

Université de Montréal

**Les stratégies d'influence des acteurs dans le processus de gouvernance  
intersectorielle aux niveaux régional et local : le cas de l'Initiative montréalaise  
de soutien au développement social local**

*Par*

Achille Dadly Borvil

Département de médecine sociale et préventive  
École de santé publique

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)  
en Santé publique

Option : Promotion de la santé

Mai 2021

© Achille Dadly Borvil, 2021

Université de Montréal

Département de médecine sociale et préventive/École de santé publique

---

*Cette thèse intitulé(e)*

Les stratégies d'influence des acteurs dans le processus de gouvernance intersectorielle aux niveaux régional et local : le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local

*Présentée par*

**Achille Dadly Borvil**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Olivier Ferlatte**

Président-rapporteur

**Natalie Kishchuk**

Directeur de recherche

**Louise Potvin**

Codirecteur

**Deena White**

Membre du jury

**France Gagnon**

Examineur externe

## Résumé

Depuis son introduction en santé publique en 1978 et son intégration en promotion de la santé en 1986 avec la Charte d'Ottawa, la gouvernance intersectorielle (GI) est devenue une des stratégies les plus utilisées en santé publique et en promotion de la santé pour aborder les déterminants sociaux de la santé. La GI met en relation des acteurs de différents secteurs avec des intérêts divers qui décident de travailler ensemble dans le but de réaliser un objectif commun. La réalisation de cet objectif nécessite que les acteurs harmonisent leurs intérêts organisationnels pour aboutir à un intérêt collectif mutuellement bénéfique. Il a été démontré que la conciliation des intérêts est un des facteurs déterminants de l'efficacité des processus de gouvernance intersectorielle. S'il est traditionnellement reconnu que dans un processus de gouvernance intersectorielle les acteurs concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs, à notre connaissance, l'étude des stratégies d'influence déployées par les acteurs intersectoriels pour aligner leurs intérêts est un peu négligée. Cette thèse se propose de combler cette lacune.

La thèse porte sur un cas de gouvernance intersectorielle aux niveaux régional et local à Montréal : l'Initiative montréalaise pour le développement social coordonnée par un comité de quatre partenaires provenant de quatre secteurs différents. Nous nous intéressons plus précisément au processus de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise (IM) qui a été marqué par une crise et qui a eu de grands impacts sur le fonctionnement et la dynamique du processus de gouvernance de l'IM.

L'objectif principal de la thèse est d'identifier les stratégies d'influence développées par les acteurs intersectoriels pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. Plus spécifiquement, nous nous proposerons i) de retracer et de décrire les événements critiques qui ont marqué le processus délibératif de révision de l'Initiative montréalaise de 2011 à 2015 ; ii) de caractériser les événements critiques du point de vue des acteurs de chaque secteur afin de reconstruire les stratégies d'influence déployées pour concilier leurs intérêts et d'examiner les conditions d'utilisation des stratégies d'influence. Pour atteindre nos objectifs, nous avons mobilisé la théorie de l'acteur-réseau (TAR) combinée au modèle

conceptuel de Dewulf et Elbers (2018) et de l'approche de Heckscher (2013). Pour la collecte de données, nous avons eu recours à la recherche documentaire, la technique d'incidents critiques, des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion.

Les résultats révèlent que pour reconstruire à posteriori un processus de gouvernance intersectorielle à l'aide d'évènements critiques, il est important d'identifier les évènements en lien avec les controverses survenues au cours de son déroulement. Concernant les stratégies d'influence, l'étude montre que les secteurs ont déployé deux grandes catégories de stratégies que nous avons qualifiées de stratégies intersectorielles et de stratégies intra sectorielles. Les premières comprennent les stratégies communes et les stratégies de médiation. Les stratégies intra sectorielles regroupent les stratégies unilatérales créatives, les stratégies de pouvoir et les stratégies multilatérales. Les deux catégories de stratégies se différencient principalement par leurs objectifs, leur lieu de déploiement et par leurs mécanismes de base. Pour ce qui est des conditions d'utilisation, la recherche indique que : i) le contexte interne de la gouvernance intersectorielle caractérisé par l'existence ou non de conflit entre les intérêts sectoriels et collectifs; ii) les contraintes organisationnelles définies par les valeurs, missions et objectifs de l'organisation d'appartenance des acteurs et iii) les atouts qui désignent les ressources matérielles, la légitimité et l'autorité dont disposent les secteurs constituent les principales conditions dans lesquelles les stratégies d'influence sont utilisées. À noter également que les différents secteurs ont eu recours aux mêmes stratégies d'influence - exception faite des stratégies de pouvoir - dans les mêmes conditions.

Ces résultats apportent un nouvel éclairage au fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle pour la santé. Ils mettent en évidence l'importance des stratégies d'influence des acteurs dans la conciliation des intérêts et du même coup dans la dynamique interne de la gouvernance. À ce titre, nous pensons que les chercheurs gagneraient à inclure le concept de stratégie à la liste des facteurs qui favorisent ou qui entravent le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle régionale/locale en promotion de la santé.

**Mots clés :** Gouvernance intersectorielle ; stratégies d'influence des acteurs ; processus délibératif ; prise de décision collective ; gouvernance locale et régionale ; action intersectorielle ; technique d'incidents critiques ; étude de cas ; partenariat.

## **Abstract**

Intersectoral governance (IG) has become one of the most widely used strategies in public health and health promotion to address the social determinants of health since its introduction into public health in 1978 and its integration into health promotion in 1986 formulated/highlighted in the Ottawa Charter. Intersectoral governance brings together actors from different sectors with diverse interests to work together to achieve a common goal. Achieving this goal requires that actors align their organizational interests to achieve a mutually beneficial collective interest. It has been shown that the reconciliation of interests is one of the determining factors in the effectiveness of cross-sectoral governance processes. While it is traditionally recognized that actors in an intersectoral governance process reconcile their organizational and collective interests, to the best of our knowledge, the study of strategies deployed by intersectoral actors to align their interests is somewhat neglected. This thesis proposes to fill this gap.

The thesis focuses on a case of intersectoral governance in Montreal: the Montreal Initiative for Social Development coordinated by a committee of four partners from four different sectors. Specifically, we focus on the process of revising the Montreal Initiative's (MI) Terms of Reference, which was affected by a crisis and had major impacts on the functioning and dynamics of the MI's governance process.

The main objective of the thesis is to identify the strategies developed by intersectoral actors to reconcile their organizational and collective interests in a deliberative process. More specifically, we will propose to a) reconstruct and describe the critical events that marked the deliberative process of revising the Montreal Initiative from 2011 to 2015; b) characterize the critical events from the point of view of the actors in each sector in order to reconstruct the strategies deployed to reconcile their interests and to examine the conditions of use of the strategies. To achieve our objectives, we mobilized the actor network theory (ANT), using the conceptual model of Dewulf

and Elbers (2018) and the approach of Heckscher (2013). For data collection, we conducted literature review, critical incident technique, semi-structured interviews, and focus groups.

In terms of critical events, our results reveal that it is important to identify events related to controversies that occurred during the process. Regarding influence strategies, the study shows that the sectors have deployed two main categories of strategies including, intersectoral strategies and intra-sector strategies. The former includes joint strategies and mediation strategies. The latter, intra-sectoral strategies consist of creative unilateral strategies, power strategies and multilateral strategies. The two categories of strategies differ mainly in their objectives, their place of deployment and their basic mechanisms. Regarding the conditions of use, the results indicate that: i) the internal context of intersectoral governance are characterized by the existence or not of conflict between sectoral and collective interests; ii) organizational constraints are defined by the values, missions and objectives of the organization that the actors belong; and iii) assets, which refer to the material resources, legitimacy and authority available to the sectors, constituting the main conditions under which influence strategies are used. It should be also noted that the different sectors used the same strategies - except for power strategies - under the same conditions.

These results shed new light on the internal workings of intersectoral governance. This study highlights the importance of the actors' strategies in reconciling interests and, at the same time, in the internal dynamics of governance. As such, we believe that researchers would benefit from including the concept of strategy in the list of factors that promote or hinder the functioning of intersectoral governance in health promotion.

### **Key words**

Intersectoral governance; Stakeholder influence strategies; Deliberative process; Collective decision making; Local and regional governance; Intersectoral action; Critical incident technique; Case study; Partnership.

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des sigles et abréviations.....	xii
Remerciements.....	xiv
1. Introduction.....	1
1.1. Problématique.....	2
1.1.1. Gouvernance intersectorielle locale : importance en santé publique et en promotion de la santé.....	2
1.1.2. Recherches sur le fonctionnement de la GI au niveau local.....	3
1.1.3. Gouvernance intersectorielle locale et régionale : le cas du Québec.....	5
1.2. Contexte de l'étude et question générale de recherche.....	7
1.3. Structure de la thèse.....	8
2. Recension des écrits.....	10
2.1. Gouvernance, secteur et intersectorialité.....	10
2.1.1. Gouvernance : historique, définition, caractéristiques et domaines d'application....	10
2.1.2. Secteur : évolution, définition et composante.....	14
2.1.3. L'intersectorialité.....	18
2.2. Gouvernance intersectorielle (GI) en santé publique : histoire et évolution.....	20
2.3. Gouvernance intersectorielle pour la santé : terminologies, modèles et définitions.....	24
2.3.1. Principales terminologies.....	24
2.3.2. Modèles de gouvernance intersectorielle pour la santé.....	26
2.3.3. Gouvernance intersectorielle pour la santé : quelques définitions.....	33
2.4. Processus décisionnel délibératif.....	37
2.4.1. Avantages et inconvénients du processus délibératif.....	40

2.4.2. Principaux éléments influençant le processus délibératif .....	41
2.4.3. Principaux indicateurs du fonctionnement du processus délibératif.....	45
3. Cadre théorique.....	50
3.1. Présentation de la théorie de l'acteur-réseau (TAR), ses fondements et ses principaux concepts.....	50
3.2. Implication de la TAR pour la thèse.....	54
3.3. Limites de la TAR et contribution de Heckscher et de Dewulf et Elbers.....	56
3.3.1. Contribution de l'approche de Heckscher .....	56
3.3.2. Contribution de l'approche de Dewulf et Elbers .....	58
4. Méthodologie .....	64
4.1. Stratégie de recherche .....	64
4.1.1. Sélection et justification du cas .....	66
4.1.2. Description du cas.....	67
4.1.3. Identification des participants à la recherche .....	71
4.2. Méthodes et déroulement de la cueillette de données.....	72
4.2.1. Recherche documentaire.....	72
4.2.2. Focus group exploratoire .....	73
4.2.3. Entrevues individuelles semi-structurées.....	73
4.3. Le déroulement de la collecte .....	75
Article 1.....	75
4.4. Gestion des données .....	80
4.5. Codification et analyse des données.....	80
4.5.1. Données des focus group.....	80
4.5.2. Données d'entrevues .....	81
4.6. Considérations éthiques .....	82
5. Résultats .....	84
5.1. Section 1 : Reconstruction du processus délibératif de révision du Cadre de référence .....	84
5.1.1. Démarche d'identification et de sélection des évènements critiques.....	85
5.1.2. Processus délibératif de sélection des évènements critiques (ÉC) .....	88
5.1.2.1. Déclenchement du processus de révision : choix de l'ÉC1.....	88
5.1.2.2. Interruption du processus de révision : choix de l'ÉC2 .....	92



5.1.2.3. Reprise du processus de révision : choix de l'ÉC3 .....	92
5.1.2.4. Aboutissement du processus de révision : choix de l'ÉC4.....	96
5.1.3. Description détaillée des évènements critiques (ÉC) sélectionnés.....	104
5.1.3.1. ÉC1 : présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale ....	104
5.1.3.2. ÉC2 : refus d'un des partenaires locaux de valider la première version du nouveau Cadre de référence .....	105
5.1.3.3. ÉC3 : rencontre des trois partenaires financiers.....	106
5.1.3.4. ÉC4 : comité ad hoc.....	107
5.1.4. Choix des évènements critiques (ÉC) et leur relation avec la controverse .....	108
5.1.4.1. ÉC1 : mise à jour d'une controverse latente.....	108
5.1.4.2. ÉC2 : émergence de la controverse .....	110
5.1.4.3. ÉC3 : recherche de solution à la controverse .....	111
5.1.4.4. ÉC4 : résolution de la controverse .....	112
5.1.5. Conclusion.....	113
5.2. Section2_Article 2 - Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada .....	115
5.2.1. Abstract.....	116
5.2.2. Introduction.....	117
5.2.3. Theoretical framework .....	122
5.2.4. Methodology .....	123
5.2.5. Results.....	125
5.2.5.1 Critical events: summary description (CE).....	125
5.2.5.2. Typology of strategies identified over the course of the renegotiation process ....	127
5.2.5.2.1. Intersectoral strategies.....	127
5.2.5.2.2. Intra-sectoral strategies.....	129
5.2.6. Conclusion .....	133
5.2.7. References .....	135
5.2.8. Appendix.....	138
5.2.9. List of acronyms.....	138
5.3. Article 3 - L'utilisation des stratégies d'influence par les acteurs dans la gouvernance intersectorielle pour la promotion de la santé .....	139
5.3.1. Introduction .....	140

5.3.2. Cadre théorique.....	142
5.3.3. Méthodologie .....	143
5.3.3.1. Contexte de la recherche.....	143
5.3.3.2. Devis et collecte de données .....	145
5.3.3.3. Analyse de données .....	146
5.3.4. Résultats .....	146
5.3.4.1. Stratégies intersectorielles communes (SIC) .....	146
5.3.4.2. Stratégies intersectorielles de médiation (SIM) .....	147
5.3.4.3. Stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) et intra sectorielles unilatérales de pouvoir (SIUP) .....	148
5.3.4.4. Stratégies multilatérales (SML).....	149
5.3.5. Discussion .....	151
5.3.5.1. Apprentissages pour les acteurs en promotion de la santé .....	153
5.3.6. Force et limites .....	154
5.3.7. Références .....	157
6. Synthèse et Discussion .....	162
6.1. Objectif 1 : Reconstruire le processus délibératif de révision de l’Initiative montréalaise en identifiant les évènements critiques qui l’ont marqué de 2011 à 2015 (Chapitre 5. Section 1). .....	162
6.2. Objectif 2 : Caractériser les évènements critiques du point de vue des acteurs de chaque secteur afin d’identifier leurs stratégies d’influence (Chapitre 5. Sections 2 et 3_ Articles 2 et 3).....	165
6.3. Stratégies d’influence : pivot de la conciliation des intérêts dans la gouvernance intersectorielle de promotion de la santé.....	169
6.4. Contributions de la recherche pour la pratique de la gouvernance intersectorielle.....	171
6.5. Force et limites de la thèse.....	172
7. Conclusion .....	174
7.1. Principales contributions .....	174
7.2. Pistes pour les recherches futures .....	176
7.3. Réflexion sur la promotion de la santé.....	177
Références bibliographiques.....	180
Annexes .....	xix

Annexe 1. Organigramme de l'Initiative montréalaise .....	xx
Annexe 2. Grilles focus group .....	xxi
Annexe 3. Grille d'entrevues individuelles.....	xxiii
Annexe 4. Approbation éthique.....	xxv
Annexe 5. Lettre d'invitation au focus group.....	xxxvii
Annexe 6. Formulaire de consentement pour les focus group.....	xxxviii
Annexe 7. Lettre d'invitation à participer à l'entrevue .....	xli
Annexe 8. Lettre de confirmation de participation à l'entrevue .....	xliii
Annexe 9. Lettre de rappel de participation à l'entrevue.....	xliv
Annexe 10. Formulaire de consentement pour les entrevues .....	xlv
Annexe 11. Article_ La nature de la relation chercheur-participants dans les focus group : leçons appries .....	xlviii
Annexe 12. Permis de reproduction .....	lvi

## Liste des tableaux

TABLEAU 1. –	MODELES DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE POUR LA SANTE .....	31
TABLEAU 2. –	CARTE D'ÉVÈNEMENTS CRITIQUES (CEC).....	66
TABLEAU 3. –	PARTICIPANTS À LA RECHERCHE IDENTIFIÉS .....	72
TABLEAU 4. –	ACTEURS RENCONTRÉS EN ENTREVUE PAR SECTEUR ET PAR ÉVÈNEMENT CRITIQUE.....	74
TABLEAU 5. –	LIGNE DE TEMPS DES ÉVÈNEMENTS IDENTIFIÉS LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	86
TABLEAU 6. –	LISTE DES EVENEMENTS MAJEURS SELECTIONNES A LA FIN DU GROUPE DE DISCUSSION 1.....	88
TABLEAU 7. –	TABLE1_ARTICLE 2: TYPOLOGY OF ACTORS' INFLUENCE STRATEGIES IN INTERSECTORAL GOVERNANCE .....	132

## Liste des figures

FIGURE 1. –	CADRE THÉORIQUE .....	63
Figure 2. –	PROCESSUS DE CHOIX DES ÉVÈNEMENTS CRITIQUES.....	103
FIGURE 3. –	LIGNE DE TEMPS DES EVENEMENTS CRITIQUES RETENUS POUR LA RECONSTRUCTION DU PROCESSUS DELIBERATIF DE REVISION DU CADRE DE REFERENCE DE L’IM.....	108
FIGURE 4. –	CHOIX DES EVENEMENTS CRITIQUES ET LEUR RELATION AVEC LA CONTROVERSE .....	113
FIGURE 5. –	ARTICLE 2_ FIGURE 1. MONTREAL INITIATIVE (MI) GOVERNANCE STRUCTURE .....	119
FIGURE 6. –	ARTICLE2_ FIGURE 2. TIMELINE OF CRITICAL EVENTS (CE) IN THE MI TERMS OF REFERENCE RENEGOTIATION PROCESS. ....	125
FIGURE 7. –	FIGURE 1_ ARTICLE 3. PROCESSUS DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE ET STRATÉGIES UTILISÉES PAR LES SECTEURS.....	156

## Liste des sigles et abréviations

ASPC : Agence de santé publique du Canada

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

CLSC : Centre local de santé communautaire

CMTQ : Coalition montréalaise des Tables de quartier

CRCOC : Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

GI : Gouvernance intersectorielle

GCSI : Gouvernance des collaborations de secteurs interdépendants

GGI : Groupe de gouvernance intersectorielle

HiAP : Health in All Policies

IM : Initiative montréalaise

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPGE : Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation

PPFS : Politiques publiques en faveur de la santé

SDTP : Santé dans toutes les politiques

SIC : Stratégies intersectorielles communes

SIUC : Stratégies intra sectorielles unilatérales créatives

SIUP : Stratégies unilatérales de pouvoir

SML : Stratégies multilatérales

WHO : World Health Organisation

À

*Micha, Gabi, Urie et Ary*

*À tous ceux et celles qui souffrent de maladies chroniques et qui se battent chaque jour pour*

*vivre une « vie normale »*

## Remerciements

Cette thèse n'aurait pas pu être menée à terme sans l'aide soutenue de mes deux directrices Natalie Kishchuk et Louise Potvin. Vos rétroactions toujours pertinentes m'ont fait évoluer sur le plan académique et votre appui m'a permis d'arriver à bon port. Que ces quelques mots expriment mes sincères remerciements.

Je remercie la Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) pour avoir mis à ma disposition ses dispositifs de recherche. Un merci spécial aux membres du comité de pilotage de l'Initiative montréalaise pour leurs disponibilités et surtout pour avoir partagé leurs expériences avec moi.

Un grand merci à mes deux collègues et amies Érica et Fereshteh qui ont accepté de partager avec moi les bons comme les mauvais jours du doctorat. Comme dit le proverbe : c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît les vraies amies. Durant les trois dernières sessions de mon parcours doctoral, ces deux admirables femmes ont été à mes côtés pour me rappeler que le beau temps vient toujours après la pluie. Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin.

Mes remerciements vont aussi à mon frère, ma sœur Lynda et à Ermion pour m'avoir soutenue de près ou de loin durant ces longues années.

Je tiens à remercier particulièrement mon cher papa Jérôme ainsi que Paul-Antoine Bien-Aimé pour leur soutien indéfectible. Messieurs, je peux enfin vous dire : mission accomplie.

Ma profonde gratitude va à mon cher époux et ami Castel Jean-Baptiste qui a toujours partagé ce projet avec moi et qui n'a jamais cessé de m'encourager. Castel, toi et moi avons réussi ce projet qui nous tenait à cœur et que nous dédions à nos enfants Cédric et Olivier.



# 1. Introduction

Le Cadre politique et stratégie Santé 2020, adopté en 2012 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) visait à améliorer la santé et le bien-être des populations et à réduire les inégalités de santé. Pour atteindre ces objectifs, l'OMS (2013) avait proposé une meilleure gouvernance intersectorielle<sup>1</sup> pour la santé. Le Cadre propose que tous les niveaux et secteurs de gouvernement et de la société travaillent en étroite collaboration pour mettre en place des actions intersectorielles qui vont au-delà du secteur de la santé et de ses compétences. « Santé 2020 est pour tout le monde : pas seulement les dirigeants politiques et les experts, mais aussi la société civile, les collectivités, les familles et les individus » (OMS, 2013, p. 3). Cinq ans plus tard, soit en 2018, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS a proposé aux pays membres de mettre en place un « système de gouvernance » composé de différentes approches ayant pour but de s'attaquer systématiquement et globalement aux déterminants de la santé qui influencent négativement la santé et le bien-être de tous incluant les plus vulnérables (WHO, 2018). Notre définition de la gouvernance intersectorielle se trouve au point 2.3.3.

La pandémie mondiale de coronavirus qui a débuté en 2019 (COVID-19) montre une fois de plus l'importance de la gouvernance intersectorielle pour faire face efficacement aux crises de santé publique. Cette approche est nécessaire pour diminuer le taux de mortalité et limiter ses conséquences psychosociales sur les populations, et ce, notamment en renforçant l'action communautaire, en rendant les individus plus résilients, plus autonomes et plus aptes à réagir (Lee et Morling, 2020; Saboga-Nunes et al., 2020). Une gouvernance intersectorielle efficace est plus que nécessaire pour remédier aux effets de la pandémie (maladie mentale, maladie chronique, etc.). C'est ce qui justifie l'importance de se pencher sur son fonctionnement pour mieux comprendre les pratiques de collaboration afin de les rendre plus efficaces. La gouvernance intersectorielle est perçue comme un impératif pour parvenir à un monde dans

---

1 . Plusieurs appellations ont eu cours pour désigner ce concept à la fois polysémique et polymorphe au cours des quarante dernières années. Plus de détails sur les terminologies et notre choix sont donnés au chapitre 2, section 2.3.1.

lequel les populations atteignent un niveau optimal de santé et de bien-être (McQueen et al., 2012).

Ce chapitre comprend trois sections. La première expose la problématique. La deuxième section présente le contexte de l'étude et la question générale. La dernière section présente la structure de la thèse.

## **1.1. Problématique**

### **1.1.1. Gouvernance intersectorielle locale : importance en santé publique et en promotion de la santé**

La gouvernance intersectorielle (GI) constitue un enjeu important pour la santé publique et la promotion de la santé dans le sens qu'elle détermine la qualité des décisions prises et des actions mises en place (Vangen et al., 2015; Wise, 2007). Des recherches théoriques et empiriques ont démontré qu'une GI réussie se traduit par des actions de qualité et adaptées ayant des effets considérables sur les conditions de vie des populations vulnérables et sur la santé et le bien-être des populations (McQueen et al., 2012; Rasanathan et al., 2017; WHO, 2020). Par contre, une gouvernance non réussie a une efficacité limitée et peut dans certaines situations conduire à l'élaboration de politiques publiques ayant une influence négative sur l'état de santé des populations (Gagnon et Kouri, 2008; Jansen et al., 2012; 2008). La gouvernance intersectorielle locale se distingue particulièrement par le fait qu'elle offre aux citoyens des opportunités de s'impliquer dans des actions qui ont des impacts sur leurs conditions de vie et sur leur communauté (Baum, 2019; Larsen et al., 2014). En promotion de la santé où le renforcement des capacités communautaires constitue une des priorités (OMS, 1986), l'approche locale s'avère très utile pour renforcer le pouvoir des communautés dans la prise en charge de leur santé et de ses déterminants (Rantala, 2013; Rantala et al., 2014; Sarker et Joarder, 2012; WHO, 1986). Il est largement admis que la gouvernance locale est plus efficace pour promouvoir la santé en ce sens qu'elle apporte des réponses adaptées aux besoins des communautés (Baum, 2019; Butterfoss et al., 2009; Guglielmin et al., 2018; Larsen et al., 2014).

Cependant, il est difficile de documenter l'efficacité des initiatives de gouvernance intersectorielle dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé (Lillefjell et al., 2013; Woulfe et al., 2010). Il existe très peu de preuves scientifiques du succès ou d'échec de ces initiatives (Varda et al., 2012). Les résultats des travaux sur l'efficacité de la gouvernance intersectorielle au niveau local sont mitigés (Smith et al., 2009). Certains chercheurs mettent en évidence des cas de gouvernance intersectorielle réussis (de Leeuw, 2017) alors que d'autres exposent des cas d'échec ou des résultats inégaux (Bryson et al., 2015; Hodges et al., 2013). Par exemple, Weiss et al. (2016) ont conclu que les politiques et programmes de promotion de la santé mis en œuvre au niveau local arrivent difficilement à renforcer la capacité des communautés et à atteindre les résultats souhaités. En raison du manque de preuves scientifiques, des appels ont été lancés en 2010 et en 2012 aux chercheurs intéressés pour effectuer plus de recherches sur les initiatives de santé publique et de promotion de la santé afin de fournir des preuves sur la pertinence de l'approche intersectorielle (Potvin, 2012; Woulfe et al., 2010). C'est ce qui explique la croissance des travaux orientés vers le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle durant la dernière décennie.

### **1.1.2. Recherches sur le fonctionnement de la GI au niveau local**

La Gouvernance intersectorielle locale fait face à des défis considérables (Butterfoss et al., 2009; Cairns et Harris, 2011; Crosby et al., 2015) qui limitent son impact sur les politiques et interventions de santé publique et de promotion de la santé. Parmi les défis les plus cités, mentionnons la confusion dans les rôles et responsabilités des acteurs (Cairns et Harris, 2011; Guglielmin et al., 2018; Kim et al., 2017) ; la diversité des intérêts, le déséquilibre de pouvoir (Freiwirth, 2013), la méfiance ou le manque de confiance (Cairns et Harris, 2011), la compréhension différente du processus et de la problématique d'intérêt (Bourgault et al., 2008; Ovseiko et al., 2014; Plochg et al., 2013) ; les tensions ou conflits internes résultant des attentes organisationnelles et l'objectif du groupe de GI (Cornforth et al., 2015; Stone et al., 2010). Plusieurs études ont d'ailleurs établi des liens entre l'impact limité de certains programmes intersectoriels de lutte contre les inégalités de santé et les défis associés à la gouvernance intersectorielle (Jansen et al., 2012; Ovseiko et al., 2014; Plochg et al., 2013). Ainsi, étudier les conditions favorables et défavorables à la GI est essentiel pour optimiser son fonctionnement,

réduire les inégalités de santé et améliorer le bien-être des populations. C'est ce qui explique pourquoi la GI est devenue un thème de recherche (ou un objet d'étude) important et largement traité en santé publique et en promotion de la santé depuis près de deux décennies (Graham et al., 2015; Woulfe et al., 2010)

Les recherches démontrent que les acteurs d'une structure de gouvernance intersectorielle partagent une double identité : une liée à leur secteur d'appartenance et une relative à leur nouveau rôle dans le groupe de gouvernance intersectorielle (GGI) (Koelen et al., 2012; Stone et al., 2010; Thomson et Perry, 2006b). Cette double identité confère aux acteurs l'obligation de défendre à la fois les intérêts de leur organisation et ceux du groupe GGI dont ils sont membres. Le processus délibératif se présente dans la littérature comme le moyen par lequel les acteurs arrivent à concilier les deux intérêts et à les satisfaire simultanément (Robertson et Choi, 2012; Thomson et Perry, 2006a). Selon Henderson (2010), les intérêts organisationnels façonnent la perception qu'ont les acteurs de la problématique discutée, conditionnent leur compréhension des rôles ainsi que la façon dont ils interagissent. En d'autres termes, les intérêts organisationnels servent de référence pour leurs décisions, leurs perceptions et leurs stratégies. Dans le même ordre d'idées, des études empiriques ont révélé que dans un processus de gouvernance intersectorielle, les acteurs utilisent des stratégies différentes pour influencer les décisions collectives en fonction de leur secteur d'appartenance (Bjorna et Aarsaether, 2009), du nouveau rôle qu'ils ont à jouer dans le GGI (Brailsford et al., 2009), en fonction des enjeux discutés (Sakakibara et Kimura, 2013) et de leurs intérêts organisationnels (Hendriks et Grin, 2007). Les conclusions des études sur la gouvernance intersectorielle locale indiquent que l'efficacité d'un processus de gouvernance intersectorielle dépend de la capacité des acteurs intersectoriels<sup>2</sup> à concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs (Bilodeau et al., 2002; Henderson, 2010) et à développer une vision commune de la problématique d'intérêt. À l'opposé, les difficultés des acteurs à harmoniser leurs intérêts organisationnels à ceux du GGI ont été identifiées comme l'une des principales causes de l'échec de la GI (Chen, 2010; Henderson, 2010; Huxham et al., 2000; Jansen et al., 2012).

---

<sup>2</sup> Le terme acteurs intersectoriels est défini à la page 36

L'existence d'une potentielle controverse entre les intérêts organisationnels et collectifs est rapportée par plusieurs chercheurs (Henderson, 2010; Huxham et al., 2000; Jansen et al., 2012). Certains projets de collaboration ont échoué parce qu'il est difficile pour les acteurs d'aligner leurs intérêts organisationnels à ceux du groupe GGI (Hendriks et Grin, 2007; Jansen et al., 2012). La conciliation des intérêts est un peu négligée dans les recherches sur la gouvernance intersectorielle en santé publique. S'il est traditionnellement reconnu que dans un processus délibératif les acteurs concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs, à notre connaissance, l'étude des stratégies déployées par les acteurs intersectoriels pour aligner leurs intérêts est négligée. Ce manque d'attention constitue une lacune importante dans la mesure où la conciliation des intérêts est un des facteurs déterminants de l'efficacité des processus de gouvernance intersectorielle (Laurin et al., 2012). Cette thèse tentera de combler cette lacune.

### **1.1.3. Gouvernance intersectorielle locale et régionale : le cas du Québec**

Au Québec, la gouvernance intersectorielle locale est devenue officiellement une stratégie de santé publique en 2003 lors de son intégration dans le programme national de santé publique 2003-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux (Bourque et Favreau, 2003). Elle y a été intégrée comme stratégie de développement des communautés et de renforcement des capacités des individus. Toutefois, les pratiques de gouvernance intersectorielle locale ont débuté au Québec notamment à Montréal au milieu des années 80 (Bourque et Favreau, 2003; Germain et al., 2004) avec la création des instances de concertations connues sous le nom de Corporations de développement économique communautaire (CDEC). Ces CDEC réunissaient des acteurs du public, du privé et du secteur communautaire et étaient dirigées par des conseils d'administration composés des représentants de tous les secteurs impliqués (Morin, 1998). Elles avaient pour mission, entre autres, de mobiliser les acteurs locaux en vue du développement économique et social des communautés locales qui se référaient au début à des quartiers et plus tard à des arrondissements en 1986.<sup>3</sup>

---

3. Le concept d'arrondissement se réfère à un découpage territorial. Il a été conçu à l'origine pour décentraliser les services aux citoyens et démocratiser la gestion municipale par la création des conseils d'arrondissements chargés de consulter les citoyens et les groupes organisés sur l'urbanisation de la ville de Montréal (Germain et al., 2004). Un arrondissement peut recouvrir entre trois et cinq quartiers.

Cependant, si la GI locale a été officialisée en 2003, elle a été reconnue formellement dans la politique de la santé et du bien-être (1992) du ministère de la santé et des services sociaux comme stratégie pour harmoniser les politiques publiques et agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être en misant sur « le dynamisme local et régional » (MSSS, 1992). Cette reconnaissance a été renforcée par son adoption comme un des quatre principes directeurs des Priorités nationales de santé publique lancées en 1997. Ces principes soulignaient entre autres a) l'importance d'accroître davantage l'engagement auprès des communautés afin de multiplier les initiatives communautaires de développement local ; b) la nécessité pour les acteurs locaux et régionaux du secteur public (les directions régionales de santé publique, les CLSC, les élus municipaux, le secteur de l'économie, de l'éducation, l'environnement, des loisirs, des transports et de la justice) de travailler en étroite collaboration avec les autres acteurs des communautés (le communautaire, le privé, les associations professionnelles, etc.) tant aux niveaux local que régional pour augmenter l'efficacité des actions et optimiser les résultats (MSSS, 2003). De 2003 à nos jours, la GI locale (et régionale) occupe une place centrale dans tous les documents de santé publique québécoise comme mécanisme de développement des communautés et de réduction des inégalités sociales de santé.

La GI locale et régionale est largement traitée au Québec. La plupart des chercheurs l'ont étudiée dans une perspective circonscrite et s'intéressent particulièrement au partenariat public-communautaire. Citons à titre d'exemple la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC). Ces recherches portent essentiellement sur les rapports de collaboration entre le public et le communautaire (Bourque et Favreau, 2003; Bourque et al., 2010; Caillouette et al., 2018; Proulx et al., 2005; Savard et Proulx, 2012) ou encore entre la philanthropie et le communautaire (Lefevre et Berthiaume, 2017). Certains chercheurs se sont concentrés sur la production des effets des actions de gouvernance intersectorielle locale. Nous faisons référence ici aux travaux de la Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités sociales (CACIS). D'autres chercheurs se sont questionnés soit sur l'efficacité de la GI locale (Bilodeau et al., 2002; Jean et Bisson, 2008) ; soit sur son implantation (White, 2008) ; soit sur ses conditions de succès et d'échec (Bilodeau, 2005; Bilodeau et al., 2002; Divay et al., 2013; Valade, 2013; White, 2008) ; ou encore sur ses défis (Bilodeau et al., 2018a). Récemment,

des chercheurs se sont intéressés à l'influence du contexte organisationnel (Touati et al., 2019) et des secteurs (Clavier et Gagnon, 2013; Divay et Slimani, 2013) sur le fonctionnement de la GI locale et régionale. À ce jour, au Québec comme à l'international, les stratégies des acteurs relatives à la conciliation des intérêts dans le processus de GI n'ont pas jusqu'à présent été étudiées. La présente recherche, complémentaire à celles mentionnées ci-dessus, s'inscrit dans la lignée de celles de Clavier et Gagnon (2013) ainsi que Divay et Slimani (2013). Basée sur un cas de gouvernance intersectorielle aux niveaux local et régional, cette thèse a pour objectif général :

- D'identifier les stratégies développées par les acteurs intersectoriels pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif.

## **1.2. Contexte de l'étude et question générale de recherche**

La thèse porte sur le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise, une intervention intersectorielle de développement social local à Montréal. Il s'agit d'une entente conclue entre trois partenaires pour financer les processus de concertation et de participation des citoyens autour des projets de développement social local. Les projets qui visent à améliorer les conditions de vie dans les quartiers portent sur plusieurs domaines : la santé, l'aménagement urbain, l'environnement l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité, l'emploi, la sécurité alimentaire, la culture, les sports et les loisirs (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015a, p. 10). L'Initiative montréalaise est formée de quatre partenaires régionaux dont trois financiers qui sont: a) la direction de santé publique de Montréal qui a pour mission d' « améliorer la santé et le bien-être des Montréalais et de réduire les inégalités de santé entre les divers groupes de la population »<sup>4</sup> ; b) la ville de Montréal, responsable du développement local et de la qualité du milieu de vie et c) Centraide du grand Montréal, organisme philanthropique qui lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en soutenant les organismes communautaires. Le quatrième partenaire régional, la Coalition des Tables de quartiers du Québec (CMTQ), est le représentant des organismes de concertation locale dénommés Tables de quartiers. Créée en 2006, l'Initiative montréalaise a été l'objet d'une

---

4. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/la-directrice/mission/>

évaluation en 2011. À la suite de l'évaluation, les partenaires ont entamé un processus délibératif pour renégocier le protocole d'entente dénommé « Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation » qui définit les grandes lignes de l'Initiative. Ce processus qui a duré cinq ans a conduit à la co-construction d'un nouveau Cadre de référence. Nous avons choisi l'Initiative montréalaise pour sa portée intersectorielle, sa représentativité adéquate d'un processus de gouvernance intersectorielle locale/régionale et aussi parce qu'elle a la capacité de répondre à notre question de recherche :

- Quelles stratégies les acteurs mettent-ils en place pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus de gouvernance intersectorielle régionale/locale de promotion de la santé?

### **1.3. Structure de la thèse**

Cette thèse qui adopte un profil par articles comprend sept chapitres. Le premier débute avec la présente introduction. Le chapitre deux aborde la littérature scientifique sur le processus délibératif de gouvernance intersectorielle directement liée à la thèse. Le chapitre trois présente le cadre théorique qui oriente notre choix méthodologique et notre interprétation des actions des acteurs. Le chapitre quatre traite de la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs de recherche. Un article méthodologique publié dans la revue *International Journal of Public Health* y est inclus. Le chapitre cinq qui expose les résultats de la thèse comprend trois sections. La première rapporte les résultats du premier objectif<sup>5</sup> : la reconstruction du processus délibératif de révision du Cadre de référence à l'aide d'évènements critiques. La deuxième section présente les résultats du deuxième objectif sous forme de deux articles scientifiques. Le premier, publié dans la revue « *Health Promotion International* », examine les stratégies développées par les secteurs pour concilier leurs intérêts dans le processus de gouvernance intersectorielle régionale et locale. Le deuxième article qui sera soumis à la revue *Critical Public Health* analyse les conditions d'utilisation des stratégies par les secteurs. Le chapitre 6 est divisé en deux sections : une dédiée à la discussion des implications des résultats de la thèse et une qui traite de ses limites.

---

<sup>5</sup> Les objectifs spécifiques (1 et 2) sont décrits à la page 46.



Le chapitre de conclusion aborde les principales contributions de la thèse, quelques pistes de recherche pour le futur et une réflexion sur l'implication pour la promotion de la santé.

## 2. Recension des écrits

Ce chapitre aborde les principaux concepts de la thèse. Il est divisé en quatre sections. La première présente les notions de gouvernance, de secteur et d'intersectorialité. La deuxième section expose l'origine et l'histoire de la gouvernance intersectorielle pour la santé. La troisième section traite des différentes terminologies, modèles et définitions. La quatrième section présente le concept de processus délibératif, ses avantages et inconvénients; les facteurs qui l'influencent et pour finir les objectifs de la recherche.

### 2.1. Gouvernance, secteur et intersectorialité

#### 2.1.1. Gouvernance : historique, définition, caractéristiques et domaines d'application

La notion de gouvernance remonte à l'époque médiévale et désignait « l'art ou la manière de gouverner la société » (Lamy, 2005; Le Galès, 2014; Paye, 2005). À l'origine, la gouvernance a été assimilée à la notion de « gouvernement » et se caractérisait par l'autorité, la hiérarchie et les contraintes (Boussaguet et Jacquot, 2009; Le Galès, 2014). L'État, en l'occurrence le gouvernement central, détenait l'autorité pour diriger la société et par conséquent pour définir l'intérêt général et formuler des politiques publiques. En d'autres termes, l'État monopolisait l'intégralité du pouvoir et était le seul responsable de la gestion des affaires publiques. Jean Leca cité par Fabre et coll. (2003) le traduit en ces termes :

*« Gouverner, c'est prendre des décisions, résoudre des conflits, produire des biens publics, coordonner les comportements privés, réguler les marchés, organiser les élections, extraire des ressources, affecter des dépenses » (Favre, 2003, p. 268).*

Après avoir passé plusieurs siècles aux oubliettes, le concept de gouvernance a réémergé en 1989 aux États-Unis sous la plume de certains économistes et politologues ainsi que de grandes institutions internationales comme la Banque mondiale, l'ONU et le FMI (Chevallier, 2003; Kazancigil, 2009; Paye, 2005). Au cours de son évolution, elle a été l'objet de multiples usages (Simoulin, 2003) et pour des finalités différentes. La gouvernance a d'abord été utilisée par les organisations internationales comme outil idéologique (Smouts, 1998) pour conditionner des réformes institutionnelles dans les pays en développement notamment sur le continent africain

(Kazancigil, 2009). La gouvernance renvoyait alors à un ensemble de règles et de principes - tels la responsabilité (accountability), la transparence, l'état de droits, la réduction de l'autorité de l'État, l'absence de corruption, la participation citoyenne - qui conditionnent l'allocation des prêts aux pays en développement (Kazancigil, 2009). Les termes « bonne gouvernance » (Banque Mondiale), « gouvernance démocratique » (PNUD), « saine gouvernance (UNESCO) ont été utilisés pour légitimer leur vision et définir les critères d'une bonne administration publique. Ainsi, elle a été introduite comme instrument de réforme dans les pays en développement soumis à des programmes d'ajustement structurel (Chevallier, 2003; Defarges, 2001; Kazancigil, 2009).

La gouvernance est apparue dans le monde politique et économique des pays occidentaux dans les années 90. Connue aussi sous le nom de « nouvelle approche de gestion publique » (new public management), elle est entendue comme nouvelle méthode de gestion des affaires publiques. Nombreuses sont les raisons qui ont été évoquées pour expliquer son apparition. Certains chercheurs attribuent la réémergence de la gouvernance à la crise démocratique qui sévissait dans certains pays industrialisés (Hamel et Jouve, 2006) ; crise qui résultait de profonds changements sociaux, politiques et économiques survenus durant la période 70-90 dans les pays occidentaux et du changement de rôle de l'État providence. La gouvernance apparaît alors comme un moyen de répondre à la crise ou une stratégie de régulation des sociétés en transformation (Lamy, 2005; Le Galès, 2014). Gaudin pour sa part, voit le retour de la gouvernance comme un moyen de « légitimer les nouveaux rapports entre la politique et l'économie » (Gaudin, 2002, p. 11). Pour Defarges (2001), la gouvernance traduit une mutation de pouvoir. Il sous-entend ainsi que l'État n'est plus un pouvoir souverain ; que le pouvoir est décentralisé et partagé entre le monde politique, social et économique. Dans le flux de la gouvernance, le pouvoir « devient un enjeu » dans le sens qu'il circule d'un monde à l'autre. Il n'est plus considéré comme une possession permanente, mais un « élément mobile » qui peut s'évader à tout instant (Defarges, 2001, p. 166). Le choix collectif devient alors le produit des interactions entre les trois sphères (économique, politique et social).

D'autres auteurs expliquent l'intérêt croissant pour la gouvernance par la complexification des problèmes sociétaux et au fait que leurs solutions nécessitaient une diversité d'approches et des actions concertées (Klijn, 2008; Scott et Trubek, 2002). En effet, la crise des années 70-90 a remis en question la capacité de l'État-providence à répondre aux demandes sociales qui se sont multipliées. L'émergence de divers groupes avec des intérêts différents et des exigences variées et contradictoires (Merrien, 1998 ); le besoin des citoyens d'influencer les politiques publiques et de participer aux décisions concernant leur destin (Lamy, 2005) et la prise de conscience de la société civile en tant que groupe organisé ont contraint l'État à adopter un nouveau mode de fonctionnement fondé sur la participation des divers groupes pour s'adapter aux nouvelles réalités sociales et économiques (Lacroix et St-Arnaud, 2012). Ainsi, la gouvernance apparaît comme « un nouveau mode de gouvernement capable de remédier au déficit de légitimité et d'efficacité de l'État providence (Simoulin, 2003).

#### *Gouvernance : quelques définitions et caractéristiques*

Il n'existe pas de définitions claires et uniformisées de la gouvernance. La littérature regorge de significations qui varient en fonction de l'usage qui en a été faite ou de sa finalité d'application. Nous avons choisi de présenter quatre définitions qui mettent en évidence les grandes composantes de la gouvernance. Pour commencer, Le Galès (2014) la définit comme « *un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement* » (Le Galès, 2014, p. 301). Cette définition met l'accent sur trois composantes : le processus ; la multiplicité et la diversité des acteurs ; la répartition horizontale du pouvoir.

Lacroix et St-Arnaud (2012) la décrivent comme « *l'ensemble des règles et des processus collectifs, formalisés ou non, par lequel les acteurs concernés participent à la décision et à la mise en œuvre des actions publiques. Ces règles et ces processus, comme les décisions qui en découlent, sont le résultat d'une négociation constante entre les multiples acteurs impliqués. Cette négociation, en plus d'orienter les décisions et les actions, facilite le partage de la responsabilité entre l'ensemble des acteurs impliqués, possédant chacun une certaine forme de pouvoir* » (Lacroix et St-Arnaud, 2012, p. 26). Cette définition est plus vaste que la précédente. En plus des éléments mentionnés

ci-dessus, Lacroix et St-Arnaud (2012) y ont explicitement introduit les notions de règles pour signifier la nécessité de réguler les processus de gouvernance ainsi que les notions de négociation continue, de prise de décision collective et du partage de responsabilités entre les divers acteurs. Pour Merrien (1998) la gouvernance désigne « *des acteurs de toute nature et des institutions publiques qui s'associent, mettent en commun leurs ressources, leur expertise, leurs capacités et leurs projets, et qui créent une nouvelle coalition d'action fondée sur le partage des responsabilités* » (Merrien, 1998 p. 62). Selon cette auteure, l'interdépendance des acteurs impliqués dans les actions de gouvernance est primordiale.

La commission sur la gouvernance mondiale citée par Smouts (1998) la définit comme : « *La somme des différentes façons dont les individus et les institutions, publiques et privées, gèrent leurs affaires communes. C'est un processus continu de coopération et d'accommodement entre des intérêts divers et conflictuels. Elle inclut les institutions officielles et les régimes dotés de pouvoirs exécutoires tout aussi bien que les arrangements informels sur lesquels les peuples et les institutions sont tombés d'accord ou qu'ils perçoivent être de leurs intérêts* » (Smouts, 1998, p. 88). Cette définition sous-tend qu'il existe différents modèles de gouvernance d'une part ; que la gouvernance implique le consensus (accommodement) d'autre part. Les notions de diversité d'intérêts et d'intérêts conflictuels sont présentées comme faisant partie intégrante de la gouvernance (Smouts, 1998).

En résumé, la gouvernance est caractérisée par : 1) la multiplicité et l'hétérogénéité des acteurs impliqués dans le processus de prise de décisions ; 2) la décentralisation du pouvoir marquée par la mise en place de multiples mécanismes permettant l'implication de l'ensemble des acteurs concernés par l'enjeu et le partage des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernement d'un côté et entre les acteurs étatiques, les acteurs privés et la société civile de l'autre; 3) l'interaction, la coordination, la négociation, l'échange et des ajustements mutuels ; 4) la priorisation d'un processus délibératif d'élaboration des politiques publiques et le "déplacement des frontières entre les secteurs privé, public et associatif pour définir et discuter collectivement de l'intérêt commun" (Boussaguet et Jacquot, 2009; Chevallier, 2003; Scott et Trubek, 2002).

Par ailleurs, quelle que soit la définition adoptée, la gouvernance est présentée dans la littérature sous deux perspectives différentes. Dans certains écrits, elle est considérée comme un mécanisme de régulation dans les organisations et les entreprises, d'où l'expression « bonne gouvernance ». Alors que d'autres chercheurs la représentent comme un mécanisme de collaboration ou de concertation. Dans le cadre de cette thèse, la gouvernance sera abordée dans la deuxième perspective.

### *Gouvernance : domaines d'application*

Depuis sa réémergence, la gouvernance a connu une croissance fulgurante en tant que pratique et champs de recherche (Chevallier, 2003; Kazancigil, 2009). Elle est devenue le concept phare mobilisé dans le débat public et omniprésent dans le discours des acteurs politiques, économiques et sociaux ainsi que dans les médias (Chevallier, 2003; Kazancigil, 2009). Aussi, elle est associée à tout type de politique publique ou privée et est déclinée en fonction des secteurs d'intervention de l'État (santé, éducation, transport...etc.) et des différents niveaux de gouvernement (local, régional, national). C'est ainsi que sont apparues les notions de gouvernance du système de santé, gouvernance de l'éducation, gouvernance d'entreprises (corporate governance), gouvernance locale, régionale ...etc.

Nous venons de présenter la notion de gouvernance, son évolution en tant que concept, ses caractéristiques et domaines d'application. Nous avons vu qu'en somme la gouvernance est unanimement décrite comme un processus de collaboration pour répondre adéquatement aux besoins sociaux. Dans la partie qui suit, nous allons passer en revue les notions de secteur et d'intersectorialité.

#### **2.1.2. Secteur : évolution, définition et composante**

Le terme secteur désignait à l'origine un lieu ou un espace (Baraize, 1996; Halpern et Jacquot, 2015; Muller, 2014). Après la révolution industrielle et son adoption par les chercheurs en sciences sociales pour comprendre et analyser la division du travail, il a été assimilé aux domaines d'activités économiques en lien avec le modèle dominant de l'époque (ex. secteurs primaires, secondaires et tertiaires). Ces secteurs d'activités économiques se sont transformés en activités professionnelles spécialisées au fil des années pour désigner les secteurs d'intervention de l'État

ou des domaines d'action publique<sup>6</sup> (Halpern et Jacquot, 2015). Les chercheurs attachés à cette approche établissent un lien indissociable entre le secteur et les politiques publiques et vont jusqu'à identifier une politique publique par le secteur auquel elle est appliquée (Baraize, 1996; Thoenig, 2014). Par exemple, la politique de l'éducation renvoie au secteur de l'éducation. Dans ce contexte, un secteur est défini comme « une structuration verticale de rôles sociaux (en général professionnels) qui fixent des règles de fonctionnement, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de sélection des élites et de délimitation de frontières... Il est constitué d'un ensemble de problèmes associés de manière plus ou moins institutionnalisée à certaines populations » (Muller, 2014, p. 593). Dans cette perspective, le secteur renvoie à l'environnement social dans lequel l'État intervient par le biais de politiques publiques (Halpern et Jacquot, 2015).

Le terme secteur désigne également les grandes structures sociales organisées découlant de l'organisation de la société. Ces structures institutionnelles et sociales rassemblent des acteurs qui entretiennent des modes de fonctionnement collectifs. Ces structures sont caractérisées par un ensemble de règles, de valeurs, de procédures et de normes formelles et informelles qui encadrent les comportements des acteurs c'est-à-dire qui servent de ressources ou de contraintes aux acteurs concernés dans leurs interactions avec des acteurs d'autres secteurs. Elles sont divisées en trois grandes catégories : l'État et ses organismes publics, le privé (le marché) et le tiers secteur (société civile). On y retrouve également les organisations hybrides constituées de la philanthropie qui est un mélange du public, du privé et de la société civile (Bilodeau et al., 2019; Brandsen et Karré, 2011). Vu sous cet angle, le secteur se présente comme un domaine d'identification et de positionnement des acteurs.

Pour ce qui est du découpage territorial, après avoir été laissé pour compte pendant un certain temps, il a regagné de l'importance au début des années 80 avec la réforme de décentralisation politique et de restructuration de l'État au cours de laquelle le territoire est devenu « un lieu de définition des problèmes publics et des modalités de leur traitement » (Honta, 2019, p. S14). Ce regain d'intérêt pour le secteur en tant qu'espace a atteint son apogée en 1986 avec le

---

6. Dans le cadre de l'action publique, le terme secteur est synonyme de domaine, de champs ou encore de compétence. Ils sont généralement utilisés de manière interchangeable. Ex : secteur d'intervention, domaine d'intervention ou champs d'intervention de l'État.

mouvement villes en santé crée par le bureau régional de l'OMS<sup>7</sup> à la suite de l'élaboration de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui préconisait d'agir « localement » et « avec les communautés » sur les déterminants sociaux de la santé.

### *Secteur : ses dimensions*

Muller (2014), en se basant sur les travaux de Boussaguet, Jacquot et Ravinet (2004), a identifié trois grandes dimensions nous permettant de bien appréhender le terme secteur. Il s'agit de la dimension des intérêts, la dimension institutionnelle et la dimension cognitive. La dimension des intérêts fait référence au fait que les groupes d'acteurs constituant le secteur ont des intérêts spécifiques. Ces derniers peuvent être soit « *de groupes sociaux relativement bien identifiés représentés par des organisations corporatistes externes ou internes à l'administration* », soit « *d'acteurs plus dispersés dont le regroupement en secteur peut être problématique. Dans certains cas, on aura une pluralité d'acteurs qui entreront en compétition pour la domination du secteur* » (Muller, 2014, p. 595).

La dimension institutionnelle se réfère aux caractéristiques propres du secteur qui se manifestent dans la division du travail administratif au sein des organisations ou institutions publiques. Cette division du travail a comme conséquences de stabiliser les relations entre les acteurs du secteur et d'atténuer les rapports de forces qui sont eux-mêmes institués dans des routines administratives ou organisationnelles (Muller, 2014). La dimension cognitive quant à elle renvoie à la vision du secteur d'une problématique donnée et de ses solutions. Muller (2014) avance que cette vision est généralement imposée par les acteurs dominants du secteur. La dimension cognitive comprend également les normes ainsi que les valeurs qui orientent l'action des acteurs du secteur.

---

7. Si le mouvement villes-santé a été créé par le bureau régional de l'OMS tel qu'indiqué sur le site web de l'OMS : <https://www.villes-sante.com/oms-europe/villes-sante-oms/>, le concept a pris naissance à Toronto en 1984 lors d'une conférence intitulée Au-delà des soins de santé (Perkins, 1998).



Dans la littérature sur la gouvernance intersectorielle en santé publique, les différentes dimensions de la notion de secteur ont rarement été mobilisées simultanément par les chercheurs qui s'intéressent au rôle ou à l'impact de la différence sectorielle dans la gouvernance intersectorielle. Généralement, les chercheurs mettent l'accent sur une des dimensions dans leurs études. Certains privilégient la dimension institutionnelle (Rigg et O'Mahony, 2013) alors que d'autres priorisent la dimension des intérêts. Par exemple, Andrews et al. (2010) et Divay et al. (2013) considèrent que la dimension institutionnelle est « incontournable » dans l'étude et la compréhension des comportements des acteurs. Cette vision est largement partagée par les néo institutionnalistes comme Rigg et O'Mahony (2013) par exemple. Logsdon (1991) pour sa part soutient que la dimension des intérêts est essentielle pour bien cerner la collaboration intersectorielle. Selon lui, en raison de la quantité de ressources limitées dont ils disposent pour atteindre leurs objectifs organisationnels, les organisations font le choix d'intervenir sur les problèmes les plus critiques en lien avec leurs intérêts (Logsdon, 1991). Récemment, Clavier et Gagnon (2013) ont proposé d'articuler les trois dimensions pour bien appréhender l'action intersectorielle parce qu'elles sont complémentaires.

De l'examen de la littérature, nous avons retenu que l'importance accordée à l'une ou l'autre des dimensions dans l'étude de la GI est liée à la vision du chercheur, la discipline dans laquelle il évolue ainsi que son champ d'études. Pour ce qui nous concerne, l'accent sera mis sur la dimension des intérêts. Car, nous croyons que pour bien comprendre les logiques d'action d'un secteur donné, il est primordial d'identifier ses intérêts.

Maintenant que la notion de secteur est bien définie, que peut bien vouloir désigner l'intersectorialité ?

### 2.1.3. L'intersectorialité

D'une manière générale, l'intersectorialité désigne une relation de collaboration entre deux ou plusieurs secteurs. Quand la relation est engagée entre deux secteurs, elle est qualifiée de bilatérale. Lorsque plus de deux secteurs travaillent en collaboration, elle est dite multilatérale. Le terme intersectorialité peut aussi être interprété différemment selon que le secteur désigne soit les institutions sociales c'est-à-dire l'État, le privé (incluant les organisations hybrides à but non lucratif) et le tiers secteur que Divay et al. (2013) qualifient de secteurs-ordres, soit les domaines d'intervention de l'État (ex. santé, transport, éducation) qualifiés de secteurs-champs ou encore des espaces territoriaux (Divay et Slimani, 2013). Les auteurs distinguent quatre types de relations désignant l'intersectorialité (Divay et coll. 2013) :

- a. Relations entre les secteurs-ordres c'est-à-dire entre l'État et ses organismes publics; le privé et les organisations hybrides; le tiers secteur;
- b. Relations entre les secteurs-champs c'est-à-dire entre les différents domaines d'interventions de l'État;
- c. Relations combinant les secteurs-ordres et secteurs-champs;
- d. Relations associant à la fois les secteurs-ordres, les secteurs-champs et l'espace géographique.

Par exemple, la revitalisation urbaine intégrée de la Ville de Montréal est une action intersectorielle qui s'applique à des quartiers défavorisés (espace géographique) qui utilise les ressources publiques, privées et communautaires (secteurs-ordres) et qui mobilise les compétences de différents domaines (environnement, transports... etc.) (Divay et Slimani, 2013).

Toujours selon Divay et al., la plupart des recherches sur l'intersectorialité se concentrent le plus souvent soit sur le premier type de relation (État, privé, tiers secteurs), soit sur le deuxième (entre les secteurs-champs) et rarement sur les deux de manière explicite. En ce qui a trait aux relations entre les secteurs-champs, l'intersectorialité peut se manifester de deux façons : par la construction d'un pont entre les secteurs qui conservent chacun de leur côté son autonomie ou bien par la restructuration ; ce qui nécessite que des secteurs soient obligés de modifier leurs pratiques pour les adapter aux besoins d'un autre secteur (Divay et al., 2013). Cette vision est aussi partagée par Muller (2010) qui affirme qu'il convient de parler d'intersectorialité quand les

acteurs de plusieurs secteurs d'action publique « collaborent » en créant ou en renforçant des liens pour mettre en place des actions conjointes. Cependant, dans la mesure où un secteur est incorporé dans l'ensemble des autres secteurs, il faut parler de transsectorialité. Selon cette interprétation, l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec (2001) qui oblige tous les autres secteurs de l'État à prendre en considération la santé dans leurs politiques est un exemple de transsectorialité.

Depuis 2013, le bureau régional de l'Europe de l'OMS a introduit le préfixe *multi* pour désigner le travail indépendant de plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants de la santé ((WHO, 2020). La plupart des chercheurs ne font pas de différence entre les trois préfixes (*inter*, *multi* et *trans*). Ces derniers sont généralement utilisés de manière interchangeable. L'OMS, qui est en fait le premier à avoir utilisé le préfixe *multi*, affirme que les deux approches (*inter* et *multi*) peuvent être considérées comme équivalentes (WHO, 2020). Selon de Leeuw (2021), le préfixe *trans* s'apparente à un « néologisme » et est très répandu chez les chercheurs s'intéressant à « une seule santé » (One Health). Aux fins de la thèse, nous privilégierons le terme *intersectoriel* pour qualifier toute forme de collaborations initiée ou non par le secteur de la santé et qui implique plusieurs secteurs.

Par ailleurs, l'intersectorialité en action publique peut varier de simple à complexe en fonction du nombre de secteurs (ordres-champs) combinés ou du nombre de secteurs croisés. En outre, chaque type d'intersectorialité peut donner lieu à une myriade d'autres formes dans des niveaux ou ordres différents. Il peut s'agir d'une relation intersectorielle entre a) deux niveaux d'un secteur ordre et deux secteurs champs. Par exemple, une relation entre l'État fédéral et territorial sur le logement et le diabète chez les Autochtones ; b) deux secteurs-ordres et un secteur-champs comme une entente entre le provincial et les industries sur la réglementation des boissons sucrées et alcoolisées au Québec ; ou encore, c) plusieurs secteurs-ordres et deux secteurs champs tels : Québec en forme, un partenariat entre le provincial et la fondation Chagnon (philanthropie) pour le développement et la réussite scolaire des jeunes Québécois. La première forme est qualifiée d'« intraordre/interchamps » ; la deuxième d'« interordre / intrachamps » et la troisième d'« interordre/interchamps » (Belley et Gaboury-Bonhomme, 2013).

Pour les besoins de cette thèse, le secteur se définit à la fois par l'ordre (État, privé, tiers secteurs) et le champ (différents domaines d'action publique). L'intersectorialité fait référence à la troisième catégorie de relation définie par Divay et al. (2013) c'est-à-dire une relation dans laquelle les secteurs-ordres et secteurs-champs se chevauchent. Dans la même ligne d'idée, la gouvernance intersectorielle telle que perçue dans cette étude est de type inter ordres (public, communautaire) et inter champs (public municipal, public santé et public philanthropique).

## **2.2. Gouvernance intersectorielle (GI) en santé publique : histoire et évolution**

La gouvernance intersectorielle en santé publique est à la fois un concept et une pratique qui a pris différentes formes au cours de son histoire et dont les manifestations sont en constante évolution (McQueen et al., 2012). Elle a été introduite officiellement en santé publique en tant que pratique sous l'appellation d'action intersectorielle en 1978 lors de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (WHO, 1978). Elle a été adoptée et préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) comme une des stratégies nationales de santé pour tous dans le monde en l'an 2000 (WHO, 1978). L'adoption de la GI en santé publique reposait sur deux principes: a) le passage d'une approche curative de santé à une approche de prévention, d'élimination de risques et de promotion (OMS, 1987); b) la nécessité pour le secteur de la santé de collaborer avec d'autres secteurs (agriculture, l'élevage, l'alimentation, l'éducation...etc.) dans la planification et la coordination des actions pour la santé (Baum et al., 2013a; Ilona Kickbusch, 2010a; OMS, 1987). Cette reconnaissance des contributions des autres secteurs dans le développement des soins primaires constitue selon I. Kickbusch (2010) la genèse de la GI pour la santé (phase 1) et a posé les bases pour les premières actions locales de gouvernance intersectorielle pour la santé.

Durant la décennie qui a suivi la conférence d'Alma Ata,<sup>8</sup> plusieurs initiatives intersectorielles ont été mises en place dans plusieurs pays (Agence de santé publique du Canada, 2007) . L'évaluation de ces initiatives a démontré que l'approche intersectorielle n'a pas eu les effets escomptés

---

8. Il est tout aussi important de mentionner que les premières initiatives intersectorielles ont été mises en œuvre par le gouvernement finlandais en 1972, bien avant la conférence, dans la province de la Carélie du Nord pour modifier les régimes alimentaires des citoyens dans le but de réduire le taux élevé de mortalité associé aux maladies cardiovasculaires (Puska et Stahl, 2010).

(OMS,1986a) pour plusieurs raisons. La première raison a trait au conservatisme des acteurs des professionnels médicaux qui n'ont pas adhéré à la nouvelle vision globale de la santé. Ces derniers ont conservé leur approche curative et ce faisant ont éloigné les autres secteurs des planifications sanitaires. La deuxième raison qui est corollaire à la première est liée au fait que les autres secteurs d'intervention de l'État considéraient que le développement sanitaire relevait du domaine de la santé et de ce fait percevaient la collaboration intersectorielle pour la santé comme une perte de temps et de ressources au détriment de leurs priorités sectorielles (OMS, 1987). La troisième raison concerne l'affaiblissement du secteur de la santé par rapport aux autres secteurs de développement. Selon Baum (2013a), le manque de soutien politique et économique des gouvernements a affaibli le secteur de la santé et l'a isolé du processus de développement en cours (Baum et al., 2013; I. Kickbusch, 2010; OMS, 1987). La quatrième est liée au problème de systématisation du concept d'action intersectorielle qui durant la première décennie « n'a été ni défini ni codifié de manière substantielle » (de Leeuw, 2021) : 1) et au manque d'orientation pratique à l'intention des professionnels de santé pour la mise en œuvre des actions intersectorielles (de Leeuw, 2015; I. Kickbusch, 2010).

L'évaluation a aussi montré que des avancées importantes ont été faites dans le développement sanitaire (Agence de santé publique du Canada, 2007) grâce aux multiples initiatives intersectorielles mises en place. Toutefois, ces initiatives n'ont ni été motivées ni conduit à l'élaboration d'une politique publique de santé (de Leeuw, 2015). D'ailleurs, ce n'est qu'en 2011 que l'OMS a conçu le premier outil pour aider les décideurs à élaborer et à mettre en œuvre des politiques de santé à long terme fondées sur l'action intersectorielle (Weiss, 2016).

En 1986, le mouvement pour la promotion de la santé a renouvelé l'intérêt pour l'intersectorialité en préconisant une approche holistique de la santé qui exige « l'action concertée des gouvernements, du secteur de la santé et des domaines sociaux et économiques connexes, des organismes bénévoles, des autorités régionales et locales, de l'industrie et des médias, des individus, des familles et des communautés » (OMS, 1986b : 3); ce qui a propulsé la GI au premier plan comme mécanisme intersectoriel de coordination de l'action au-delà des divisions sectorielles (OMS, 1997). De plus, un des principes de la promotion de la santé consiste à « *élaborer une politique publique saine* » (OMS, 1986b). Par ce principe, il est devenu important

pour les autres secteurs de l'État d'accepter de jouer leur rôle dans la mise en place des conditions structurelles qui façonnent la santé des individus. Selon la charte d'Ottawa, l'adoption d'une politique publique saine est aussi un moyen de faire prendre conscience aux responsables politiques des secteurs autres que la santé de l'impact positif ou négatif de leurs décisions sur la santé des individus (OMS, 1986).

Parallèlement au mouvement pour la promotion de la santé, des enquêtes et des études de cas ont mis en évidence l'existence d'une disparité dans l'état de santé des individus et des groupes dans les pays européens (Wismar et al., 2006) et dans le monde (De Koninck et Fassin, 2004), à la fois à l'intérieur des pays (Ferland et Pampalon, 2004; Haddad et al., 2004; Leclerc et Niedhammer, 2004; Pampalon et Raymond, 2003) et entre les pays. Au Québec, les enquêtes effectuées pendant plus d'une décennie (1987 à 1998) ont montré que les inégalités de santé n'ont pas cessé de progresser dans la province notamment à Montréal (Pampalon et Raymond, 2003; Tremblay, 2005). Cette disparité s'explique par l'influence des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux sur la santé; facteurs couramment appelés les déterminants sociaux de la santé (Agence de santé publique du Canada, 2007; Wilkinson et Marmot, 2004). Avec l'accumulation des données sur les disparités de santé dans le monde, les efforts se sont multipliés pour mettre en place plus d'initiatives intersectorielles dans un souci de justice sociale et pour promouvoir l'équité en santé. Ainsi donc, la GI fut promue à nouveau comme la stratégie nationale la plus efficace pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé. La déclaration de Jakarta (1997) et la Charte de Bangkok (2005), en mettant l'accent entre autres sur le renforcement et l'élargissement des partenariats pour la santé au secteur privé, ont confirmé une fois de plus la nécessité de transcender les frontières sectorielles et de mettre la gouvernance intersectorielle au centre de la lutte contre les inégalités de santé (phase 2).

En 2005, l'OMS a créé une commission mondiale sur les déterminants sociaux de la santé mandatée de regrouper les données probantes sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et de proposer des moyens d'atténuer les inégalités de santé (Commission des déterminants sociaux de la Santé/OMS, 2008). L'un des moyens proposés par la commission dans son rapport consiste à « Confier la responsabilité de l'action pour la santé et l'équité en santé aux plus hautes instances gouvernementales et veiller à ce que toutes les politiques y contribuent de

façon cohérente » (Commission des déterminants sociaux de la Santé/OMS, 2008, p. 16). L'harmonisation des politiques publiques est cruciale, car les politiques des autres secteurs de l'État et de la société civile peuvent nuire ou être bénéfiques à la santé des populations. Pour parvenir à cette cohérence, la santé doit être un objectif commun à tous les secteurs de l'État. En d'autres termes, les secteurs se doivent d'intégrer des objectifs de santé dans leurs politiques sectorielles (ASPC et OMS, 2008). D'où l'émergence en 2006 de l'approche « la santé dans toutes les politiques » (Health in all Policies : HIAP)<sup>9</sup> qui se définit comme une :

« approche des politiques publiques dans tous les secteurs qui prend systématiquement en compte les implications des décisions pour la santé et les systèmes de santé, recherche des synergies et évite les effets néfastes sur la santé, afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (traduction libre) (Ollila et al., 2013, p. 6)

Ainsi donc, la GI a été propulsée officiellement par l'OMS et le gouvernement de l'Australie méridionale comme stratégie mondiale de mise en œuvre du HiAP (Ståhl et al., 2006). Avec cette nouvelle approche (HiAP), la GI a évolué une fois de plus et est devenue un domaine de santé publique (McQueen et al., 2012) (phase 3).

En conclusion, l'évolution de la gouvernance intersectorielle pour la santé s'est faite en trois phases en lien avec l'évolution de la conception de la santé. Elle est d'abord reconnue comme un programme d'action locale pour promouvoir et protéger la santé (Kickbusch, 2010a) pour ensuite être perçue comme une pratique nationale de santé publique ayant pour but de s'attaquer aux problèmes de santé qui s'étaient complexifiés avec la mondialisation (OMS, 1997) et pour finalement devenir la pierre angulaire de santé publique (WHO, 2018). Au cours de son évolution, la GI a pris différentes formes; s'est implantée à travers une infinité d'activités et dans des lieux multiples (OMS, 1997); a varié selon le niveau décisionnel (national, régional, local) et s'est également présentée sous différents vocables (WHO, 2008). En d'autres termes, il n'existe pas de modèle unique de gouvernance intersectorielle.

---

<sup>9</sup> Dans la littérature francophone, certains auteurs utilisent la traduction littérale qui est « La santé dans toutes les politiques ». D'autres utilisent l'expression « Politiques publiques favorables à la santé » (PPFS). Tout au long de ce travail, nous utiliserons les abréviations (HiAP et PPFS) de manière interchangeable.

Dans la section qui suit, nous montrerons comment les terminologies ont évolué. Ensuite, nous proposerons deux modèles de gouvernance intersectorielle et leurs particularités tout en mettant en évidence les principales terminologies relatives à chacun des modèles (Tableau 1). Pour finir, nous interrogerons les définitions en lien avec nos deux modèles. Nous concluons cette section en indiquant le modèle de gouvernance intersectorielle qui est l'objet de cette thèse ainsi que la définition que nous avons retenue.

## **2.3. Gouvernance intersectorielle pour la santé : terminologies, modèles et définitions**

### **2.3.1. Principales terminologies**

L'idée ici n'est pas de faire un portrait exhaustif des terminologies existantes. Le but de ce paragraphe est de donner quelques repères au lecteur pour qu'il puisse se retrouver dans cette jungle de terminologies qui est à la fois dense et complexe. De surcroît, cela nous permettra de bien nous positionner dans la jungle. Comme nous allons le voir au point suivant, il n'y a pas une terminologie spécifique à un modèle ou à une forme de gouvernance intersectorielle. Nous avons constaté lors de notre revue de littérature que seule une minorité de chercheurs justifient leur choix de terminologie. Certains d'entre eux affirment se baser sur la réalité de leur terrain ou types d'actions auxquelles ils s'intéressent (Weiss et al., 2002) pour choisir leur appellation alors que d'autres disent faire leur choix en raison de la prévalence de la terminologie dans la littérature pertinente pour leur étude (Bryson et al., 2015; Stone et al., 2010). Il semblerait que la plupart des chercheurs choisissent une terminologie en fonction de leur préférence. C'est d'ailleurs ce qui explique l'incohérence dans utilisation des terminologies soulignée par beaucoup de chercheurs (Pollitt, 2003).

Comme nous l'avons mentionné au point 2.2 précédent, la gouvernance intersectorielle a fait son entrée en santé publique sous le vocable d'action intersectorielle. De son introduction en 1978 au lancement du HiAP en 2006, l'action intersectorielle a été le terme privilégié dans la littérature scientifique et dans la littérature grise. Elle a également été accompagnée de termes connexes comme : le partenariat, la coopération, l'alliance, la collaboration intersectorielle... etc.



Le même constat a été fait dans les documents officiels de l'OMS sur la promotion de la santé. À titre d'exemple, dans la charte d'Ottawa (1986), on retrouve les termes « action intersectorielle » et « action concertée ». Dans la déclaration de Jakarta (1997), les notions de « partenariat » et « alliance » ont été utilisées. Les termes : partenariats, alliances, réseaux et collaboration ont fait écho dans la charte de Bangkok (2005) et pour finir, la gouvernance mondiale a été ajoutée à l'action intersectorielle dans la Déclaration de Rio (2011). de Leeuw (2017) a fait remarquer qu'après l'adoption de la charte d'Ottawa, la mention de l'intersectorialité a diminué dans les documents officiels.

Le terme « gouvernance partagée (shared governance) » qui est en fait synonyme de la gouvernance intersectorielle est apparu explicitement pour la première fois dans un document officiel de l'OMS : la déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques en 2010, soit quatre ans après le lancement du HiAP. Cependant, d'autres termes similaires tels : joined up government<sup>10</sup>, whole-of government<sup>11</sup>, government coordination, horizontal et integrated government, holistic government, multi-level government ainsi que network government avaient déjà fait leur chemin dans la littérature anglophone. Les quatre premiers sont issus des sciences administratives et de la science politique (de Leeuw, 2017). Le concept Integrated governance serait plus utilisé dans certaines parties d'Europe (Pollitt, 2003). Au Canada, les concepts « Gestion ou gouvernance horizontale (horizontal management) et Gestion ou gouvernance verticale (vertical management) sont les plus utilisés par les chercheurs universitaires (Gagnon et Kouri, 2008) pour désigner les pratiques entre les différents paliers de gouvernement (fédéral, provincial, territorial). Au Québec, l'éventail de concepts employés pour qualifier la collaboration entre les paliers (provincial, régional et local) va de la gouvernance intersectorielle ; les concertations interministérielles, les alliances ministérielles ; les Tables de concertation ministérielles.

---

10 Le concept Joined up government a été introduit pour la première par le gouvernement travailliste de Tony Blair en 1997. La Grande Bretagne fut le premier à mettre en place ce modèle de GI pour accroître l'efficacité des politiques publiques (Exworthy, 2011).

11 Selon Christensen et Laegreid (2007) le terme Whole-of government n'est qu'une substitution de Joined up government. Cependant, des chercheurs ont continué à utiliser les deux.

Par ailleurs, la littérature regorge d'une multitude d'autres terminologies pour étiqueter les formes de gouvernance qui prennent place aux niveaux régional et local. Il n'est pas farfelu d'avancer qu'il existe en effet presque autant de formes de GI que de terminologies. De plus, comme nous allons le voir, il n'y a pas une terminologie spécifique à un modèle ou à une forme de gouvernance intersectorielle.

En général, les chercheurs et experts/praticiens de promotion de la santé ne font pas de distinction entre l'action, la politique et la gouvernance (intersectorielle). C'est ce qui justifie l'utilisation de manière interchangeable des concepts de gouvernance intersectorielle (McQueen et al., 2012), d'action intersectorielle (Potvin, 2012), d'action multisectorielle (WHO, 2013, 2020a), de politiques publiques favorables à la santé (ST Pierre, 2005) . De Leeuw (2015, 2017, 2021) estime toutefois qu'il faudrait, dans certains cas, séparer la gouvernance de l'action et de la politique. Se basant sur une étude empirique menée dans le cadre des programmes du réseau européen villes en santé, de Leeuw a proposé de distinguer théoriquement l'action intersectorielle qu'elle décrit comme « une intervention opérationnelle et un acte de collaboration » ; de la politique intersectorielle définie comme « une résolution conjointe délibérée pour résoudre un problème sociétal » et la gouvernance intersectorielle qui est l'ensemble des « systèmes qui favorisent l'intégration et la collaboration » (traduction libre) (de Leeuw, 2021, p. 2). Aux fins de la thèse nous ne faisons aucune différence entre gouvernance, action et politique intersectorielles. Nous considérons que les trois sont équivalents.

### **2.3.2. Modèles de gouvernance intersectorielle pour la santé**

Des chercheurs en administration publique ont établi une distinction analytique entre ce qu'ils appellent la gouvernance collaborative (collaborative governance) et la gouvernance des collaborations (governing collaborations)<sup>12</sup> (Cornforth et al., 2015; Stone et al., 2010; Vangen et

---

12 Vangen et coll. (2015) définissent la gouvernance collaborative comme un outil gouvernemental pour mettre en œuvre et gérer les politiques et programmes publics. La gouvernance collaborative s'apparente donc à un choix politique de gouverner par la collaboration intersectorielle. Elle est mandatée par le gouvernement, financée et coordonnée par les agences publiques. Dans ce cas, la collaboration est obligatoire.

al., 2015). Récemment, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a proposé un système de gouvernance comme stratégie pour assurer la santé, l'équité et le bien-être dans le monde d'ici 2030 (WHO, 2018)<sup>13</sup>. En nous inspirant de la distinction analytique de Vangen ainsi que du modèle conceptuel de (WHO, 2018) et en nous appuyant sur la littérature scientifique sur la gouvernance intersectorielle, nous avons regroupé les multiples formes de gouvernance pour la santé recensées dans la littérature sous deux grands modèles fondés sur deux logiques distinctes (Tableau 1): un modèle dans lequel la GI est assimilée à une stratégie gouvernementale d'application des principes du HiAP (modèle HiAP) et un autre qui renvoie à la gouvernance des collaborations entre secteurs interdépendants pour la santé (modèle GCSI).

#### *Modèle HiAP : stratégie d'implantation des HiAP*

Le modèle HiAP est caractérisé par une collaboration généralement formelle entre les différents secteurs de l'État d'une part et entre l'État, le privé et le tiers secteur d'autre part. Elle vise la production et le développement des politiques publiques favorables à la santé et la mise en œuvre de programmes publics de santé. C'est à ce titre que les chercheurs qui s'intéressent à ce modèle le qualifient de « gouvernance intersectorielle pour la santé dans toutes les politiques ». Le livre édité par McQueen et ses collègues en 2012 intitulé : *Intersectoral Governance for Health in all Policies* en est un exemple. Les initiatives regroupées sous le modèle HiAP sont principalement coordonnées par des structures et mécanismes formels des gouvernements. Elles sont explicitement liées à des politiques ou programmes gouvernementaux structurels et sont

---

Tandis que la gouvernance des collaborations implique qu'un groupe d'acteurs décident ensemble d'agir sur un problème du domaine public; de concevoir et de mettre en place des structures et des processus de collaboration leur permettant non seulement de mobiliser, d'allouer et de coordonner les ressources des partenaires pour la collaboration, mais aussi de rendre compte des activités de la collaboration. Toujours selon les auteurs, la gouvernance des collaborations n'implique pas le gouvernement ou des agences publiques et n'a pas à se préoccuper des politiques publiques. De plus, la participation des acteurs est basée sur le volontariat. Cependant les auteurs concluent que généralement très peu de chercheurs font la différence entre ces deux modèles de gouvernance dans leurs recherches théoriques.

13 Un système de gouvernance intersectorielle permettrait « d'aborder de manière globale les déterminants culturels, sociaux, politiques, commerciaux et économiques qui peuvent influencer négativement la santé et le bien-être des populations... et isoler encore plus les personnes les plus vulnérables » (WHO, 2018 : 14). Le système de gouvernance applicable au niveau national comprend : la gouvernance intra sectorielle, la gouvernance intersectorielle, la gouvernance multisectorielle, la gouvernance pangouvernementale et la gouvernance pan sociétale. Pour plus de détails sur le système de gouvernance voir WHO, 2018 pages 13-14.

mises en place à long terme (Freiler et al., 2013, p. 1069). Le modèle HiAP comprend deux approches : une qui est centrée sur les actions au sein de l'administration de l'État c'est-à-dire qui s'opère dans la sphère politique (ex. les structures de soutien aux HiAP) et une axée sur l'implantation des politiques publiques de santé, la gestion de programmes et la prestation de services (Wismar et al., 2012).

La première approche du modèle HiAP consiste à « influencer les politiques publiques dans les autres secteurs d'activités de l'État que celui de la santé, afin de produire une réponse efficace, cohérente et intégrée aux divers problèmes de santé publique » (Gagnon et Kouri, 2008, p. 3). Cette forme de GI n'inclut d'autres acteurs que ceux de l'État. Il peut s'agir d'une collaboration formelle entre plusieurs paliers de gouvernement d'un pays (ex. fédéral + provincial + territorial dans le contexte canadien) ou entre plusieurs pays. Dans ce cas, on parle d'approche de gouvernance intersectorielle verticale c'est-à-dire que : a) le leadership est assuré par le palier supérieur ou le pays le plus influent et b) les responsabilités sont légalement définies. Le plan d'intervention en matière de santé publique élaboré conjointement par les gouvernements fédéral, provincial et territorial pour la gestion de la COVID-19 au Canada (Agence de santé publique du Canada, 2020) constitue un exemple de ce type d'approche. Dans la littérature, les attributs tels que : intersectorielle, pangouvernementale; multiniveau/multi-level government, gestion verticale/ vertical management; gouvernance mondiale sont utilisés pour qualifier cette approche de gouvernance. Il peut s'agir également d'une collaboration formelle ou informelle entre une ou plusieurs secteurs d'activités d'un même palier de gouvernement (fédéral ou provincial ou municipal). Dans ces conditions, il s'agit d'approche de gouvernance intersectorielle horizontale ou transversale. La création d'un comité interministériel pour veiller à l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec (2001) est un exemple de cette approche. Les termes le plus souvent utilisés sont : gestion horizontale; collaboration interministérielle; concertation interministérielle, comité interministériel, partenariat public-public, etc.

La deuxième approche du modèle HiAP centrée beaucoup plus sur la gestion des programmes et des services de santé est perçue comme un moyen de redistribuer le pouvoir entre les niveaux de gouvernement d'une part et entre le privé et la société civile d'autre part (McQueen et al., 2012). Cette approche implique des acteurs des trois ordres de la société c'est-à-dire de l'État, du

privé à but lucratif ou non lucratif et de la société civile. Coordinée de manière horizontale, les actions découlant de cette approche doivent être initiées, développées et mises en place par les acteurs étatiques (Ansell et Gash, 2008; Bourgault et al., 2008; Gagnon et Kouri, 2008). Le leadership est également assuré par les acteurs étatiques, généralement les acteurs de santé publique. Ces formes de gouvernance sont implantées aux niveaux national, régional et local. C'est le cas par exemple du programme de préparation des enfants pour l'école mise en place dans la grande région de Montréal qui implique plusieurs secteurs d'activités de l'État québécois (Éducation, santé et services sociaux), la philanthropie et les organismes communautaires (Bilodeau, 2017). Les terminologies relatives à cette approche affluent dans la littérature. Les plus citées sont : Joined-up government (gouvernance intégrée ou décloisonnée), gouvernance pangouvernementale, gouvernance intersectorielle, gouvernance horizontale (ou transversale) / horizontal governance, Gouvernance réseau/Network Government<sup>14</sup>, gouvernance collaborative/collaborative governance, actions intersectorielles, gouvernance pan sociétale. Il existe une variété illimitée de manifestations de ce type de gouvernance dont la plus courante est le partenariat formalisé qui, comme une « grande église » (Pollitt, 2003) regroupe le partenariat public-privé, le partenariat public communautaire ou public associatif<sup>15</sup>; le partenariat public-privé-communautaire-citoyens mobilisés et le partenariat public-public.

#### *Modèle GCSI : gouvernance des collaborations de secteurs interdépendants*

Le modèle GCSI est fondé sur la logique de collaboration volontaire de plusieurs secteurs autonomes et interdépendants en vue d'obtenir un avantage collaboratif (Huxham et Vangen, 2013). Les caractéristiques principales de ce modèle sont les relations informelles entre les acteurs et l'égalité de pouvoir dans les prises de décisions. Les acteurs impliqués comprennent tous ceux qui ont un intérêt quelconque à s'associer au groupe de gouvernance intersectorielle

---

14 À noter que le terme réseau signifie ici mécanisme de coordination. La notion de gouvernance réseau est utilisée dans les deux modèles de GI. Dans le premier cas elle fait référence à des actions de gouvernance mandatées ou contractées par le secteur public. Par exemple, des organisations privées et ou à but non lucratif collaborent pour fournir des services publics pour lesquels elles ont été engagées. Dans le deuxième modèle, elle renvoie à des collaborations initiées par les membres du groupe de gouvernance intersectorielle.

15 En Amérique du nord notamment au Québec, le terme communautaire est utilisé pour désigner le tiers secteur alors qu'en France par exemple, les chercheurs emploient plus le terme associatif.

(GGI) dans une perspective d'intérêt général. Les acteurs de santé publique (étatiques) sont considérés comme un acteur parmi les autres et le leadership est assuré par un comité de pilotage formé des représentants de tous les partenaires. Ce modèle de gouvernance est plus susceptible d'être implanté aux niveaux régional, local ou aux deux niveaux simultanément. Les dénominations les plus utilisées sont : collaboration inter organisationnelle, gouvernance collaborative, gouvernance réseau, collaboration intersectorielle, gouvernance intersectorielle, gouvernance multisectorielle; action intersectorielle, partenariat intersectoriel, alliance intersectorielle, coalition intersectorielle, etc.

Dans le cadre de cette thèse, nous adoptons le modèle GCSI parce que le cas à l'étude est un modèle type de gouvernance de collaboration de secteurs interdépendants. Cependant, nous utiliserons aussi bien les résultats des recherches axées sur l'implantation des politiques publiques au niveau local que sur la gouvernance des collaborations entre secteurs interdépendants. Précisons que dans la littérature sur la GI locale, la distinction analytique entre ces deux modèles est généralement inexistante pour la simple raison que les approches du modèle GCSI reposent sur les mêmes principes et valeurs que celles du modèle HiAP appliqué au niveau local. La seule différence est que les premières ne sont pas limitées aux stratégies et politiques du gouvernement local (Christensen et al., 2019). Une étude antérieure sur les facteurs facilitant la collaboration intersectorielle pour la promotion de la santé au niveau local avait montré que les approches de collaboration de HiAP et de GCSI avaient été influencées par des facteurs similaires (Weiss et al., 2016). Rantala et ses collègues ont examiné 25 cas d'actions de gouvernance intersectorielle locale qui incluaient des approches de HiAP dans des pays différents et ont trouvé des facteurs facilitants et des défis communs aux deux (Rantala et al., 2014).

Tableau 1. – Modèles de gouvernance intersectorielle pour la santé

	<b>HiAP : Stratégie d’implantation des politiques publiques favorables à la santé</b>		<b>GCSI : Gouvernance des collaborations de secteurs inter indépendants</b>
	Pratique politique au sein de l’État ou entre plusieurs pays	Pratique entre l’État et autres partenaires	
<b>Caractéristiques</b>			
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencer les politiques des autres secteurs d’activité de l’État</li> <li>• Produire des politiques publiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produire des politiques publiques</li> <li>• Mettre en œuvre des programmes efficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir sur un ou des déterminants sociaux de la santé</li> </ul>
<b>Relation entre les secteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informelle /volontaire/relationnelle</li> </ul>
<b>Mode de coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verticale ou Horizontale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontale</li> </ul>
<b>Niveau d’implantation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mondial / national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National / régional/ local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régional / local</li> </ul>
<b>Mécanismes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions initiées et développées par un pays ou un comité international</li> <li>• Actions initiées et développées par l’État ou ses institutions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions initiées et développées par une institution étatique et mises en place par les acteurs étatiques ou non étatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions initiées et développées par les membres du groupe et mises en place par un comité intersectoriel constitué des représentants de tous les secteurs impliqués</li> </ul>
<b>Types d’acteurs impliqués</b> ▪ <b>Décideurs politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentants de l’État des différents pays membres</li> <li>• Acteurs des paliers (fédéral, provincial, territorial)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État ou ses organismes</li> <li>• Privée</li> <li>• Philanthropie</li> <li>• Société civile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes publics (facultatif)</li> <li>• Privée</li> <li>• Philanthropie</li> <li>• Société civile</li> <li>• Représentants de citoyens (facultatif)</li> </ul>
<b>Statut des acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs de l’État et chefs autochtones inclusivement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs de l’État et acteurs non associés à l’État</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs de l’État (facultatif)</li> <li>• Acteurs non associés à l’État</li> <li>• Représentants de citoyens (facultatif)</li> </ul>
<b>Pouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existant, mais décentralisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existant, mais décentralisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presque inexistant (pouvoir égal en théorie)</li> </ul>
<b>Prise de décisions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délibératif / consensus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délibératif / consensus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délibératif / consensus</li> </ul>
<b>Hiérarchie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non</li> </ul>

Tableau1. suite. Modèles de gouvernance intersectorielle pour la santé

	<b>HiAP : Stratégie d'implantation des politiques publiques favorables à la santé</b>		<b>GCSI : Gouvernance des collaborations de secteurs inter indépendants</b>
	Pratique politique au sein de l'État ou entre plusieurs pays	Pratique entre l'État et autres partenaires	
<b>Caractéristiques</b>			
<b>Domaine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de politiques de santé</li> <li>• Gestion des systèmes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de politiques de santé</li> <li>• Gestion des systèmes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions sur un ou plusieurs déterminants sociaux de la santé</li> <li>• Initiatives intersectorielles</li> </ul>
<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état ou ses organismes publics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'État ou ses organismes</li> <li>• Privée</li> <li>• Philanthropie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes publics</li> <li>• Privée</li> <li>• Philanthropie</li> </ul>
<b>Leadership</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle légitime et distinctif de l'État le plus influent (mondial)</li> <li>• Rôle légitime du palier supérieur (national)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle légitime et distinctif des acteurs étatiques (santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership partagé ou</li> <li>• Rôle d'un comité, d'un chef de file ou du secteur le plus puissant financièrement</li> </ul>
<b>Quelques terminologies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernance mondiale</li> <li>• Gouvernance multiniveau</li> <li>• Gouvernance horizontale</li> <li>• Gouvernance pangouvernementale</li> <li>• Gestion verticale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernance pangouvernementale (<i>whole-of-government</i>)</li> <li>• Gouvernance décloisonnée (<i>Joined-up government</i>)</li> <li>• Gouvernance horizontale</li> <li>• Gouvernance multisectorielle</li> <li>• Gouvernance réseau (<i>Network governance</i>)</li> <li>• Gouvernance intégrée (<i>Integrated governance</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernance intersectorielle (<i>Cross-sector Governing</i>)</li> <li>• Gouvernance collaborative (<i>collaborative governance</i>)</li> <li>• Collaboration inter organisationnelle</li> <li>• Gouvernance multisectorielle</li> <li>• Coalition communautaire</li> </ul>



### 2.3.3. Gouvernance intersectorielle pour la santé : quelques définitions

Cette section présente les principales définitions de la gouvernance intersectorielle pour la santé recensées dans la littérature. Nous exposerons des définitions en lien avec les deux modèles ci-dessus. Les principaux concepts liés aux définitions seront mis en évidence. Nous terminerons en indiquant la définition retenue dans le cadre de ce travail.

S'il existe un consensus clair sur l'importance de la gouvernance intersectorielle pour la santé et sur son rôle dans la réduction des inégalités de santé, il n'existe pas une définition universellement reconnue et acceptée (Barbazza et Tello, 2014) à cause du nombre de concepts et de dimensions qui lui sont liés (WHO, 2020). Dans leur tentative de définition, certains chercheurs mettent l'accent sur la structure (Cornforth et al., 2015; Provan et Kenis, 2008) ou le processus (Emerson et al., 2012; Thomson et Perry, 2006b). Certains autres insistent sur l'action (Ilona Kickbusch, 2010b). Quelques-uns insistent sur la structure et l'action (McQueen, 2012) alors que d'autres s'intéressent particulièrement au processus et à la structure (Ansell et Gash, 2008; Emerson, 2012). En référence au tableau 1 ci-dessus, notre propos est de présenter quelques définitions sélectionnées par modèle et de faire ressortir des concepts génériques dans le but de mettre en évidence la différence entre les deux.

#### *Définitions relatives au modèle HiAP*

Une définition générale du modèle HiAP est tirée d'un document du gouvernement australien cité par Kickbush (2010) dans lequel la gouvernance intersectorielle est décrite comme un processus visant à réduire les chevauchements et les recoupements pour pallier les effets silo résultant de la division des activités de l'État. « *public service agencies working across portfolio boundaries to achieve a shared goal and an integrated government response to particular issues. Approaches can be formal or informal, and can focus on policy development, program management and service delivery. 'Joined-up government' is generally focused on improving outcomes* » (Kickbush, 2010: 13). Selon cette définition, les secteurs d'activités de l'État doivent collaborer de façon formelle ou informelle pour améliorer les résultats de santé. La nécessité d'avoir un objectif commun et d'apporter une réponse cohérente aux problèmes de santé est au cœur de cette définition.

L'idée de dépasser les frontières sectorielles au sein de l'administration de l'État pour mieux répondre aux problèmes de santé publique est aussi présente chez Bakvis et Juillet (2004) qui définissent la GI comme : « *la coordination et la gestion d'une série d'activités entre deux ou plusieurs unités organisationnelles (ministères) n'ayant pas de contrôle hiérarchique les unes sur les autres et dont le but est de générer des résultats qui ne peuvent être atteints par des unités travaillant individuellement* (p.10). Bakvis et Juillet ont également introduit les notions de partage du pouvoir et l'interdépendance des secteurs impliqués comme faisant partie intégrante de la GI. Il s'ensuit de ces deux définitions que la GI est un processus consensuel conçu et mis en place par les acteurs publics. Cependant ces définitions demeurent très théoriques et donnent peu d'indications sur le fonctionnement de la GI.

À cet égard, la définition d'Ansell and Gash (2008) est plus précise dans le sens qu'elle décrit les critères pour la conception et l'implantation d'une structure de GI ainsi que ses règles de fonctionnement. Ces auteurs perçoivent la GI à la fois comme une structure et un processus formels de prise de décision collective :

« A governing arrangement where one or more public agencies directly engage non-state stakeholders in a collective decision-making process that is formal, consensus-oriented, and deliberative and that aims to make or implement public policy or manage public programs or assets » (Ansell et Gash, 2008: 544).

Ansell et Gash rejoignent en partie les auteurs précédents en ce sens qu'ils mettent en relief la prééminence des acteurs publics aussi bien dans la conception que dans la mise en œuvre de la GI. Ils ont aussi élargi la gamme d'acteurs impliqués dans la GI en y rajoutant les acteurs non étatiques. Ils postulent que la délibération, la négociation entre les parties prenantes constituent le levier de la GI. Cette définition illustre en quelque sorte la manière dont les acteurs sectoriels doivent s'y prendre pour identifier l'objectif commun et aboutir à des résultats. C'est d'ailleurs ce qui explique pourquoi bon nombre de chercheurs se réfèrent à ces auteurs dans leurs recherches et que cette définition est largement citée dans la littérature. Cependant, à l'instar des auteurs précités, cette définition ne permet pas de saisir les multiples arrangements entre les gouvernements ou entre les paliers d'un gouvernement.

Gagnon et Kouri (2008) quant à eux proposent une définition beaucoup plus étendue de la GI qui vient compléter celle d'Ansell et Gash. Ils entendent par GI « *toute action de coordination des politiques publiques qui est initiée et développée par une autorité publique et qui est actualisée par des acteurs publics et/ou privés multiples, qu'ils se situent dans un ou plusieurs autres secteurs et/ou niveaux gouvernementaux et/ou qu'ils agissent à une ou plusieurs échelles différentes* » (Gagnon et Kouri, 2008 : 3-4). Cette vision de la GI pour la santé est plutôt adaptée au contexte des gouvernements fédérés (comme le Canada ou l'Australie par exemple), car elle englobe les différentes formes de gouvernance existantes entre les niveaux de gouvernement de même que les différentes combinaisons de partenariats locaux, régionaux, nationaux (public-privé, public-communautaire, etc.) regroupés ou étiquetés sous ce vocable.

#### *Définitions relatives au modèle GCSI*

Dans l'ensemble des définitions recensées, le modèle GCSI est présenté comme une collaboration mutuellement bénéfique et dont le résultat est supérieur à la somme des résultats individuels des secteurs impliqués. Jones et Barry (2018) considèrent la GI comme une « *collaborative working relationships where partners can achieve more by working together rather than separately* » (Jones et Barry, 2018: 16). Les auteurs mettent l'accent sur l'engagement mutuel des acteurs dans le processus pour obtenir des résultats collectifs qui transcendent la somme des résultats individuels ; ce que Huzham appelle « avantage collaboratif ». Dans le même ordre d'idée, Seaton et ses collègues (2017) décrivent la GI comme une sorte de collaboration dans laquelle « *partners engaging as a group to work synergistically across organizational boundaries toward a common intended goal* » Seaton et al., 2017 : 1095). Cette définition montre bien l'importance du gain collectif et de la notion de synergie comme dimension importante à prendre en compte pour franchir les frontières sectorielles et atteindre le but commun.

De leur côté, Bryson et ses collègues présentent la GI « *as the linking or sharing of information, resources, activities, and capabilities by organizations in two or more sectors to achieve jointly an outcome that could not be achieved by organizations in one sector separately* » Bryson et coll., 2006: 44). Ici, les auteurs mettent en évidence l'interdépendance des secteurs et le partage des

ressources (information, activités, expertises, etc.) comme moyens pour maximiser les résultats collectifs.

Selon Thomson et Perry la GI est un « *a process in which autonomous actors interact through formal and informal negotiation, jointly creating rules and structures governing their relationships and ways to act or decide on the issues that brought them together; it is a process involving shared norms and mutually beneficial interactions* » (Thomson and Perry, 2007: 25). Cette définition très large de la GI introduit deux concepts centraux : la négociation et la dépendance mutuelle des secteurs. Thomson et Perry précisent que la négociation doit servir de levier pour identifier les problèmes sur lesquels agir et les moyens d'y parvenir, pour définir les règles de fonctionnement, les normes de conduite, les responsabilités et les modalités de prise de décisions. En ce qui a trait à la mutualité, ils soulignent l'importance pour les secteurs d'avoir des liens d'interdépendance et de complémentarité très forts ainsi que des intérêts partagés.

Nous venons de passer en revue quelques-unes des définitions relatives aux deux modèles de GI pour la santé. Comme nous avons pu le constater dans les deux modèles, chacune des définitions basée pour la plupart sur des exemples de cas apporte quelques notions clés à considérer, mais aucune d'entre elles n'est totalement satisfaisante en soi (Wood et Gray, 1991). On pourrait prendre comme exemple la notion de pouvoir qui n'est présente qu'implicitement dans les définitions de Bavis et Juillet et dans celle d'Ansell et Gash pour le modèle HiAP et absente dans toutes les définitions se rapportant au modèle GCSI. Néanmoins nous avons pu relever certains dénominateurs communs. Dans le cas du modèle HiAP, toutes les définitions se focalisent sur les arrangements conventionnels et formels initiés par le secteur public et coordonnés par des gestionnaires publics. Tandis que dans le modèle GCSI, deux notions génériques : l'interdépendance des secteurs et la maximisation des résultats de collaboration sont ressorties des définitions sélectionnées.

Pour ce qui est du modèle GCSI qui nous intéresse plus particulièrement, plusieurs éléments fondamentaux sont absents dans 3 des quatre définitions présentées ci-dessus. Les notions comme l'adhésion volontaire, intérêts partagés, autonomie des secteurs, processus interactif et la négociation sont clairement indiquées dans la définition de Thomson et Perry. En somme elle

est plus englobante et s'applique bien au cas à l'étude. C'est pourquoi nous l'adopterons dans cette thèse. La gouvernance y est définie comme un processus délibératif de prise de décision collective. Nous utiliserons les termes processus de gouvernance intersectorielle et processus délibératif collectif de manière interchangeable.

## **Conclusion**

Cette section met fin à la première partie de ce chapitre dans laquelle nous avons interrogé les notions de base comme la gouvernance, le secteur, l'intersectorialité et décrit les différentes phases qu'a connues la GI avant de devenir un domaine de santé publique. Au cours de son évolution, la GI s'est présentée sous diverses formes et différentes appellations. C'est ce qui justifie notre bref survol des différentes terminologies existantes pour bien nous situer. Les différentes approches de GI sont regroupées sous deux modèles et des définitions relatives à ces modèles sont présentées. La deuxième partie se concentre sur le processus délibératif de prise de décision collective.

## **2.4. Processus décisionnel délibératif**

Le processus délibératif est une méthode de prise de décision collective utilisée dans de multiples domaines tels que la santé publique (Degeling et al., 2015; Gagnon et al., 2011; Milton et al., 2008; Street et al., 2014), le développement local territorial (Brullot et al., 2014), la criminologie (Marteache, 2012); l'environnement (Bickerstaff et Walker, 2005; Birnbaum et al., 2015; Davies et al., 2005; Reed, 2008; Robson et Kant, 2009), etc. Robertson (2012) le définit comme un exercice stratégique où des acteurs intersectoriels font des choix parmi un ensemble d'options fondées sur la préférence de la majorité (Robertson et Choi, 2012). Il est généralement employé par les décideurs dans la résolution des problèmes sociaux complexes qui sont multidimensionnels (Wicked problem) (Blacksher et al., 2012) et qui nécessitent la prise en compte des valeurs et de preuves dans certains cas (Rychetnik et al., 2013; Solomon et Abelson, 2012). Le processus délibératif est également utilisé pour identifier les points communs sur des questions litigieuses comme le dépistage du cancer du sein par exemple. Rychetnik et al. soulignent que la méthode délibérative peut être d'un grand recours quand :

- Le sujet traité est d'une importance publique (concerne un groupe ou une communauté et consomme des fonds publics considérables) ;
- L'impact d'une décision politique est moralement significatif ;
- La décision politique nécessite une compréhension des preuves, mais que la décision ne peut être basée uniquement sur des preuves techniques ou scientifiques ;
- Il y a une controverse permanente et un besoin de résolution (Rychetnik et al., 2013, p. 381)

La méthode délibérative est connue sous des appellations différentes telles : la démocratie délibérative, la politique délibérative, la gouvernance participative, etc... (Blacksher et al., 2012). Elle se présente aussi sous des formes diverses allant de jury de citoyens, forum national, sondage délibératif, budgétisation participative (de Leeuw, 2017; Krinks et al., 2016; Street et al., 2014). La forme de délibération qui nous intéresse est celle où des représentants d'organisation d'intérêts spécifiques provenant de différents secteurs interagissent dans un contexte de développement social.

#### *Acteurs intersectoriels*

Selon Mitchell et al. (1997) dans un processus de concertation les parties prenantes sont celles qui possèdent un ou plusieurs des attributs suivants : le pouvoir, la légitimité et l'urgence des revendications définie comme la pression que l'acteur peut exercer dans le processus dépendamment des enjeux de l'exercice. Girard et Sobczak (Girard et Sobczak, 2010) de leur côté considèrent l'engagement comme critère d'identification des partenaires. Pour eux, les parties prenantes sont celles qui ont un engagement sociétal ou organisationnel. En nous référant à la théorie de Mitchell ainsi qu'à la définition de Girard et Sobczak, nous entendons par acteur intersectoriel tout groupe ou organisme qui s'implique dans un processus délibératif de gouvernance intersectorielle pour défendre des intérêts (organisationnels ou collectifs) et qui dispose d'un ou de plusieurs des trois attributs que sont le pouvoir, la légitimité et l'urgence des revendications pour influencer directement ou indirectement le processus délibératif. Selon cette définition, les Tables de quartiers sont considérées comme acteur au même titre que les autres, car elles ont la reconnaissance sociale ou formelle qui leur accorde la légitimité pour

participer à travers la CMTQ aux prises de décision dans le processus de gouvernance intersectorielle à l'étude : l'Initiative montréalaise. Nous reviendrons sur la CMTQ, les Tables de quartier et l'IM à la section 1 du chapitre 4.

### *Intérêts organisationnels et collectifs*

Les intérêts organisationnels désignent l'ensemble des préférences, besoins ou priorités (Jansen et al., 2012; Provan et Kenis, 2008; Robertson et Choi, 2012) qui constitue la motivation de l'acteur à s'impliquer dans une démarche intersectorielle. Ces intérêts peuvent être déclarés ou non déclarés (Henderson, 2010). Les intérêts organisationnels sont évalués à travers les objectifs de l'organisation d'appartenance, sa mission, ses valeurs, ses activités ou ses priorités du moment et le mandat de l'acteur représentant. Par contre, l'intérêt collectif indique l'ensemble des objectifs d'un projet à travers lequel tous les acteurs se retrouvent. Bien qu'il doive en théorie représenter la plupart des intérêts organisationnels, l'intérêt collectif ne constitue pas la somme des intérêts organisationnels (Roberts, 2004), car certains peuvent être irréconciliables (Lévesque, 2007). Dans les projets intersectoriels, la définition des intérêts collectifs a toujours été un défi de taille en raison de la diversité des acteurs qui y collaborent (Koelen et al., 2008). En général, trois indicateurs sont retenus pour évaluer les intérêts communs. Il s'agit d'objectifs collectifs, des rôles et responsabilités des acteurs et leur degré d'implication ou d'engagement évalué par la fréquence de participation. Basé sur la négociation, le processus délibératif doit être inclusif (Ansell et Gash, 2008; Beierle, 2000; Birnbaum et al., 2015; Choi et Robertson, 2013; Johnston et al., 2010; Murdock et al., 2005; Robertson et Choi, 2012), collaboratif, c'est-à-dire tenir compte des intérêts des divers acteurs et les intégrer dans des propositions communes (Ansell et Gash, 2008; Beierle, 2000; Choi et Robertson, 2013; Marvin, 2002).

### *Stratégies d'influence d'acteurs*

Dans la littérature sur la gouvernance intersectorielle, le concept de stratégies renvoie d'un côté à un processus d'implantation des politiques et des actions de santé (Ollila, 2011 ; Molnar, 2016) ; de l'autre côté, aux comportements des acteurs dans leurs interactions (sullivan, 2006, Bickerstaff, 2005). Dans le cadre de la thèse, la notion de stratégies se réfère à l'ensemble des comportements et de choix faits par l'acteur pour influencer le processus délibératif (Bickerstaff

et Walker, 2005) dans l'intérêt de son organisation ou dans celui du processus de gouvernance intersectorielle. Elles sont mesurées principalement par les objectifs poursuivis par l'acteur ainsi que les moyens dont il dispose pour les atteindre (les ressources), les compromis et les alliances.

### *Conciliation*

Le dictionnaire Larousse définit la conciliation comme « une action qui vise à rétablir la bonne entente entre des personnes dont les opinions ou les intérêts s'opposent ». Souvent confondue avec le concept de médiation en psychologie (Guette-Marty, 2019) et en gestion (Uzan, 2009), la conciliation est largement utilisée depuis plusieurs décennies « sans jamais être bien définie » (Uzan, 2009, p. 63). Des chercheurs considèrent la conciliation comme un processus de résolutions de conflits (Uzan, 2009) alors que d'autres la voient comme une action, une imbrication de deux sphères différentes qui se fait au quotidien (tels le travail et la famille) (Pailhé, 2010). Pour les besoins de la thèse, nous définissons la conciliation comme un processus qui vise à trouver un consensus autour d'un intérêt commun porté par des acteurs d'horizons multiples, d'intérêts et d'attentes variées.

#### **2.4.1. Avantages et inconvénients du processus délibératif**

Plusieurs avantages inhérents au processus délibératif ont été identifiés. Premièrement, il peut améliorer la qualité des décisions qui sont basées sur des informations plus complètes (Beierle, 2002; Reed, 2008). Le deuxième a trait à sa capacité de légitimer les décisions prises et de faciliter leur application (Blacksher et al., 2012; Connelly et al., 2006; Degeling et al., 2015). Les études démontrent qu'en général, les politiques élaborées par un processus délibératif sont perçues comme plus légitimes et plus susceptibles d'être mises en œuvre que celles formulées par des modes hiérarchiques de prise de décision parce qu'elles reflètent les besoins et intérêts des partenaires (Booher et Innes, 2002; Davies et al., 2005; Robertson et Choi, 2012; Solomon et Abelson, 2012; Thomson et Perry, 2006a). Dans le domaine de la santé publique, il permet aux décideurs politiques d'établir de « bonnes priorités » en matière de santé (Kapiriri et al., 2007). Certains experts vont même jusqu'à juger la viabilité d'un système de santé par la capacité des responsables à établir de bonnes priorités (Wikler, 2003 cité par Kapiriri (Kapiriri et al., 2007). D'autres chercheurs ont constaté que le processus délibératif au niveau local permet d'une part



d'impliquer les communautés comme partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de politique qui affectent leur santé (Gregory et al., 2008); d'autre part aux acteurs locaux d'apprendre à se connaître et à mieux connaître la communauté locale; à établir des liens et à développer la confiance et le respect mutuel (Bickerstaff et Walker, 2005; Reed, 2008). Néanmoins, c'est un processus coûteux en matière de temps et d'énergies (Butterfoss et al., 2009; Gregory et al., 2008; Jansen et al., 2012; Robertson et Choi, 2012). Il semblerait que c'est le prix à payer pour aboutir à des décisions de qualité (Vroom, 2003).

#### **2.4.2. Principaux éléments influençant le processus délibératif**

La littérature multidisciplinaire indique que le processus délibératif ne peut se détacher de son contexte général parce qu'il lui est inhérent (Brown, 2014; Emerson et al., 2012; Oral, 2012; Roussos et Fawcett, 2000). Sans entrer dans des détails, notons que le terme contexte est large, complexe, multi- dimensionnel (environnemental, social, culturel, économique) et multiniveau (local, régional, national, global) (Edwards et Di Ruggiero, 2011; Holstein et Gubrium, 2004; Raynaud, 2006). Le contexte peut être un ensemble disparate d'objets, de personnes, d'évènements, de circonstances, etc. C'est ce qui explique pourquoi sa conceptualisation varie considérablement dans les recherches en santé publique et particulièrement dans la recherche interventionnelle en santé (Shoveller et al., 2015). Pour les besoins de la thèse, nous entendons par contexte les circonstances dans lesquelles a eu lieu le processus délibératif.

##### *Contexte interne et externe*

Le processus décisionnel est influencé par le contexte interne et externe de la structure de gouvernance dans laquelle il s'insère (Akdere, 2011; Kapiriri et al., 2007; Laurin et al., 2012; Nooraie, 2012; Oral, 2012; Robson et Kant, 2009; Sagie et Aycan, 2003). Le contexte interne se réfère à l'engagement des partenaires, à la relation de pouvoir, au climat de confiance interne, à la confusion des rôles et responsabilités.

Le contexte externe renvoie au contexte organisationnel particulier des partenaires du groupe de délibération et au contexte structurel, c'est-à-dire politique, socioéconomique et environnemental. Le contexte organisationnel comprend la mission de l'organisation, sa logique institutionnelle (les valeurs et politiques organisationnelles (Bryson et al., 2015; Chen et al., 2013;

Chiarello, 2013; Sharp et Brock, 2012; Van Solinge et Henkens, 2014); la culture professionnelle (ou organisationnelle) (Soum-Pouyalet et al., 2009); le calendrier des priorités de l'organisme, l'insuffisance des ressources financières de l'organisme (Ritter, 2009); l'horizon temporel défini comme la nécessité pour un organisme de démontrer l'impact de ses actions dans un cycle politique court de quatre ans par exemple (D. C. Taylor-Robinson et al., 2008); les caractéristiques organisationnelles (public, privé, tiers secteurs) et personnelles des acteurs (D. Taylor-Robinson et al., 2008).

### *L'engagement et la participation des partenaires*

Les chercheurs qui se sont intéressés aux processus et dynamiques de participation dans le processus de délibération ont fait ressortir des liens entre l'engagement des partenaires et l'efficacité du processus délibératif (Ansell et Gash, 2008; Brailsford et al., 2009; Johnston et al., 2010; Kegler et Swan, 2012; Menassa et Baer, 2014; Robson et Kant, 2009; Sakakibara et Kimura, 2013; Thaler et al., 2016). En effet, un faible engagement des partenaires rend le processus moins crédible; réduit la possibilité de parvenir à des décisions de qualité (Thaler et al., 2016). Plusieurs auteurs (Ansell et Gash, 2008; Kegler et al., 2011; Koelen et al., 2008; Okeyo et al., 2020; Weiss et al., 2016; Zakocs et Edwards, 2006) ont souligné l'importance de la participation et de l'inclusion de tous les secteurs pertinents et significatifs dans toutes les étapes du processus collectif de prise de décision. À ce propos, Ansell et Gash considèrent qu'il faut inclure même les « indésirables ». Cependant, pour être réellement efficace, les différents acteurs doivent être impliqués au début du processus délibératif (Okeyo et al., 2020). L'engagement des acteurs très tôt au processus permet de mettre à plat les différentes compréhensions et interprétations du problème et de ses solutions ; de révéler les intérêts sectoriels ainsi que les différentes positions des acteurs, de clarifier les attentes des acteurs et de bien négocier l'intérêt commun (Emerson et al., 2012; Okeyo et al., 2020).

### *Relation de pouvoir*

Les relations de pouvoir dans le processus délibératif sont aussi largement abordées dans la littérature. Certains auteurs se sont questionnés sur le pouvoir réel d'influence de certains partenaires et leur capacité technique à influencer les décisions (Basiletti et Townsend, 2012; Bickerstaff et Walker, 2005; Choi, 2011; Murdock et al., 2005; Reed, 2008; Thomson et Perry, 2006b). Il a été constaté que dans certaines instances de gouvernance intersectorielle, les opinions des groupes minoritaires sont ignorées (Chaskin et al., 2012; Choi et Robertson, 2013) parce que les mécanismes de participation sont déficients (Degeling et al., 2015). Dans ces circonstances, la négociation se résume au partage d'information (Reed, 2008) et la délibération s'apparente à un processus où les partenaires ayant un rôle marginal ont seulement à approuver des décisions des partenaires dominants (Murdock et al., 2005). Dans leur étude sur la gouvernance intersectorielle pour la revitalisation urbaine dans trois communautés à revenu mixte de Chicago, Chaskin et al. indiquent que les acteurs à faible revenu ont été exclus des décisions, car les mécanismes à la base du processus délibératif favorisaient les acteurs à revenus élevés (Chaskin et al., 2012). La marginalisation des acteurs minoritaires influence négativement le processus délibératif. Aussi, dans le cas des décisions techniques, il a été constaté que certains partenaires n'avaient pas les connaissances nécessaires pour participer efficacement à la prise de décision (Baker et al., 2012). Ces conditions peuvent briser le lien de confiance, générer des tensions qui engendrent des conflits dans le groupe. La confiance mutuelle demeure « l'ingrédient essentiel » (Emerson et al., 2012; Lee et al., 2012; Thomson et al., 2009) d'un engagement actif et durable des partenaires et par conséquent garantit la qualité de la délibération.

### *Rôles et responsabilités*

La question des rôles et responsabilités a été beaucoup discutée dans les recherches (Bryson et al., 2015; Corbin et Mittelmark, 2008; Koelen et al., 2008; Koelen et al., 2012; Nelson et al., 2013; Seaton et al., 2018; Thomson et Perry, 2006b). Il a été démontré que la confusion des rôles des partenaires influence négativement le processus décisionnel (Sakakibara et Kimura, 2013; Tooher et al., 2016). Une étude expérimentale sur la négociation dans un processus délibératif a identifié

des conflits causés par l'incompréhension des rôles des acteurs en présence. Les résultats de l'étude révèlent l'importance d'une compréhension mutuelle des rôles des participants dans le succès du processus participatif (Sakakibara et Kimura, 2013). L'étude de (Kim et al., 2017) sur la gouvernance intersectorielle pour l'implantation des politiques et programmes de santé et de nutrition maternelle et infantile vient corroborer ses résultats. Récemment (Seaton et al., 2018) ont examiné 25 études publiées dans huit (8) pays et ont trouvé qu'avoir des rôles et des responsabilités claires s'est révélé être un des facteurs clés qui contribuent à l'efficacité des processus collaboratifs de promotion de la santé.

### *Contexte externe*

Le contexte structurel (politique, socioéconomique et environnemental) engendre des contraintes structurelles et des opportunités qui influent (de manière positive ou négative) sur le processus délibératif (Emerson et al., 2012). Ces contraintes ou opportunités sont regroupées en deux catégories (Ansell et Gash, 2008; Emerson et al., 2012; Robson et Kant, 2009). Une qualifiée de conditions initiales, et qui sous-entend l'ensemble des conditions nécessaires à la mise en place d'une structure de gouvernance intersectorielle (Kapuriri et al., 2007; Lamari et Landry, 2003; Ritter, 2009; Sagie et Aycan, 2003) et une qui renvoie aux conditions émergentes qui la plupart du temps sont imprévues (Emerson et al., 2012) comme de nouvelles politiques. Les conditions de départ comportent les relations antérieures entre les membres (positives ou négatives) ou des réseaux préexistants (Roussos et Fawcett, 2000), l'interdépendance perçue entre les membres (Ansell et Gash, 2008; Bryson et al., 2006; Roussos et Fawcett, 2000; Thomson et Perry, 2006b) et la disponibilité du leadership (Bryson et al., 2015; Emerson et al., 2012). Certains auteurs évoquent aussi comme antécédents : les attributs individuels et l'environnement opérationnel c'est-à-dire la dynamique de groupe (Brown, 2014), les incitations positives comme par exemple : la disponibilité d'une subvention ou une nouvelle opportunité de financement (Emerson et al., 2012). Les relations antérieures jouent un rôle clé dans la mesure où elles servent de critères pour juger de la fiabilité des autres partenaires et de la légitimité de certains acteurs (Bryson et al., 2015). Dans la même ligne d'idées, Crosby et al. ajoutent que les relations antérieures positives « contiennent probablement une confiance résiduelle » qui va

faciliter l'engagement dans le nouveau processus de gouvernance intersectorielle (Crosby et al., 2015).

### **2.4.3. Principaux indicateurs du fonctionnement du processus délibératif**

Comme mentionné ci-dessus, le fonctionnement interne est un important facteur d'efficacité de la gouvernance intersectorielle. Depuis qu'il est reconnu comme élément clé de la réussite du processus, les recherches se sont intensifiées pour identifier les conditions favorables ou contraignantes au bon fonctionnement de la gouvernance après sa mise en œuvre. Ce qui a donné lieu à une multitude de modèles explicatifs du fonctionnement du processus de gouvernance intersectorielle (Corbin, 2016 ; Seaton, 2018). En promotion de la santé plus particulièrement, plusieurs modèles ont été développés au cours des vingt dernières années (Butterfoss et al., 2009; Corbin et Mittelmark, 2008; Foster-Fishman et al., 2001; Koelen et al., 2012; Lasker et al., 2001; Roussos et Fawcett, 2000). Ci-dessous un résumé synthétique des différents modèles.

- Le modèle de Roussos et Fawcett (2000) est basé sur 34 études publiées et portées sur 252 initiatives de gouvernance intersectorielle au niveau local. Les auteurs ont identifié les aspects du fonctionnement suivant : mission et vision claires, leadership, soutien technique, ressources financières disponibles, changement, suivi des progrès réalisés et démonstration de la valeur des résultats.
- Foster-Fishman et collègues (2001) ont pour leur part examiné 80 articles et chapitres de livres et guides de praticiens de 1975 à 2000. Ils ont réparti les facteurs en 4 catégories interdépendantes : capacité des membres (compétences et attitudes individuelles), facteurs relationnels (relations de travail positives) ; structure organisationnelle (leadership et ressources) et objectifs programmatiques (buts réalistes) (Foster-Fishman, 244-248) ;
- Lasker et al. (2001) ont identifié la synergie comme le mécanisme par lequel le fonctionnement contribue à l'efficacité du processus. Les déterminants de la synergie comprennent : les ressources, les caractéristiques des membres ; les relations entre les membres (confiance, conflit, respect, inégalité de pouvoir) ; les caractéristiques de la structure de gouvernance intersectorielle ; l'environnement externe, p. 189 ;

- Corbin et al., 2008 se sont intéressés aux facteurs qui facilitent ou entravent la synergie dans un processus de gouvernance intersectorielle. En se basant sur une étude de cas, ils ont développé un modèle de fonctionnement des collaborations (le modèle Bergen). Ce modèle décrit le fonctionnement des collaborations comme un processus cyclique et interactif avec des entrées, des débits et des sorties. Les entrées comprennent les ressources du partenariat, la mission/objectif et les ressources financières. Les débits incluent le leadership, la communication, les rôles et la structure (ou leur absence), le pouvoir, la confiance et l'équilibre financier. Dans le modèle, c'est l'interaction entre les entrées et les débits qui vont produire la synergie ou l'antagonisme qui à leur tour vont influencer positivement ou négativement le fonctionnement du processus collaboratif, p.366-369 ;
- Butterfoss et al., 2009 ont élaboré un modèle théorique pour comprendre le fonctionnement des collaborations (coalitions) de promotion de la santé. Les facteurs qui influent sur le fonctionnement des coalitions sont : la communication, la prise de décision collective, la gestion de conflits, le climat, etc.
- Koelen et ses collègues (2012) se sont basés principalement sur leur longue expérience dans la recherche sur les processus de collaboration dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé ainsi que sur la littérature pour développer leur cadre Healthy ALLiances (HALL). Le cadre identifie 3 groupes des facteurs qui peuvent faciliter ou entraver le fonctionnement de tout processus de collaboration. Il s'agit : a) des facteurs institutionnels (politique des différents secteurs, horizons de planification ex. court-terme versus long terme, financement) ; b) des facteurs personnels et interpersonnels (attitudes et croyance, autoefficacité, identité sociale et relations personnelles) ; c) des facteurs liés à la collaboration elle-même (mission partagée ; rôles et responsabilités claires ; visibilité des résultats, leadership et plaidoyer).

Les modèles de Roussos, Foster-Fishman, Butterfoss et de Koelen ont été développés à partir de la littérature sur la collaboration intersectorielle au niveau local alors que ceux de Corbin et de Lasker sont basés sur des actions de gouvernance au niveau international. L'examen de ces

modèles explicatifs et d'autres recherches théoriques et empiriques nous ont permis de constater que les stratégies des acteurs ne sont pas considérées comme un aspect du fonctionnement du processus de gouvernance alors que des recherches empiriques ont mis en évidence l'existence d'une relation dynamique entre les stratégies des acteurs et l'efficacité des processus de gouvernance intersectorielle (Nederhand et al., 2019 ; Sullivan et al., 2006 ; Matthews, 2014).

### *Stratégies d'influence des acteurs et processus délibératif*

En santé publique il n'existe que très peu d'études consacrées aux stratégies d'influence des acteurs (Matthews, 2014). Les stratégies développées sont cruciales dans la mesure où elles influencent l'évolution et les résultats de la délibération (Bjorna et Aarsaether, 2009; Brulot et al., 2014) et par conséquent l'efficacité du processus de gouvernance intersectorielle. Des auteurs (Brailsford et al., 2009; Janssens et Seynaeve, 2000b) ont noté une utilisation différentielle de stratégies par les acteurs en fonction des problématiques discutées et de leur position. Par exemple, dans leur étude longitudinale sur la déségrégation, Janssens et Seynaeve (Janssens et Seynaeve, 2000b) ont montré comment dans un réseau scolaire, une école partenaire à faible pouvoir d'influence a pu faire alliance avec d'autres partenaires hors du réseau éducatif, mais intéressés par la déségrégation pour changer sa position dans son réseau, augmenter son pouvoir et ainsi influencer la décision collective.

D'autres chercheurs font valoir que les acteurs utilisent une variété de stratégies selon qu'ils veulent influencer le processus dans l'intérêt de leur organisme d'appartenance ou celui du groupe de gouvernance intersectorielle (Akdere, 2011; Elbanna, 2006). En raison de leur interdépendance, ils doivent continuellement adapter leurs stratégies en fonction des autres acteurs et des changements survenus dans leur environnement (Bérard, 2009). Par ailleurs, l'influence des différences sectorielles des acteurs sur la délibération a été mise en évidence dans plusieurs travaux (Chiarello, 2013; Oral, 2012; Van Solinge et Henkens, 2014). Des chercheurs ont noté que les organismes qui forment les secteurs-ordres (État, Privé, tiers secteurs) ont des stratégies différentes liées à leur mission et leurs valeurs (Herranz, 2008; Jäger et Kreutzer, 2011; Moore, 2000; Sharp et Brock, 2012). Des études réalisées antérieurement montrent comment les organisations façonnent la manière dont les professionnels interagissent et prennent des

décisions concernant leur organisation d'appartenance (Chiarello, 2013). Dans cette optique, on peut postuler que les stratégies développées par les acteurs sont subordonnées aux pratiques et politiques de leur organisation.

Dans un autre ordre d'idées, dans une étude sur l'évolution d'une intervention intersectorielle de promotion de la santé, des chercheurs (Oliveira et al., 2017) ont conclu que les acteurs influencent la trajectoire de l'intervention par les stratégies qu'ils déploient lors des événements critiques décrits comme les différentes étapes dans l'évolution des interventions. En effet, la notion « événement critique » a pris une place importante dans l'étude des interventions de santé publique et de promotion de la santé en raison de leur complexité et de leur caractéristique évolutive. Elle est utilisée pour analyser leur mise en œuvre, leur évolution ainsi que leur pérennisation.

En conclusion, les écrits sur le processus délibératif sont pour la plupart normatifs et visent à mettre en évidence les mécanismes qui facilitent sa réussite. Certains aspects relatifs aux comportements stratégiques des acteurs qui auraient permis une meilleure compréhension de la dynamique ont été occultés. Les quelques rares auteurs qui ont abordé la question de manière implicite ont mentionné le lien entre les choix stratégiques des acteurs et les décisions collectives qui en résultent (Bickerstaff et Walker, 2005). De plus, nous pensons que les caractéristiques des organismes d'appartenance des acteurs peuvent contribuer à une meilleure compréhension de leurs comportements, car les stratégies sont développées en fonction de leurs compétences conférées par cet organisme (Brullot et al., 2014).

### *Objectifs de la thèse*

Cette thèse cherche à identifier les stratégies d'influence développées par les acteurs intersectoriels pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. De manière plus spécifique, elle vise à :

1. Retracer et décrire les événements critiques qui ont marqué le processus délibératif de révision du protocole d'entente d'une intervention intersectorielle de promotion de la santé ;



2. Caractériser les évènements critiques du point de vue des acteurs de chaque secteur afin de : a) reconstruire les stratégies d'influence déployées par les acteurs pour concilier leurs intérêts et b) d'examiner les conditions d'utilisation de ces stratégies d'influence dans un processus de gouvernance locale/régionale de promotion de la santé.

### **3. Cadre théorique**

Ce chapitre présente les théories qui ont orienté la recherche. Rappelons que la thèse a pour objectif général d'identifier les stratégies développées par les acteurs intersectoriels pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi la théorie de l'acteur-réseau (TAR) aussi communément appelée sociologie de la traduction. Nous l'avons sélectionnée parce que nous estimons qu'elle offre un ensemble de concepts qui nous permet de bien appréhender le fonctionnement interne du processus de gouvernance intersectorielle. Nous avons aussi mobilisé le cadre conceptuel d'analyse du pouvoir dans les partenariats intersectoriels de Dewulf et Elbers (Dewulf et Elbers, 2018) et l'approche « purposive negotiation » de Heckscher (Heckscher, 2013) en complément pour pallier certaines limites de la TAR. Ces trois théories sont utilisées de manière complémentaire. Comme l'affirment Bryson et al. (2015), la gouvernance intersectorielle est un phénomène intrinsèquement multidisciplinaire, pour bien le cerner, il est nécessaire pour le chercheur de recourir à plusieurs théories (Bryson et al., 2015). Dans ce chapitre, nous exposons quelques fondements de la TAR et certains de ses principaux concepts. Ensuite, nous discutons de l'application de la TAR à notre objet d'étude. Puis, nous présentons des limites de la TAR et de l'apport des deux autres modèles. Nous concluons en expliquant la pertinence de combiner les trois approches pour répondre à notre question de recherche.

#### **3.1. Présentation de la théorie de l'acteur-réseau (TAR), ses fondements et ses principaux concