternelle, du primaire au secondaire, puis du secondaire à l'emploi et aux études supérieures). Pour faciliter la coordination des activités, les acteurs de la table de CAEF élaborent des plans d'action qui s'étendent sur une période de quatre ans dont le plus récent est celui de 2014-2018 (Concertation Enfance Famille de St-Michel, 2014). Cette planification 2014-2018 de la table de CAEF axée entièrement sur le développement global des enfants de Saint-Michel et de leur famille, est en lien avec les priorités de la planification stratégique du quartier de Saint-Michel. Cette dernière regroupe six priorités sectorielles de quartier sur la période de 2014-2018 :

⁴ Voir plan de quartier en Annexe 4

l'habitation, l'aménagement urbain et la sécurité, les sports et loisirs, la culture, la réussite éducative, qualification et emploi et l'alimentation. La planification Enfance Famille s'inscrit dans les travaux de la priorité réussite éducative, qualification et emploi, plus précisément dans leur axe maturité et persévérance scolaire.

Sur le plan structurel, il existe un conseil d'administration (CA) qui régularise les activités de toutes les tables⁵. Au sein de la table de CAEF, il n'existe pas de lien hiérarchique, la chargée de concertation est la gardienne du plan d'action, elle coordonne les activités de la table et anime les rencontres avec le soutien technique de l'organisateur communautaire (OC) du CLSC. Chaque projet du plan d'action a un comité de suivi composé de partenaires impliqués dans le projet. Ce comité se réunit trois à quatre fois par année en fonction du projet. Il n'y a pas un organisme qui coiffe un autre. Ce sont tous des organismes autonomes sur le plan opérationnel. Ils sont structurellement liés les uns aux autres à travers cette forme de concertation qui les rend réciproquement interdépendants. Ils sont au même niveau et travaillent en complémentarité pour répondre aux besoins de la communauté comme l'affirment ces répondants :

« hum... chacun a sa mission de base, donc on est là pour réaliser nos missions, on essaie de travailler en collaboration, en complémentarité ».

« On est la autour de la table, on est tous des partenaires et puis n'y en a pas un qui a un rôle de chef et l'autre de subalterne, on est au même point. »

Toujours en lien avec la coordination, les résultats révèlent que dans la mise en œuvre des actions concertées, les acteurs distinguent parmi eux ceux qui sont porteurs de projet et ceux qui en sont partenaires. Ces derniers assurent la mise en œuvre conjointe avec l'organisme porteur. Un organisme porteur d'un projet comme son nom l'indique amène le projet sur la table, reçoit le financement et en assure la gestion. Tandis que les autres organismes qui participent à sa mise en œuvre sont considérés comme étant des partenaires du projet. C'est le cas par exemple du projet « Jouer c'est grandir » résumé en annexe 5. La Joujouthèque de Montréal en est le porteur et d'autres organismes y participent. Les répondants ont souligné qu'autrefois, dans le souci de bien coordonner les activités de la table et d'appuyer la chargée de concertation, les partenaires avaient mis sur pied une structure appelée comité de

⁵ Voir structure hiérarchique annexe 3

coordination (COCO). Ce COCO était composé de partenaires issus de la table de CAEF. Les membres venaient en support à la chargée dans certaines de ses tâches par exemple le suivi du budget, la préparation, la co-animation si besoin des rencontres plénières de la table. Malheureusement, certaines vicissitudes survenues dans le fonctionnement du COCO ont poussé les acteurs à abolir cette structure depuis le mois de juin de l'année 2016. Actuellement, ils sont en réflexion en vue d'arriver à une meilleure façon de faire. Ces contraintes étaient surtout liées à la fréquence des rencontres entre les mêmes membres et la répétition des messages au même groupe de personnes. Un répondant explique :

« y avait un comité de coordination, mais on l'a comme abolit le COCO, l'affaire c'était que des fois y avait 12 personnes dans la concertation puis on est 7 sur le COCO ça veut dire qu'on a toujours deux mêmes rencontres, par exemple moi j'avais toujours 2 mêmes rencontres... c'est ça donc le COCO se réunissait avec la chargée heu faisait un suivi plus serré du budget, prépare la rencontre suivante, donc si y avait de l'animation on pourrait coanimer les rencontres, donc si par exemple on voulait parler de pérennisation des projets donc ce thème-là, on la parle d'abord en COCO, on gardait la documentation qu'on avait pis ben on préparait la rencontre avec la chargée puis on la coanimait selon nos intérêts aussi »

Toujours dans le même ordre d'idées ce même répondant ajoute :

« Mettons qu'on avait 7 rencontres pour la concertation, y avait 7 ou 8 du COCO parce que y a la rencontre bilan, la rencontre pour la nouvelle année, la rencontre spéciale si jamais il y avait quelque chose qui bougeait... en plus des rencontres du comité de suivi, en plus de nos rencontres, on se voyait, y a des fois on se voyait 4 fois par semaines ».

5.2.1.3 La Coopération

La coopération est une forme de stratégie qui semble fortement développée au sein de la table de CAEF. Pour mettre en œuvre leurs projets, les acteurs de la table conjuguent leurs efforts au quotidien en valorisant et en favorisant la mise en commun des ressources et les expertises comme l'affirme ce répondant :

« Pour nous la table c'est plus que ça, c'est un échange d'expertise, un soutien, un endroit pour défendre les autres, tsé, en quoi ils peuvent nous aider, c'est un ajout

dans tout ce qui peut nous aider auprès de notre clientèle. C'est un échange d'expertise en fait, pour moi la table c'est ça, c'est la coopération de tous les secteurs au bien-être des bénéficiaires ».

Cette coopération entre les acteurs favorise la bonne marche des activités intersectorielles, renforce le partenariat entre les acteurs ainsi que leur engagement pour le développement social et économique des conditions de vie des familles dans le quartier. D'une manière générale, les acteurs reconnaissent que la force de cette table ainsi que la réalisation des projets intégrés résident sans aucun doute dans cette forme de coopération de tous les secteurs qui composent cette table. En effet, la communication ainsi que la capacité de s'entendre et de s'adapter à la réalité et aux contraintes diverses caractérisent et renforcent la collaboration intersectorielle. Leur discours est cohérent quant aux bienfaits de cette coopération qui est d'une grande contribution dans les réalisations de la table. Conscients de ces bienfaits et soucieux de leur cohésion, les acteurs croient en leur action concertée et la coopération entre les divers secteurs pour développer des actions porteuses et structurantes pour améliorer les conditions de vie des gens de Saint-Michel et faire une différence dans ce quartier. Ces idées font écho aux propos de ce répondant :

« ... tsé c'est que nous comme on est en concertation, ça, c'est notre mission, on est toujours le plus près possible des besoins des familles... pis ça va de soi qu'on coordonne ce qu'on fait avec ce qui est fait dans le quartier, qu'on coopère d'ailleurs c'est la base même d'une concertation. Dans le fond on essaie de travailler en complémentarité pis de s'impliquer aux endroits où on peut faire de plus grande différence, on travaille dans plusieurs projets collectifs concertés parce qu'on peut apporter notre expertise, nos préoccupations au bien-être de la population... »

5.2.2 Types d'acteurs

Dans cette section, c'est la représentativité des acteurs en qualité et en nombre qui est explorée. Confrontés à la question du nombre de secteurs ou d'acteurs qui composent la table, les répondants n'étaient pas en mesure de fournir une réponse exacte. Si pour certains ce nombre est autour de 40 pour d'autres, il peut s'agir de 20 environ. « *Ils sont plusieurs membres... combien de membres ? Là, je ne peux pas vous dire... heuu je dirais y doit avoir à*

peu près 40 organismes qui peuvent être membre, mais des membres actifs qui viennent en concertation, je dirais ils sont autour de 15 ou 20 » explique un répondant. Toutefois, conscient de cette situation, les acteurs, depuis quelque temps se sont lancés dans un processus de révision de leur effectif au sein de la concertation comme nous l'explique ce répondant :

« ... y en a beaucoup, en fait on était tous en processus de revoir le membership on avait quand même mis un moratoire là-dessus, mais je peux peut-être pas donné un nombre, y a peut-être des services de garde que je sais pas, tsé y avait beaucoup, beaucoup de monde au départ, mais y a une espèce de noyau d'une vingtaine de personnes, d'organismes, le CIUSSS, un ou deux CPE, organismes communautaires, bibliothèque, je te dirais qui y a entre 20 et 30 ce noyau. Le reste ben ça se peut que ce soit dans les papiers 60-70 ».

Dans ce contexte, il n'est pas évident de fournir un effectif exact sur le nombre d'acteurs siégeant sur la concertation, *« Je pense qu'il y avait une quarantaine qui assistait régulièrement aux réunions, mais le membership total a été travaillé l'année passée par le comité de coordination »*, rapporte un autre intervenant de la table. Après plusieurs réflexions sur la question, le constat retenu dans le cadre de cette recherche est que la table est composée d'une quarantaine d'acteurs dont seulement 15 à 20 sont des membres actifs. Ce constat fait écho aux propos de ce répondant : *« Ouais c'est ça sur les 40 membres qui reçoivent les informations, il y en a peu près 15 qui viennent aux rencontres, 15 et 20. Puis ces membres-là sont principalement des organismes communautaires et la santé publique. »*

En termes de qualité d'acteurs, les résultats révèlent que la concertation Enfance Famille de Saint-Michel est un groupe de travail composé de partenaires du quartier venant de divers horizons : représentants d'organismes communautaires, compagnies privées, institutions et/ou citoyens. Ces partenaires décident ensemble des actions à mener pour répondre aux besoins du quartier. Un répondant nous explique :

« Y a toute sorte de membres en fait, heu y a des bailleurs de fonds, y a des représentants de la santé publique, des organismes communautaires, heu y a des gens de l'arrondissement parce qu'à VSMS on est un organisme intersectoriel et multi réseaux, donc l'intersectorialité c'est qu'on travaille aussi en alimentation, en logement et puis multi réseaux c'est qu'il y a des gens de l'arrondissement, de la santé publique, idéalement il y a des représentants de la politique, etc. donc heu voilà. »

Parmi les organismes communautaires nous comptons la Maison d'Haïti, la Maison de la Famille Saint-Michel, le Relais des jeunes familles, les Femmes-Relais de Saint-Michel, la Joujouthèque de Saint-Michel, Mon Resto Saint-Michel, le Centre de la petite enfance Le Camélia, le Centre de la petite enfance Lieux des petits de Saint-Michel, la Santé publique représentée par le CIUSSS du centre de l'est de l'île de Montréal. Cette diversité partenariale puise sa force dans le partage d'une finalité commune, c'est-à-dire répondre aux besoins des familles du quartier de Saint-Michel. En effet, comme l'affirme ce répondant « ... *Une table où on peut dire la concertation est au centre des intérêts... on a tous une vision commune c'est de répondre aux besoins des familles* ». Cette reconnaissance au niveau de l'objectif commun permet aux acteurs de la table de travailler continuellement ensemble dans une ambiance d'harmonie apparente. Ainsi, dans le but d'illustrer comment ces acteurs opérationnalisent leurs projets concertés, nous présentons un résumé de divers projets de la table dans un encadré à l'annexe 5. Ce dernier fait objet de la revue des documents officiels de la table.

5.3 Principaux constats

Dans cette section, nous présentons deux principaux constats qui découlent de l'analyse des données d'entrevue avec les répondants de la table Enfance Famille sur les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une concertation intersectorielle locale. Le premier constat est une absence de définition et de formalisation des rôles et des responsabilités du secteur de la santé au sein de la concertation. Le deuxième constat qui se dégage découle de la formulation des principaux rôles que les acteurs perçoivent pour le secteur de la santé au regard de sa contribution quotidienne dans la concertation. Ce sont 1) un rôle de soutien technique et financier 2) un rôle d'évaluateur interne et 3) un rôle d'agent de liaison et de porte-parole. En outre, les résultats font état des conditions favorables et non favorables qui ont été soulevées par les répondants au développement de la concertation intersectorielle.

5.3.1 Premier constat : Absence de rôles

Comme il est aussi mentionné dans la revue de littérature, certains auteurs ont tenté de proposer quelques rôles que le secteur de la santé pourrait jouer dans une action intersectorielle, cependant une typologie de ces rôles et responsabilités n'est toujours pas clairement définie au sein des concertations. Ce constat ne semble pas différent au sein de la table de concertation Enfance Famille si l'on se base sur les réponses obtenues. Aucun répondant n'était en mesure de définir clairement les rôles et les responsabilités du secteur de la santé dans la concertation ou de citer un document décrivant formellement ces fonctions. Le constat retenu est une absence de définition et de formalisation des rôles et des responsabilités pour le secteur de la santé dans le cadre de la concertation Enfance Famille de Saint Michel. Toutefois les répondants étaient tous conscients que la non-définition de ces tâches pourrait être un obstacle à la collaboration intersectorielle et restait un manque à gagner pour le bon fonctionnement de la table. Quelques-uns expliquent :

« Pour moi heu non, je ne sais pas pour les autres, pour moi les rôles ne sont pas définis, je pense qu'on a tous une responsabilité et c'est la même. Je pense que le rôle de la table c'est de transférer des connaissances pour une autonomie et une prise en charge de chaque organisme par rapport à la santé. S'il y a des gens qui le voient différemment moi je le vois comme ça ». « Ouais, je pense au niveau structurel ce n'est pas clair, je ne sais pas si c'est négligence, mais il y a... la politique justement intersectorielle ce n'est pas encore défini... »

« ... Je ne sais pas si je dois parler de désintéressement, mais je pense que... heuu en termes de constat je trouve comme un manque au niveau de... du CLSC, je ne sais pas si c'est le remaniement institutionnel, mais les gens changent beaucoup hmmm des fois c'est pas clair la collaboration, à qui s'adresser autre que cette personne-ressource, qui appeler, je trouve dans ce contexte, je ne peux même pas parler de désintéressement, je peux dire y a des lacunes ou comment je peux dire ça, ce n'est pas clair la collaboration, on sait qu'il faut aller vers, mais un partenariat bien défini, qui fait quoi ? Quand le faire, par qui et pourquoi ? Je ne pense pas que ça se sent là maintenant. »

5.3.2 Deuxième constat : Rôles perçus pour le secteur de la santé

L'analyse des données mène au constat que le secteur de la santé au sein de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel joue **trois principaux rôles**.

5.3.2.1 Rôle de soutien technique & financier

Selon les répondants, le secteur de la santé joue un *rôle de soutien technique et financier*. Ceci s'explique par le fait que le secteur de la santé, à travers son représentant, vient en support à la chargée de concertation dans la réalisation des activités de la table. Il l'aide à préparer les rencontres, à animer les réunions et appuie la chargée lors de la réalisation des grands événements de la table comme le confirme ce répondant : « *quand la grande table se réunit, c'est l'OC qui va le faire, avec la chargée. Mais ce n'est pas lui qui prend les notes, lui il participe aux discussions souvent, mais si jamais il y a une animation ou un portrait c'est lui qui va le faire souvent.* » Il a également un droit de regard au flux d'information, de bien ou de services orientés vers la population, il veille régulièrement au bon déroulement des projets de la table et participe dans les prises de décision. Un répondant explique : « *... Puis son rôle en fait, c'est surtout de soutenir la chargée de concertation donc c'est soit lui qui va faire les présentations avec elle, si on a quelque chose à animer c'est plus lui qui va le faire parce que moi j'ai aussi mon rôle de partenaire à jouer...* ». Toujours pour affirmer ce rôle de soutien technique, un autre répondant avance ceci :

« Ouais l'organisateur communautaire vient en support à la chargée de concertation Enfance Famille. Il n'agit pas directement sur le terrain, il est en soutien à la structure, il est en soutien au processus, la chargée s'occupe du plan de quartier, elle s'assure quelle planification qui a des objectifs qui sont atteints avec l'appui de l'OC, ce dernier est aussi en lien avec les évaluations externes, ce sont là le rôle de l'OC. »

Le soutien financier se manifeste dans le cadre du financement de la santé publique accordé à certains projets de la table.

5.3.2.2 Rôle d'évaluateur interne

Les répondants rapportent que le secteur de la santé au sein de la table joue également **un rôle d'évaluateur interne**. Ce dernier est justifié par le fait que *le CLSC « joue le rôle de faire les évaluations au niveau interne avec ses ressources pour pouvoir alimenter justement la table »* nous explique un répondant. La présence du secteur de la santé est très significative dans l'évaluation des stratégies à mettre en œuvre pour atténuer les inégalités en santé dans le quartier de Saint-Michel. Dans son appui à la table, il vérifie constamment si les objectifs fixés en matière de santé sont atteints, si les services offerts atteignent les personnes ciblées et améliorent leur condition. Le secteur de la santé a la responsabilité de fournir des données probantes à l'appui des activités et des pratiques prometteuses. De plus, il veille sur les aspects sanitaires de dossiers complexes dirigés par d'autres secteurs, s'ils sont bien définis et abordés. Le secteur de la santé participe activement dans la réalisation des activités de sondage faites dans le quartier sur la satisfaction de la clientèle, il valide les questionnaires d'enquête, les capsules de vidéos pour la communication des messages en matière de promotion de la santé. Un répondant explique :

« Le secteur de la santé a toujours un regard sur les activités de la table, il veille à ce que les projets la arrivent à répondre aux besoins définis au départ, arrivent à toucher la population et qu'ils donnent aussi des résultats concrets, à ce moment-là je dirais, ils sont responsables des résultats je dirais, à ce moment-là ils vont nous, je ne dirais pas nous coacher, mais nous encadrer, nous évaluer... je pense, là ce serait les rôles. »

5.3.2.3 Rôle d'agent de liaison et de porte-parole

Troisièmement, le secteur de la santé joue aussi un **rôle d'agent de liaison et de porte-parole**, par l'intermédiaire de l'organisateur communautaire du CIUSSS présent sur la table. Ici la principale motivation est la transmission de l'information. Selon les répondants, la communication entre le secteur de la santé publique et les organismes communautaires passe par l'organisme communautaire qui fait le pont entre ces deux entités, un répondant explique :

« Ben... moi je dis ça dans ma tête, je dis ça pour moi le rôle de l'organisateur communautaire qui fait à mon sens le pont avec les services de la santé, les services communautaires, c'est la personne un peu pivot, donc heuu l'OC est toujours là, pour jouer ce rôle de pivot là, il est très présent, très impliqué dans le développement des projets, dans le lien entre le CIUSSS et VSMS, etc. ».

Dans son rôle d'agent de liaison et de porte-parole, le secteur de la santé à travers son OC communique à la table les informations concernant les directives sanitaires en matière de santé publique. C'est à lui également de fournir au besoin des informations ou des mises à jour statistiques sur le plan sanitaire comme nous rapporte ce répondant :

« Tout ce qui est des statistiques, des données, c'est sûr qu'on va se retourner vers lui pour dire hé dans ton système de CIUSSS ou ton système de santé qu'est-ce que tu peux nous fournir là-dessus ? tsé je pense que c'est plus accessible pour lui, ben des fois il joue ce rôle-là, un peu de contenu de nous sortir de l'information qu'on n'aurait pas trouvée, fait que je le vois comme ça aussi. »

De même, il communique des informations sur les aspects financiers, qu'il s'agisse de changements, d'allocations ou de réallocation, de coupures et toutes autres décisions prises par les hauts-cadres de la santé publique. *« C'est cette personne-là qui fait le lien par rapport à la question financière, par rapport aux décisions administratives, les règlements, les changements internes »*, précise un répondant. Citons en exemple les projets financés par le Service intégré en périnatalité et de la petite enfance (SIPP). Ce dernier est un financement de la santé publique qui va dans les organismes communautaires, quand ces derniers doivent recevoir les montants qui leur sont alloués, c'est à travers l'OC que les communications se font généralement. *« C'est le CIUSSS qui mettait le chèque et c'est l'organisateur communautaire qui appelait pour dire et toi tu fais ton bilan, puis c'est lui qui venait pour donner les recommandations du comité de sélection »*, confirme un répondant.

« C'est cette personne-ressource qui nous dit : écoutez, ça va être ça, ça va être ça. Le financement du SIPP c'était toujours par le CLSC, mais c'est lui, l'OC qui nous a dit voici l'enveloppe maintenant pourquoi on a coupé, pourquoi on a coupé, pourquoi on a augmenté, des fois on a bonifié, des fois on a indexé des montants pourquoi, etc. » ajoute un autre répondant.

C'est aussi, au représentant du secteur de la santé que revient la responsabilité de faire remonter les informations venant des organismes communautaires aux responsables de la santé publique. Les organismes communautaires étant la porte d'entrée de la population, les

premiers contacts entre celle-ci et le CLSC le plus souvent, passe par les organismes communautaires qui sont sur le terrain et de ce fait sont plus proches des individus. Toutes les plaintes, les doléances de ces derniers passent par les organismes qui eux-mêmes les discutent en concertation et arrivent aux responsables de la santé publique grâce à la présence active de leur représentant au sein de la table.

5.3.3 Conditions favorables et non favorables à la concertation

La recherche a été toutefois très attentive aux rapports d'influence qui existent entre les partenaires. Les répondants se sont vivement exprimés sur cet aspect. Les résultats ont montré que les affinités, les intérêts individuels ou partagés, ainsi que les relations respectives entre les partenaires constituent des conditions favorables au développement et au maintien de la concertation. Les partenaires reconnaissent que leurs dispositions personnelles, la présence d'un lieu commun, le fait de partager des idées et des façons de faire sont des avantages liés au bon fonctionnement de la table. En effet, les témoignages recueillis lors des entrevues nous laissent à percevoir que les partenaires de la concertation ont une reconnaissance très grande de l'implication, de l'engagement et de la motivation des acteurs au service de la population. Ils mettent l'accent sur le fait que la concertation est une bonne façon d'agir pour mieux répondre aux besoins d'une communauté vulnérable comme celle de Saint-Michel. Ces propos de quelques répondants en témoignent :

« La concertation enfance famille est une concertation avec une présence forte dans le quartier ».

« ... avec la naissance de ces tables-là, on prend conscience des problématiques et on travaille à pouvoir améliorer en fait la qualité de vie de ces citoyens-là et étant présent dans le quartier depuis heu une vingtaine d'années je peux témoigner en fait du progrès à ce niveau-là »

Le fait pour ces partenaires de se réunir autour d'une table de concertation agit comme catalyseur pour diffuser de l'information, pour convenir de priorités d'actions pour le quartier et pour mettre à profit le travail d'équipe et les compétences disponibles afin d'offrir un service adéquat et pérenne comme l'affirme ce répondant :

« Ben la table de CAEF, à mon avis encore, c'est une table très fonctionnelle, je dirais c'est des gens qui travaillent ensemble depuis longtemps qui ont une dynamique établie, qui travaillent beaucoup pour le quartier, qui font de grandes réflexions collectives. Ce sont des gens qui sont habitués qui travaillent en concertation, donc heuu... je dirais ça paraît..., je dirais c'est un historique, c'est une table rodée efficace et puis qui heuuu réfléchit beaucoup, y a beaucoup de processus d'évaluation externe, de projets, du plan d'action ouais... Y a eu différents projets mis en branle et à mon sens ce sont des projets exemplaires de concertation ».

À cet effet, les acteurs de la table de concertation Enfance Famille donnent la perception d'être bien impliqués dans un bel exemple de pratique intersectorielle et prouvent leurs capacités à favoriser le développement social et la mise en œuvre de nouvelles politiques publique en dépit des situations complexes dans lesquels ils peuvent se retrouver.

Par ailleurs certaines conditions non favorables ont été également déduites à partir des entrevues. Ces conditions concernent surtout le contexte actuel qu'impose la réforme des services de la santé et des services sociaux. La loi 10 introduit une nouvelle gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux qui s'inscrit en continuité avec la loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et de services sociaux adoptée en juin 2011 (Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, 2014). Cette loi a opéré la fusion de l'ensemble des établissements du domaine de la santé et des services sociaux, dont plusieurs ayant des missions très différentes (Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, 2014). Cette recherche nous a permis également de noter un certain niveau d'inquiétude dans le discours des répondants en ce qui concerne le mode de fonctionnement des organismes communautaires quant aux dérives possibles que pourrait entraîner une telle fusion, notamment la diminution des ressources allouées aux services sociaux et à la prévention. Cette réforme les plonge dans l'incertitude quant à leurs rapports avec certains secteurs de la table, notamment le CIUSSS. Ils se trouvent dans l'inconnu en ce qui a trait à la place que le CIUSSS pourrait éventuellement prendre au niveau de leur gestion. Beaucoup pensent que cette réforme a causé et continuera de causer pas mal de changement dans leur façon de faire. On cite à l'appui ces affirmations tirées du discours des répondants :

« Justement avec toutes les réformes, les réflexions, les fusions qui ont eu lieu dans la santé publique, ça a changé un peu la donne. »

« Heu y avait d'autres gens aussi qui siégeaient avant sur la concertation, est ce qu'ils vont siéger encore parce que maintenant il y a des fonds qui ne transigeront plus par la santé publique... qui partent de la santé publique qui avant passait par le CIUSSS et qui allaient aux partenaires, maintenant le CIUSSS ne sera plus un intermédiaire, mais partira de la santé publique, passeraient par la table de quartier et iraient aux organismes communautaires. Donc est-ce que les gens du CIUSSS vont être aussi présents à la table ? Je ne sais pas. »

« C'est beaucoup plus facile avant, tsé avec tous les changements... on faisait une tournée de quartier avec le CLSC, c'est le CLSC qui nous prêtait l'autobus, y avait une organisatrice qui faisait la tournée avec nous, qui expliquait, pis avec toutes les modifications, les changements, ça se fait plus parce que le CLSC s'est éloigné de nous peut être un peu »

« Parce que les gens étaient beaucoup sur le terrain, y avait un lien plus fort entre les intervenants et les organismes communautaires et puis les intervenants qui sont en santé, puis, mais ça se brise un peu avec cette fusion-là. »

« ... Il y a eu pas mal de changement au niveau du CIUSSS, mais y a une panique qui est quand même une nouvelle façon au niveau de financement qui va se faire »

Nonobstant ces conditions peu propices qu'engendre la nouvelle loi depuis ces deux dernières années, et malgré toutes ces situations d'incertitude, ceux-ci ne mettent pas pour autant le partenariat en péril. Certains organismes communautaires restent tout de même confiants et pensent que toutes ces difficultés rencontrées sont des opportunités d'évolution, car elles leur permettent de réfléchir sur de nouvelles stratégies de collaboration et de réactualiser certaines pratiques afin de mieux faire ce qu'ils faisaient avant et de rester ensemble, comme l'affirme ce répondant avec conviction :

« Moi je pense que ça ne serait jamais né si on n'avait pas eu ces difficultés là, tsé comme là je me rappelle les premières discussions qu'on a eues c'est parce qu'on perdait les coupons olo, coupon pour maman en grande vulnérabilité, c'était donné avant par les intervenant de deux groupes bedondaines qui sont à mon resto puis maison d'Haïti. Puis à un moment donné dans la restructuration, ça été dit non c'est un acte médical, ce sont les infirmières qui donnent les vitamines, mais là ce sont les infirmières qui vont donner les coupons, donc là on a dit oops on... passerelle,... les coupons puisqu'à ce moment-là il y a du stress, on peut plus avoir le lien tsé avec ces familles vulnérables qui perdent dans le réseau, donc on a dit on crée un outil qui va faire le travail que le coupon faisait parce que ça leur a ouvert à plus large de famille que le bassin olo, puis olo a développé... tsé les organismes ils font des visites olo par 4

organismes du quartier puis ça fait un an qu'ils font... Fait que ça a émané tout ça là dans le fond quand on se retrouve avec tout ça, nous devons gérer du changement, mais ça nous fait voir de nouvelles stratégies, toujours pour travailler ensemble ».

6 Discussion

La présente étude avait pour objectif dans un premier temps de décrire le contexte de l'action intersectorielle de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel, et dans un deuxième temps de caractériser la perception des acteurs de la table par rapport aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale. Considérant les écarts qui existent dans la littérature sur ce sujet, nous avons tenté de présenter quelques rôles que le secteur de la santé pourrait jouer dans une concertation intersectorielle en faveur de la santé, en nous basant sur la perception des acteurs de la concertation Enfance Famille fortement impliqués dans un processus de collaboration intersectorielle avec le secteur de la santé. Pour ce faire, nous nous sommes posé la question suivante : « Quelle est la perception des acteurs de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel quant aux rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une action intersectorielle locale ? »

Dans cette section, nous essayerons de répondre à notre question de recherche en faisant un retour sur les résultats de la recherche. Finalement, nous présenterons les forces et limites de l'étude, suivies d'une conclusion générale.

6.1 Retour sur les résultats

Les résultats de notre projet de recherche au sein de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel révèlent qu'il existe un véritable partenariat entre les acteurs des milieux communautaire et institutionnel. La capacité d'échanges et la réciprocité entre les acteurs participant à cette concertation facilitent la collaboration intersectorielle et assurent la pérennité de l'offre de services aux enfants et de leur famille dans le quartier de Saint-Michel. Ce partenariat ardent et en constante progression est propulsé par le partage d'un but commun, une dynamique de rapport entre les partenaires et une certaine édification d'un mode de fonctionnement plus ou moins formel. Ces derniers sont reconnus comme des caractéristiques essentielles à l'action intersectorielle. L'identification de ces caractéristiques dans le contexte

de la table de CAEF de Saint-Michel représente des conditions favorables au développement de l'action dans ce quartier. De même, certaines conditions non favorables particulièrement liées aux impacts de la loi 10 sur les organismes communautaires ont été soulevées. Toutefois, les acteurs considèrent ces changements comme des opportunités et une source de motivation pour mieux s'organiser et mieux envisager la poursuite de la collaboration entre eux.

Succinctement, les résultats de la recherche démontrent que le secteur de la santé exerce un rôle de leadership qui ne semble pas être contesté par les autres secteurs. Il apparaît que l'action sur les déterminants sociaux de la santé, dans le contexte de la concertation Enfance Famille, implique un leadership du secteur de la santé influençant une vaste gamme de domaines d'activités sociales et de promotion de la santé dans le quartier et une fonction de « 'stewardship' » en soutenant la politique sanitaire et en développant la pratique des autres secteurs comme le soutient également Baum (2009) et ses collaborateurs (Baum, Bégin, Houweling et Taylor, 2009). Cette déduction indubitable de leadership et de stewardship est au cœur de notre compréhension des rôles et responsabilités du secteur de la santé dans une concertation intersectorielle locale, tels que perçus par les acteurs de la table Enfance Famille. De l'avis de tous les acteurs concernés, le secteur de la santé est un partenaire d'appui ou d'influence qui soutient non seulement la chargée de concertation dans ses fonctions, mais aussi les organismes communautaires dans les actions et prises de décision en matière de santé. Il fournit un appui technique et financier pour la réalisation des activités ce qui lui vaut ce premier rôle de soutien technique et financier. Le secteur de la santé est aussi perçu comme un partenaire d'action qui s'implique dans la réalisation des activités sur la base d'échanges, de partages de ressources et de compétences. Il travaille de manière presque systématique et en étroite collaboration avec les organismes communautaires dans l'élaboration d'outils devant servir à promouvoir la santé des enfants et de leur famille dans la communauté. Il joue un rôle d'évaluateur interne qui fournit des expertises pour que les objectifs en matière de santé communautaire soient bien définis. Principal médiateur entre les acteurs communautaires et gouvernementaux, le secteur de la santé de la table est perçu comme un partenaire de liaison et aussi de porte-parole qui assure la transmission de l'information entre le niveau communautaire et la santé publique. Ces résultats corroborent ce que le CCNDS (2012) et l'OMS (2008) suggèrent pour les rôles que le secteur de la santé doit avoir dans une

action intersectorielle pour l'équité en santé en lui reconnaissant un rôle directeur dans la planification et la mise en œuvre d'efforts intersectoriels pour l'équité en santé (CCNDS, 2012; OMS, 2008). La Nouvelle-Zélande abonde également dans le même sens que ces résultants en définissant des rôles de soutien financier pour le secteur de la santé à l'égard des projets d'action intersectoriels, d'évaluateur, de soutien à l'égard d'initiatives communautaires en faisant preuve de leadership (Agence de la santé publique du Canada, 2007a). À la lumière de ces résultats, nous pouvons avancer que le secteur de la santé dans une action intersectorielle locale est perçu comme un partenaire de soutien à la fois technique et financier, un évaluateur interne et un agent de liaison et de porte-parole. Ces rôles font qu'il exerce un leadership et un stewardship remarquable et incontestable dans les initiatives intersectorielles locales dans cette forme de partenariat qu'il développe avec les organismes communautaires de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel. En effet, ces rôles sont corrélés à ceux fournis par le CCNDS (2012) au concept de « leadership » du secteur de la santé (tenue de grandes rencontres communautaires, mise en œuvre du programme, appui technique et financier) dans les initiatives intersectorielles (CCNDS, 2012). De même ces rôles présentent des similitudes avec le concept de stewardship, comme l'envisagent Travis et ses collaborateurs (2002). Ils définissent le stewardship comme « la gestion prudente et responsable du bien-être de la population ». Il influence la manière dont les autres fonctions du système de santé sont entreprises. En outre, il « intègre le système de santé dans la société au sens large » (Travis, Egger, Davies et Mechbal, 2002)

Ces fonctions de leadership et de stewardship accordées au secteur de la santé pourraient s'expliquer par le fait que la production de résultats satisfaisants sur la santé de la population est habituellement assimilée à des améliorations dans le secteur de santé. C'est une conception rudimentaire renforcée par la vision biomédicale dominante de la santé. Ce constat est en accord avec l'étude de Adeleye et Ofili (2010) ayant montré que la collaboration intersectorielle est souvent négligée à cause du manque de capacité du secteur de la santé, tellement enracinée dans la médecine, à collaborer avec les autres secteurs en raison du fait que les stratégies « non sanitaires » sont en dehors du contrôle statutaire du secteur de la santé et que les soins primaires de santé primaires font défaut dans l'agenda des autres secteurs (Adeleye et Ofili, 2010). Toutefois l'attention soutenue portée aux déterminants sociaux de la

santé dans la lutte contre les inégalités en santé depuis plusieurs décennies nous pousse à croire que la santé des populations va au-delà de la disponibilité des technologies de pointe et de la centralisation des services par un seul secteur. Par conséquent, cette tendance de percevoir le secteur de la santé comme chef de file dans les initiatives intersectorielles ayant pour but de promouvoir la santé et de combattre les inégalités sociales est-elle toujours la meilleure? Un changement de perception ne s'impose-t-il pas? Pour que cela se produise, d'autres questions doivent être posées. Quelles sont les assises théoriques qui poussent le secteur de la santé à prendre part aux concertations intersectorielles locales? Comment le secteur de la santé perçoit-il la contribution des autres secteurs dans la lutte contre les inégalités en santé? Comment le secteur de la santé devrait-il jouer ses rôles pour que l'action sur les déterminants sociaux de la santé puisse améliorer l'équité en santé et favoriser le développement des communautés?

6.2 Forces & limites

Forces

La principale force de cette recherche repose sur le fait qu'elle soutient l'importance de la collaboration intersectorielle entre différents secteurs d'activités pour améliorer la santé de la population. Les réponses fournies dans le cadre de cette étude demeurent une contribution à la littérature sur l'action intersectorielle en santé au niveau local. Cette recherche fait ressortir l'importance de la clarification des rapports existant entre le secteur de la santé et les organismes communautaires dans le processus de construction d'une action intersectorielle pour la santé dans un contexte d'autonomie et d'interdépendance réciproque. Elle rappelle également que la définition, la formalisation et la connaissance des rôles et responsabilités pour le secteur de la santé sont fondamentales dans la mise en œuvre des actions concertées pour la santé. Ceci semble, par ailleurs, être un gage de performance pour toute organisation mettant en œuvre des actions intersectorielles. Cette étude indique donc le besoin de creuser davantage cette question.

Limites

Cette recherche toutefois comporte certaines limites. D'abord on aurait pu avoir un plus grand nombre d'entretiens surtout avec le secteur de la santé pour enrichir les données. En effet, il n'y a eu que six entretiens réalisés avec les autres secteurs de la table et aucun avec le secteur de la santé. En outre, bien que nous ayons eu à assister à quelques rencontres avec les partenaires de la table, nous considérons que la recherche aurait pu bénéficier des observations participantes ou non participantes. Ceci aurait pu permettre d'approfondir davantage les réflexions. Entre autres, à l'étape de l'écriture de ce mémoire, les résultats n'ont pas été validés par les acteurs concernés. Ceci s'explique par les contraintes de temps imposés par les délais académiques ainsi que par la réalité de chaque session académique. Toutefois nous souhaitons y remédier dans un avenir très proche. Au début du printemps, nous allons rencontrer les acteurs de la table de concertation Enfance Famille dans le but de communiquer les résultats aux acteurs et de les leur faire valider. Leurs réactions pourront toutefois y être intégrées aux données de ce mémoire avant le dépôt final.

6.3 Conclusions générales

L'objectif principal de cette recherche visait principalement à comprendre les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une action intersectorielle locale en tenant compte du contexte dans lequel se développe cette action. Ce travail exploratoire a permis de comprendre la problématique liée au mode de collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs qui collaborent avec lui dans une perspective de promotion de la santé de la population. En effet, nous pouvons constater qu'il n'existe aucun rôle défini ni formalisé pour le secteur de la santé dans la concertation Enfance Famille de Saint-Michel. Toutefois, les acteurs de la table perçoivent certains rôles qui méritent d'être clarifiés, diffusés et connus tant par le secteur de la santé lui-même et aussi par tous les organismes communautaires qui collaborent avec lui.

La littérature sur le sujet révèle, dans une perspective globale de la santé, que l'action intersectorielle représente une stratégie de plus en plus privilégiée pour implanter des interventions qui ciblent de multiples déterminants de la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2007a; Clavier et Gagnon, 2013b; Fortin et al., 1994; MSSS, 2017; Ndumbe-Eyoh et Moffatt, 2013; OMS, 2008). Les praticiens, les décideurs et les chercheurs en santé publique ont aussi constaté l'importance d'intervenir en amont des problèmes qui affectent l'état de santé des individus qui en fait, dépend d'un ensemble de facteurs qui sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique. Ils reconnaissent que le secteur de la santé à lui seul ne saurait suffire pour atteindre les objectifs en matière de santé et qu'une action concertée entre plusieurs secteurs s'avère nécessaire. La déclaration d'Adélaïde souligne la nécessité pour le secteur de la santé d'apprendre à travailler en partenariat avec les autres secteurs. On y exhorte le secteur de la santé à se tourner vers l'extérieur, à s'ouvrir aux autres et se doter des connaissances, des compétences et du mandat politique nécessaire (OMS, 2010). Bien que le secteur de la santé se soit engagé avec d'autres secteurs dans de pareilles initiatives, la nature des liens ne semble pas toutefois clairement définie. Il existe encore d'importantes lacunes en ce qui a trait à la structure d'une action intersectorielle pour la santé notamment en ce qui concerne les rôles et responsabilités du secteur de la santé. Ce qui fait qu'à ce stade l'état des connaissances sur le sujet demeure incomplet.

Au plan théorique, le cadre conceptuel utilisé pour cette recherche nous a permis de comprendre et d'analyser la perception des acteurs sur les rôles et responsabilités des acteurs de santé à travers les différentes catégories de questions et de dimensions associées à l'action concertée que propose ce cadre. En effet, ce dernier nous a permis de problématiser la réalité vécue par les acteurs de la table en abordant les questions sur la nature de l'action concertée, les stratégies d'action concertée ainsi que sur la représentativité des acteurs. Ce cadre a permis non seulement de décrire le contexte de l'action intersectorielle, mais aussi de mettre en avant la nécessité de connaître les rôles et les responsabilités des acteurs dans une perspective intersectorielle.

Sur le plan méthodologique, l'étude de cas nous est parue la meilleure méthode pour recueillir les données relatives à notre problématique et assurer une cohérence entre le choix théorique et le choix méthodologique. Ce choix méthodologique a été corroboré par une description du cas à l'étude, à partir des informations obtenues de la revue documentaire de la table Enfance Famille ainsi que des entrevues réalisées avec les acteurs de la table en question. Une fois ces informations recueillies, elles ont été analysées à l'aide d'un logiciel (QDA Miner).

Les résultats les plus significatifs de notre recherche concernent le contexte dans lequel s'exerce l'action intersectorielle de la table Enfance Famille de Saint-Michel, les stratégies d'action mise en œuvre et enfin la compréhension des rôles et responsabilités du secteur de la santé sur la base des perceptions des autres secteurs de la table qui mettent en œuvre des actions concertées avec le secteur de la santé. Globalement, il apparaît clairement que la collaboration entre le secteur de la santé et les organismes communautaires qui représentent les autres secteurs de la table découle d'un partenariat ancré, en constante évolution dans le quartier de Saint-Michel. En effet, cette collaboration vise à soutenir les enfants et leur famille dans le quartier de Saint-Michel par la mise en commun des expériences, expertises et ressources des différents secteurs impliqués. La mise en réseau, la coordination des actions dans le quartier et la coopération des acteurs sont des stratégies de collaboration utilisées par la table pour mettre en œuvre ses projets concertés. Ce partenariat ainsi que ces stratégies accroissent la capacité des partenaires à répondre aux besoins des parents et leur adaptation à leur environnement. Puis au niveau collectif, ce partenariat entre la santé et les organismes communautaires accroît l'accessibilité des services et du même coup renforce le

développement social et économique de la communauté. En matière de description de rôles et responsabilités du secteur de la santé dans cette action concertée, nos résultats nous montrent clairement qu'il n'existe pas de rôles ni responsabilités formellement décrites et connues pour le secteur de la santé dans la concertation Enfance Famille. Toutefois il est évident que le secteur de la santé exerce une forme de leadership et de stewardship qui semble assez bien acceptée par la table. Ceci s'explique à travers les rôles de soutien, d'évaluateur interne, de liaison et de porte-parole que les acteurs de la table lui reconnaissent. Enfin, les résultats font état des conditions qui ont été identifiées comme favorables et aussi non favorables au développement de la concertation intersectorielle.

Cette recherche réitère l'importance de la clarification des liens entre les partenaires qui est un aspect fondamental dans la définition des mandats des secteurs impliqués dans l'action intersectorielle locale. Il aurait été intéressant et très enrichissant d'avoir eu la possibilité d'interroger les représentants du secteur de la santé afin d'obtenir des informations supplémentaires liées aux modes de collaboration et de participation du secteur de la santé dans des actions concertées et aussi connaître leur point de vue sur la question. Ceci constitue la proposition d'une première piste de recherche. Devant la complexité de l'action intersectorielle en santé, et une tendance de plus en plus en faveur de l'intégration de la santé dans toutes les politiques, une deuxième piste de recherche serait de proposer une reconstruction, une modélisation et une institutionnalisation des rôles pour le secteur de la santé au-delà de la facilitation et de la fourniture de services de santé conventionnels face à un climat en constante évolution avec de terribles conséquences prévues pour la santé humaine. Ce mémoire a exploré la perception des acteurs autres que ceux du secteur de la santé. Idéalement on aurait pu explorer et comparer les perceptions "santé" et "autres secteurs", mais cela exigerait un travail plus vaste et mieux animé par un PhD. Une approche de la mise en œuvre de ces recommandations consiste à lancer des projets pilotes et des études qui guideront l'élaboration de modèles, de meilleures pratiques et de cadres.

Bibliographie

- Adeleye, O. A. et Ofili, A. N. (2010). Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: can the health sector play broader roles? *Journal of environmental and public health* (Vol. 2010).
- Agence de la santé publique du Canada. (2007a). "Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé". Repéré le 09 mai 2016 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/6roles-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2007b). Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé. Préparé par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'est et du sud de l'Afrique (EQUINET).
- Baum, F. E., Bégin, M., Houweling, T. A. et Taylor, S. (2009). Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *American journal of public health*, 99(11), 1967-1974.
- Bernier, J., Clavier, C. et Giasson, G. (2010). Développement social local à Montréal: approche concertée de lutte contre les inégalités *Réduire les inégalités sociales de santé* (p. 168-177).
- Bilodeau, A. (2005). Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local *Promotion & education* (Vol. 12, p. 20-21).
- Binani, K. (2013). *La perception de la qualité de service rendue par le personnel des institutions financières au Québec*. (Université du Québec à Montréal, Québec).
- Bisset, S. (2003). *Legitimizing Diabetes as a Preventable Community Health Issue: A Case Analysis from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project*. Mémoire de maîtrise. Département de médecine sociale et préventive. (Université de Montréal).
- Blank, M. J. (2015). Building sustainable health and education partnerships: stories from local communities. *Journal of school health*, 85(11), 810-816.

- Boidin, B. (2015). La santé dans une conception élargie: quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement? *Mondes en développement*(2), 7-19.
- Brown, C. R. (1984). *The art of coalition building: A guide for community leaders*. American Jewish Committee.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C. et Stone, M. M. (2006). The design and implementation of Cross-Sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66(s1), 44-55.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C. et Stone, M. M. (2015). Designing and implementing cross-sector collaborations: Needed and challenging. *Public Administration Review*, 75(5), 647-663.
- CCNDS. (2012). Évaluation de l'incidence et de l'efficacité de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : une revue systématique accélérée. NCCDH Antigonish, Canada: Université St-Francois Xavier.
- Centraide du Grand Montréal. (2016). Analyse territoriale 2015-2016 Villery-Saint-Michel-Parc extension.
- Chircop, A., Bassett, R. et Taylor, E. (2015). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178-191.
- Chircop, A., Raewyn, B. et Ellen Taylor. (in press). The challenges of collaboration in research: A review and critique of the literature.
- Cinq-Mars, M. et Fortin, D. (1999). Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 14(2), 57.
- Clavier, C. et Gagnon, F. (2013a). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *The Innovation Journal*, 18(2), 0_1.
- Clavier, C. et Gagnon, F. (2013b). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu *The Innovation Journal* (Vol. 18, p. 0_1).
- CNPF. (2007). Un guide pratique sur la collaboration intersectorielle en petite enfance.

- Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. (2014). Projet de loi 10 : La régionalisation en péril , mémoire présenté à la Commission de la Santé et des services sociaux Sur la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Repéré 20 novembre 2017 à http://fedec.gc.ca/sites/default/files/upload/memoire_ctroc_projet-de-loi-10.pdf
- Collins, P. A. et Hayes, M. V. (2010). The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 13.
- Concertation Enfance Famille de St-Michel. (2014). Planification Enfance Famille 2014-2018.
- Daudelin, G. (2016). *Entretiens de recherche. Notes de cours (ASA 6704 Introduction à la recherche qualitative)*. , Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal.
- De Leeuw, E. et Clavier, C. (2011). Healthy public in all policies. *Health promotion international*, 26(suppl_2), 237-244.
- Deschesnes, M. (2000). La structuration d'une action intersectorielle à base communautaire comme stratégie d'actualisation d'une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu. *Département de médecine sociale et préventive, Thèse de Doctorat*, 259 pages.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. McGraw-hill.
- Dubois, A., St-Pierre, L. et Veras, M. (2015). A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2933-2942.
- Dupre, M. E., Moody, J., Nelson, A., Willis, J. M., Fuller, L., Smart, A. J., . . . Silberberg, M. (2016). Place-based initiatives to improve health in disadvantaged communities: cross-sector characteristics and networks of local actors in North Carolina. *American journal of public health*, 106(9), 1548-1555.
- Fafard, P. (2008). *Evidence and healthy public policy: Insights from health and political sciences*. Canadian Policy Research Networks.
- Fassin, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique: Enquêtes sur les expériences locales*.

- Feighery, E. et Rogers, T. (1995). *Building and maintaining effective coalitions*. Health Promotion Resource Center.
- Findlay, T. (2014). Social capital and local governance regimes: Early childhood development roundtables in British Columbia. *The Innovation Journal*, 19(1), 1.
- Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M. et Lamarche, P. (1994). L'action intersectorielle en santé : Rapport de synthèse. *Université Laval et Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé de la Direction régionale de Santé publique de Québec, Sainte-Foy*.
- Frohlick, K. (2016). *Introduction à la recherche qualitative. Séance 5 MSO 6601*, Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal.
- Himmelman, A. (1992). Communities working collaboratively for a change. Humphrey Inst. *Public Aff., Univ. Minn., Minneapolis*.
- Initiative Montréalaise. (2006). Un quartier où il fait bon vivre, L'initiative montréalaise de soutien au développement social. *Montréal: Comité tripartite Ville de Montréal, Direction de la santé publique de Montréal Centre et Centraide*.
- Initiative montréalaise. (2015). Un quartier où il fait bon vivre, L'initiative montréalaise de soutien au développement social local. Cadre de références 2015.
- Jan De Maeseneer, M., Leen De Roo, M., Art, B. et Willems, S. (2007). Intersectoral action for health in Belgium: a multi-level contribution to equity.
- Kickbusch, I. et Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization Geneva.
- Kranzler, Y., Davidovich, N., Fleischman, Y., Grotto, I., Moran, D. S. et Weinstein, R. (2013). A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel *Israel journal of health policy research* (Vol. 2, p. 1).
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A. et Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian journal of public health*, 42(7), 649-657.

- Laurin, I., Bilodeau, A. et Chartrand, S. (2012). Maturité scolaire et mobilisation communautaire: étude rétrospective dans un quartier Montréalais. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, S32-S36.
- Lawless, A., Williams, C., Hurley, C., Wildgoose, D., Sawford, A. et Kickbusch, I. (2012). Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* (p. S15-S19).
- Le Breton, D. (2008). L'interactionnisme symbolique. *Quadrige PUF*.
- Lebeau Aimé, Vermette Guy et Viens C. (1997). Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec: [Québec]: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Lesemann, F., S.-G. L. (2014). Le rôle de la concertation intersectorielle, de la participation citoyenne et de l'action collective pour soutenir le développement des communautés et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une approche régionale et nationale comparative: Fonds de recherche société et culture Québec.
- Manandhar, M., Maimbolwa, M., Muulu, E., Mulenga, M. M. et O'donovan, D. (2009). Intersectoral debate on social research strengthens alliances, advocacy and action for maternal survival in Zambia *Health promotion international* (Vol. 24, p. 58-67).
- Martineau, F., Tyner, E., Lorenc, T., Graff, H., Mitchell, C., Petticrew, M. et Lock, K. (2013). Addressing alcohol health harms through non-health sector policies in English local government: a systematic overview, legal analysis, and case study. *The Lancet*, 382, S20.
- Mendell, A. (2007). *La mise en action du modèle écologique par les acteurs d'un territoire CLSC dans le cadre d'un programme de santé publique en périnatalité et pour la petite enfance. Mémoire de maîtrise. Département de médecine sociale et préventive. (Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17102>*
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Famille et des Aînés et MSSS. (2012). *Viellir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec, Québec, ministère de la Famille et des Aînés, 200 p.*

- Morin, S. (2015). *Le rôle des ordres professionnels dans l'intégration des immigrants qualifiés à travers le processus de reconnaissance des acquis et des compétences: les cas de l'Ordre des ingénieurs et du Collège des médecins du Québec*. (Université Laval).
- MSSS. (2003). Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
- MSSS. (2004). Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement Orientations 2003-2009, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p. Repéré le 13 décembre 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-320-01.pdf>
- MSSS. (2006). Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012: Investir pour l'avenir, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p. Repéré le 13 December 2017 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-08W.pdf>
- MSSS. (2014). Politique nationale de lutte à l'itinérance Ensemble, pour éviter la rue et en sortir, Québec, ministère de la santé et des services sociaux, 72p.
- MSSS. (2015). Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec, Québec, Ministère de la Santé et de Services Sociaux, 85 p.
- MSSS. (2016). Politique gouvernementale de prevention en santé. un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.
- MSSS. (2017). Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 36p.
- Mucchielli, A. et Paillé, P. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.
- Ndumbe-Eyoh, S. et Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review, *BMC public health* (Vol. 13, p. 1).
- OMS. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Genève: OMS. Accès: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr.

- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Genève: OMS*.
- OMS. (2005). La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.
- OMS. (2008). L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays.
- OMS. (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques: vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être.
- OMS. (2016). Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.
- Ouellet, F., Paiement, M. et Tremblay, P. H. (1995). *L'Action intersectorielle, un jeu d'équipe: trousse d'intervention*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Pagliccia, N., Spiegel, J., Alegret, M., Bonet, M., Martinez, B. et Yassi, A. (2010). Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: A report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social Science & Medicine*, 71(2), 394-399.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Petersen, P. E. et Kwan, S. (2010). The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health*, 27(Suppl 1), 129-136.
- Potvin, L. (2012). *Intersectoral action for health: more research is needed!* : Springer.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 173-209.
- Power, R. et Williams, B. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research. *British Medical Journal*, 323(7311), 514-514.

- Prevention Institute. (2003). Health for All: California's Strategic Approach to Eliminating Racial and Ethnic Disparities. *American Public Health Association*, 24 pages.
- Québec. (2016). Loi sur la santé publique : RLRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1er septembre 2017, [En ligne].
- Rachlis, M. (1999). Intersectoral Action Workshop: Background paper and evaluation report *Edmonton (AB): Health Canada*.
- Rantala, R. et Al Mazroa, F. (2011). Intersectoral Action in Abha City, Saudi Arabia—A Healthy City Tackling NCDs.
- Rantala, R., Bortz, M. et Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health promotion international*, 29(suppl_1), i92-i102.
- Richard, L., Lehoux, P., Breton, É., Denis, J.-L., Labrie, L. et Léonard, C. (2004). Implementing the ecological approach in tobacco control programs: Results of a case study. *Evaluation and program planning*, 27(4), 409-421.
- Rothenberg, A. et Weissman, A. (2002). The development of programs for pregnant and parenting teens. *Social Work in Health Care*, 35(3), 65-83.
- Santé Canada. (2016). Approche axée sur la santé de la population : cadre organisateur. Repéré le 02 mars 2017 à <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/population-health-approach-organizing-framework/>
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives: pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD* IST. *Recherches qualitatives*, 21(1), 99-123.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99-111.
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments *International Journal of Public Health* (Vol. 57, p. 25-33).

- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. et Leppo, K. (2006). Health in all policies. *Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. London: Sage Publications, 175 pages.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications.
- Strauss, G. et Whitfield, K. (1998). Research methods in industrial relations. *Researching the World of Work: Strategies and Methods in Studying Industrial Relations*, Cornell University Press, Ithaca, 5-29.
- Tesch, R. (1990). Qualitative analysis: Analysis types and software tools. *New York : The Falmer Press*, 113.
- Travis, P., Egger, D., Davies, P. et Mechbal, A. (2002). Towards better stewardship: concepts and critical issues. *Geneva: World Health Organization*.
- Trédez, G. (2014). Santé et politiques publiques: Loos: ORS Nord-Pas-de-Calais.
- UNESCO. (2003). Coordination intersectorielle pour la petite enfance. *Note de l'UNESCO sur la politique de la petite enfance, No 9*.
- UNGA. (2011). Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. A/RES/66/2. United Nations General Assembly, New York, NY.
- Veilleux S. (1990). La concertation intersectorielle, un exemple, Kino Québec. *Essai de maitrise en santé communautaire, Université Laval, Québec*.
- VSMS. (2015). Plan du quartier de Saint Michel 2014-2018.
- VSMS. (2017). Concertation Enfance Famille. Repéré le 29 December 2017 à <https://www.vivre-saint-michel.org/concertations/enfance-famille/>
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. A., Saan, H. et Leeuwis, C. (2010). Community health promotion: a framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health *Evaluation and program planning* (Vol. 33, p. 428-435).

- White, D., Dufour, P. et Garon, F. (2008). La gouvernance intersectorielle a l'épreuve: Évaluation de la mise en œuvre et des premières retombées de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire: Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.
- WHO. (1992). Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden= La Déclaration de Sundsvall: des milieux favorables à la santé, 9-15 juin 1991, Sundsvall, Suède.
- WHO. (1997). The Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century= Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle.
- WHO. (2009). Milestones in health promotion: Statements from global conferences.
- WHO. (2011). Rio Political declaration on social determinants of health. WorldHealth Organization, Geneva.
- WHO. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.
- Wilkinson, R. G., Marmot, M. et WHO. (2004). Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Repéré le 11 janvier 2018 à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107343/1/E82519.pdf>
- Yin, R. K. (1984). Design and methods. *Case study research*, 5.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. (2 ed). Thousand Oaks: Sage Publications, 171 pages.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : Design and methods*.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.

Annexe 1 : Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion

- 1) Les écrits traitent de programmes d'action intersectorielle en santé publique au niveau local ;
- 2) Ils abordent la problématique du rôle du secteur de la santé avec les autres secteurs dans une action intersectorielle ;
- 3) Ils traitent de programmes ayant une composante communautaire ;
- 4) Ils traitent de programmes de santé publique en lien avec le développement social des individus et de leur communauté ;
- 5) Ils traitent de programmes priorisant les communautés marginalisées ou vivant en situation d'exclusion sociale et de pauvreté mettant en œuvre une action intersectorielle pour les vaincre ;
- 6) Ils traitent des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être des familles.
- 7) Ils mettent en évidence les données probantes sur la pratique d'action intersectorielle en santé et soulèvent d'autres questions de recherche portant sur les rôles et responsabilités du secteur de la santé.

Critères d'exclusion

- 1) Les écrits ne font pas mention « revue par les pairs »
- 2) Le texte intégral des articles non retrouvé
- 3) Ils ne font pas mention explicite sur le lien intersectoriel entre le secteur de la santé et un autre secteur d'activité
- 4) Ils ne traitent pas de données empiriques

Annexe 2 : Liste des documents

Bilan de concertation Enfance Famille 2015-2016

Bilan de concertation Enfance Famille 2016-2017

Brochure Bonjour Famille

Joujouthèque rapport annuel d'activités 2015-2016

Liste des documents officiels de la table

Plan d'évaluation, Mai -Janvier 2016

Plan de quartier 2014-2018

Planification Enfance Famille 2014-2018

Rapport annuel d'activités 2012-2013

Rapport annuel d'activités 2013-2014

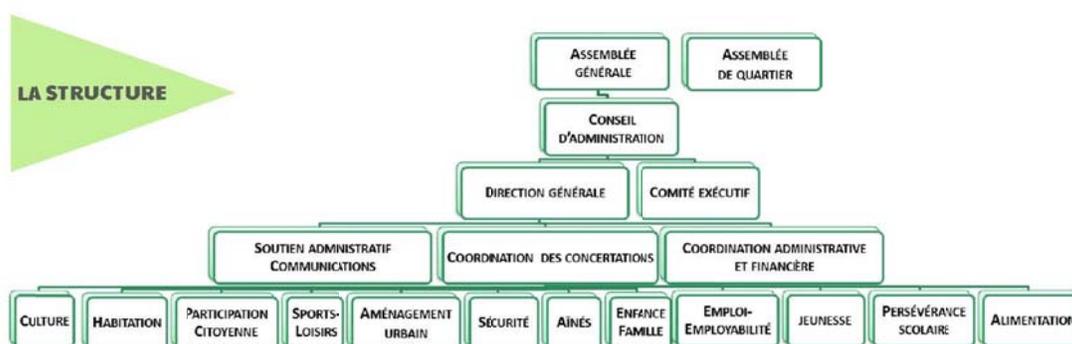
Rapport annuel d'activités 2015-2016

Rapport annuel d'activités 2016-2017

Annexe 3 : Hiérarchie de la table de quartier VSMS

VIVRE SAINT-MICHEL EN SANTÉ

Issu du mouvement Villes et Villages en santé, la Table de quartier a été fondée il y a 25 ans et pour permettre la revitalisation du quartier Saint-Michel. Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) compte **62 membres (+29% cette année)**. Parmi ces membres on retrouve des organismes communautaires, des citoyenNEs, des institutions et des entreprises, engagés de concert dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.



Source : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal/S synthèse des données sociodémographiques (2011) : Carte conceptuelle de Saint-Michel

Annexe 4 : Planification Enfance Famille 2014-2018

PLANIFICATION ENFANCE-FAMILLE NOS PRIORITÉS 2014-2018 Concertation Enfance-Famille de Saint-Michel

En lien avec les 6 priorités de la *Planification stratégique du quartier de Saint-Michel 2014-2018*, la Concertation Enfance-Famille et ses partenaires ont élaboré conjointement avec les travaux de celle-ci, une planification pour le développement global des enfants de Saint-Michel et leur famille. Ce qui s'inscrit entre autres dans les travaux de la **priorité Réussite Éducative, Qualification et Emploi**, plus précisément dans l'**axe Maturité et Persévérance scolaire**. Les objectifs dans lesquels s'inscrit le plan Enfance-famille sont les suivants: maximiser le plein potentiel du développement de l'enfant, soutenir le parent dans son rôle de premier éducateur auprès de son enfant, favoriser les transitions harmonieuses lors des différentes étapes de vie de l'enfant et poursuivre la consolidation des actions concertées et favoriser leur arrimage.

Assurer un continuum d'actions, de soutien et de services, pour les enfants de -9 mois à 8 ans, leurs parents et les familles du quartier de Saint-Michel, dans les différentes étapes de vie « de la grossesse à l'entrée à l'école » par la mobilisation et la concertation des acteurs du milieu			
<p>Saint-Michel est un quartier propice à la vie familiale, où l'ensemble des acteurs concerte ses efforts vers le plein développement des enfants dans le respect du rôle primordial des parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Un quartier où la famille constitue une notion évolutive et revêt une multitude de visages et de cultures propres à Saint-Michel. ♥ Un quartier où les parents se situent au centre des actions et des services, où ils s'engagent et agissent comme premiers intervenants auprès des enfants. ♥ Un quartier où les enfants développent leur plein potentiel, tant au niveau de leur santé physique et leur bien-être, de leurs compétences sociales, affectives, cognitives et langagières. ♥ Une concertation qui se concrétise dans la réflexion, le portrait collectif, l'analyse, la planification et la réalisation de services et d'activités, en complémentarité avec les initiatives diverses du quartier, notamment de développement durable. ♥ Les acteurs sont les parents, les résidents et les secteurs institutionnel, communautaire et privé. 			
Énoncé global : Une proportion significative d'enfants et de familles dans Saint-Michel vivent dans un contexte de multi vulnérabilités : p.ex. immigration nombreuse et récente, allophones, pauvreté, sous-scolarisation, monoparentalité, grossesses précoces, bébés prématurés ou de petits poids.			
Systèmes	Constats prioritaires	Objectifs	Transformations souhaitées
Enfant	<p>Une proportion significative d'enfants arrive à l'école avec un niveau de préparation insuffisant. Selon l'EQDEM, 16,8% des enfants sont vulnérables à leur entrée à la maternelle en habiletés de communication et connaissances générales.</p> <p>Des progrès sont notables dans les interventions agissant sur la maturité affective. Dans le milieu scolaire, nous constatons les difficultés des enfants à s'exprimer par des phrases complètes, de par leur vocabulaire insuffisant ou encore la perception d'une faiblesse concernant la stimulation langagière.</p>	Augmenter la capacité de l'enfant à comprendre et à communiquer.	Enfant
			L'enfant comprend les consignes simples. L'enfant exprime ses demandes avec des gestes et/ou des mots clairs et simples.
			Famille
			Le parent applique des stratégies de stimulation des habiletés de communications adaptées au niveau du développement de l'enfant.
Communauté	La communauté offre des activités de stimulation langagière adaptées pour tous les âges.		

Adopté à la Concertation Enfance-Famille Saint-Michel le 2 avril 2014

PLANIFICATION ENFANCE-FAMILLE NOS PRIORITÉS 2014-2018
Concertation Enfance-Famille de Saint-Michel

Systemes	Constats prioritaires	Objectifs	Transformations souhaitées
Famille	Vivant en contexte de vulnérabilité, les parents ont de la difficulté à s'investir auprès de leurs enfants et à jouer adéquatement leur rôle.	Favoriser les interactions parents-enfants qui sont régulières et de qualité dès la grossesse.	Enfant
			L'enfant développe un lien d'attachement sécurisant avec son parent.
			Famille
			Le parent installe une routine quotidienne pour interagir avec son (ses) enfant(s).
Communauté	La communauté offre des services de qualité, mais encore beaucoup d'enfants, de familles et de femmes enceintes ne les utilisent pas. Les efforts collectifs pour les transitions harmonieuses ne sont pas faits en termes de continuum de services entre les différentes étapes de vie entre -9 mois et 8 ans . (Parentalité, Maison → Service de garde, Maison → École, Service de garde → École, Préscolaire → 1 ^{er} cycle).	Intégrer les enfants et les familles dans un continuum de services accessibles et de qualité.	Communauté
			La communauté offre des opportunités de participation aux parents adaptées au contexte de vulnérabilité, dans son offre de service destinée aux enfants. Les lieux publics sont aménagés pour accueillir les familles.
			Enfant
			L'enfant s'adapte bien lors des transitions (maison, organismes, activités, garderie, CPE, école...).
Famille			Famille
			Le parent sait où aller chercher et utilise les ressources dont il a besoin.
			Communauté
Communauté			Les outils et les pratiques des ressources du réseau de la petite enfance sont utilisés et développés de façon cohérente et en continuité.

Annexe 5 : Aide-mémoire de projets de la table CAEF



AIDE-MÉMOIRE

	PROJETS 2015-2016	PORTEURS	RÉSUMÉ
AVENIR D'ENFANTS Budget 2015-2016 : 1 49 330\$	Jouer c'est grandir	Joujouthèque	Ateliers de stimulation par le jeu parent-enfant où le parent découvre le plaisir de jouer avec son enfant et saisit l'importance de son rôle d'éducateur pour la préparation de son enfant à son entrée à l'école. « <i>Jouer c'est grandir!</i> » mobilise six (6) organismes du quartier offrant des services aux familles avec enfants 0-5 ans.
	Relevailles	Mon Resto	Soutien à domicile pré et post-natal à une clientèle d'immigration récente qui cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité afin de favoriser un attachement sécurisant. Le soutien se fait par des marraines Relevailles effectuant des visites à domicile.
	Semaine québécoise des familles 2016	Maison de la Famille Saint-Michel	Évènement annuel qui réunit environ 1500 familles dans un parc du quartier Saint-Michel. Cette fête, qui mobilise un grand nombre de partenaires du quartier, vise à valoriser le rôle fondamental de la famille dans la société et à promouvoir les services offerts aux familles.
	Démarche École-Famille-Communauté (volet Bonjour Famille)	Femmes-Relais	Espaces de réflexion visant à : 1) travailler sur l'amélioration des pratiques utilisées lors de l'intervention auprès des familles dans le processus de transition scolaire, 2) améliorer les connaissances sur les besoins des familles du quartier afin de poser un regard critique sur le continuum de services offert, 3) renforcer les liens entre les partenaires et les familles dans un mode de collaboration École-Famille-Communauté. Cette démarche s'inscrit en continuité des travaux de "Bonjour familles", "maturité scolaire" et "Transition 1, passage vers l'école".
	Stratégies de communication – offre de service en périnatalité	Mon Resto	Développement de stratégies visant à mieux faire connaître l'offre de service en périnatalité aux citoyens du quartier : création d'outils de promotion et identification de stratégies de diffusion.
SIPPE Budget 2015-2016 : 168 198\$	Je porte bébé	Joujouthèque	Service de prêt de porte-bébé et formation aux parents et aux intervenants pour une utilisation sécuritaire. Ce projet vise à développer le lien d'attachement sécurisant chez le nouveau-né par l'expérience maternelle et paternelle du portage physiologique sécuritaire, à favoriser le déplacement actif, ainsi que le continuum de services au sein des ressources du quartier.
	Passeport-Parent	Joujouthèque	Ateliers parent-enfant organisés comme un parcours qui se vit dans le plaisir, le partage et le soutien des parents par le biais de jeux coopératifs, d'éveil musical, de formations, de documentations et de rencontres individuelles personnalisées.

	Réseau des jeunes parents	Maison d'Haïti	Projet qui vise à outiller et soutenir les jeunes parents afin qu'ils puissent améliorer leur qualité de vie, celle de leurs enfants et la santé de tous les membres de la famille. Les moyens utilisés : rencontres hebdomadaires thématiques avec des personnes ressources, repas communautaires, activités d'empowerment et ateliers de renforcement des compétences parentales.
	Lutte à l'insalubrité des logements	CECRG (BIL)	Une première phase du projet a déjà été réalisée en 2014-2015 et a permis de dresser un portrait de l'insalubrité dans le quartier Saint-Michel et de cibler des immeubles dont les locataires vivaient des problèmes d'insalubrité. La phase II vise à détailler les problématiques d'insalubrité vécues dans les immeubles ciblés "insalubres" et à définir une stratégie d'intervention et les démarches les plus appropriées pour soutenir les citoyens, en collaboration avec les différentes instances publiques.
	Bedondaine	Mon Resto et Maison d'Haïti	Le projet bedondaine a pour objectif de favoriser chez la femme enceinte en situation de précarité, une grossesse en santé et harmonieuse en leur offrant un suivi individualisé, des ateliers thématiques, un accompagnement personnalisé, un soutien en sécurité alimentaire et les moyens d'intégrer le continuum de services en périnatalité du quartier. Deux points de service : Maison d'Haïti pour le secteur Ouest et Mon Resto pour le secteur Est.
	Gala des nouveau-nés	Mon Resto	Soirée-reconnaissance pour souligner l'arrivée des nouveau-nés du quartier. Activité en lien avec l'ensemble des actions déployées dans le cadre de l'offre de service en périnatalité (Bedondaine, Relevailles, Je porte bébé, cliniques d'allaitement et de vaccination, ateliers de purée, etc.).
	Accompagnement des jeunes parents dans leur processus d'intégration sociale	Relais des jeunes familles	Projet qui vise à : 1) améliorer les conditions de vie des parents, leurs comportements et leurs connaissances (empowerment), 2) améliorer le bien-être des enfants et à soutenir leur développement global, 3) favoriser un attachement sécuritaire parent-enfant. Les moyens utilisés : suivis en individuel, suivis de groupe et formations sur mesure.
	Embarquons vers le Pacifique!	Mon Resto	Ateliers de simulation globale des enfants de 6 mois à 4 ans, à travers un ensemble d'activités stimulantes visant le développement social, affectif, langagier, cognitif et moteur. Un accent particulier est mis sur le développement des compétences sociales. Ajout d'un volet "Parents", qui vise à les outiller et à les soutenir dans leur rôle.
QUÉBEC EN FORME Budget 2015-2016 : 26 875\$	Viens jouer dans ma cabane	Joujouthèque	Ateliers de psychomotricité parents-enfants âgés de 18 mois à 5 ans et de 6-8 ans. Ce projet vise à promouvoir le plaisir de faire de l'activité physique avec son enfant en offrant une diversité de jeux coopératifs où tout le monde participe et où se développe le lien parent-enfant.
	Aménagement de parcs - phase II	Joujouthèque	Élaboration d'un plan d'action à partir des recommandations émises dans le <i>Rapport sur l'aménagement des parcs de Saint-Michel</i> et réalisation à court et moyen termes des recommandations priorisées.
	Parcs intérieurs	Carrefour populaire	Mise en place d'espaces de type « parcs intérieurs », c'est-à-dire des lieux et de l'équipement destinés aux petits de 1-5 ans et leurs familles pendant la période hivernale, pour favoriser le développement de la motricité globale, tout en permettant des interactions de qualité parent-enfant.
TOTAL 344 403.00\$			

Annexe 6 : Questionnaire d'entrevue

- **Accueil du participant — Le remercier d'avoir accepté de participer à notre étude ;**
- **Présentation du chercheur et du projet de recherche**
- **Lecture et signature du formulaire de consentement ;**
- **Rappeler la nature confidentielle de l'entrevue ;**
- **Demander l'autorisation de procéder à l'enregistrement audio ;**
- **Demander à la personne si elle a des questions avant de commencer l'entrevue.**

Contexte de l'action intersectorielle de la table de concertation Enfance-Famille

- 1) Depuis combien de temps êtes-vous membre de la table de concertation Enfance Famille ?
- 2) Selon vous comment a pris naissance la table de concertation Enfance-Famille de Saint-Michel ? quels sont les différents secteurs représentés ?
- 3) Selon vous, comment votre institution a-t-elle été identifiée pour faire partie de la table de concertation Enfance Famille de St-Michel ?
- 4) Quelles sont d'après vous les réalisations de la table de concertation Enfance-Famille de Saint-Michel ?
- 5) Comment la table de concertation Enfance-Famille arrive-t-elle à répondre aux besoins de la population de Saint-Michel ?

Structuration de l'action

- 6) Comment le secteur de la santé est-il représenté au sein de la table de concertation Enfance Famille ?
- 7) Selon vous, comment les acteurs de la table s'organisent-ils pour mettre en œuvre les actions intersectorielles ?

- 8) Quels sont, d'après vous, les rôles et responsabilités du secteur de la santé au sein de la concertation en face famille de St-Michel ?
- 9) Selon vous quels seraient les rôles et les responsabilités que le secteur de la santé devrait jouer dans une concertation intersectorielle ?
- 10) Quelles sont vos perceptions par rapport à la mise en place d'une concertation intersectorielle pour répondre aux besoins de la communauté ?
- 11) Quelles sont vos attentes, vos souhaits pour la suite de l'action intersectorielle par rapport aux rôles et responsabilités du secteur de la santé ?

Annexe 7 : Certificat d'approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé

10 mai 2018

Objet: Certificat d'approbation éthique - 1er renouvellement - « Les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une concertation intersectorielle locale pour une communauté plus en santé: Une étude de cas de la table de concertation enfance-famille de Saint-Michel »

Mme Katia Démésier,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré
Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive
p.j. Certificat #16-173-CERES-D(1)

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary
2e étage, bur. 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
- 1^{er} renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une concertation intersectorielle locale pour une communauté plus en santé: Une étude de cas de la table de concertation enfance-famille de Saint-Michel
Étudiante requérante	Katia Démésier (ND), Candidate à la M. Sc. en santé publique, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive
Sous la direction de	Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal Coordination du projet: Chantal Lefebvre (Léa-Roback)

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.


Guillaume Paré
Conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

10 mai 2018 Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	1er juin 2019 Date du prochain suivi
6 février 2017 Date du certificat initial	1er juin 2019 Date de fin de validité
*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat	

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary
2e étage, bur. 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe 8 : Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE « Les rôles et les responsabilités des acteurs de santé dans une concertation intersectorielle locale pour une communauté plus en santé : une étude de cas de la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel ».

Étudiante chercheuse **Katia Démésier**
Étudiante
École de Santé Publique – Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Sous la direction de Mme Louise Potvin,
Professeur titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Téléphone : (514) 3436111 poste 44025
Courriel : louise.potvin@umontreal.ca

« Ce projet ne bénéficie pas de financement »

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en santé publique de Katia Démésier, dirigé par la professeure madame Louise Potvin du département de médecine sociale et préventive de l'université de Montréal. Ce projet s'inscrit dans le cadre du projet de recherche dirigé par Louise Potvin intitulé « Initiative montréalaise : Enjeux locaux et régionaux de l'action communautaire, programme de recherche IRSC, volet 2, certificat d'approbation éthique 14-117-CERES-D ». Elle a pour but de comprendre la perception des différents secteurs participant à la table de concertation Enfance Famille de Saint-Michel sur les rôles et les responsabilités du secteur de la santé dans une concertation intersectorielle locale. De même, nous dirigerons notre analyse sur le contexte et la structuration de l'action intersectorielle de cette table dont l'une des caractéristiques est d'être intersectorielle. Ainsi l'objectif de ce projet est 1) de décrire le contexte de l'action intersectorielle de la table de quartier « Vivre Saint-Michel en santé » (son historique, sa composition, son fonctionnement et ses réalisations) ;

2) de caractériser la perception des différents secteurs de la table face aux rôles et responsabilités du secteur de la santé au sein de la concertation Enfance-Famille de Saint Michel.

Procédures

Vous êtes invité à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 45 minutes à une heure afin de nous permettre de mieux comprendre votre expérience dans la collaboration intersectorielle au sein de la table de concertation enfance famille de St-Michel. Ces entrevues se tiendront entre janvier et février 2017 et seront réalisées par Katia Démésier, étudiante à la maîtrise en santé publique selon votre disponibilité. Le lieu de l'entrevue sera déterminé de concert avec vous qui peut être soit dans votre bureau ou dans un local de l'université de Montréal. Les questions de l'entrevue se porteront sur les éléments suivants: *Le contexte de l'action intersectorielle* ainsi que *la structuration de l'action intersectorielle* de la table de concertation Enfance Famille de St-Michel. Afin de demeurer la plus fidèle possible à vos propos lors de l'analyse et la rédaction du rapport de recherche, je sollicite votre autorisation pour enregistrer cette entrevue. Cet enregistrement pourra être interrompu si vous ne sentez pas à l'aise avec vos propos. Toutefois l'interviewer aura recours à une feuille pour prendre des notes. La transcription de votre entrevue pour revoir vos propos et apporter des corrections ou clarifications se fera à votre demande.

Avantages et bénéfices

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité sur votre expérience dans une concertation intersectorielle locale. De plus, les résultats de ces entrevues vous seront acheminés après l'analyse des données.

Risques et inconvénients

Il y a peu de risque associé à votre participation. Soyez rassurés si par hasard certaines questions faisant référence à des événements sensibles de votre expérience vous gênent, vous serez toujours libre de ne pas y répondre sans conséquence négative ou préjudice. Soulignons que le temps consacré à l'étude constitue le principal inconvénient. Les informations transmises à l'équipe de recherche (p. ex. information sensible et privilégiée) ne sont pas susceptibles d'avoir un impact sur votre poste au niveau professionnel.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles et ne contiendront aucune information nominative permettant d'identifier des personnes ou des institutions. Les entrevues seront transcrites, et seront enlevées toute information qui pourrait vous identifier. Le matériel sera conservé sous clé et les données électroniques seront conservées dans des fichiers dont l'accès sera protégé par un

mot de passe. Ils ne seront accessibles qu'à l'étudiante chercheuse et ne serviront qu'au présent projet. À la fin de la recherche, prévue approximativement pour l'automne 2017, tout le matériel (incluant les enregistrements) et les données seront conservées pour une période de sept ans après l'acceptation du mémoire. Il est possible que certaines citations tirées de votre entrevue soient utilisées pour appuyer un point important. Et ceci sera fait sans que votre nom ou l'institution que vous représentez soit mentionné.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'aura pas d'impact sur votre dossier d'employé. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale de la recherche dont les coordonnées sont incluses dans ce document et ce, par simple avis verbal et les données recueillies seront supprimées.

Retour des résultats

Les résultats généraux de l'étude seront retournés aux responsables de la table de Concertation Enfance Famille de St-Michel ainsi qu'aux participants par courriel de remerciement avec un bref résumé des découvertes.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche vous pouvez communiquer avec Katia Démésier [REDACTED] à l'adresse suivante : katia.demesier@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(Caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(Caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :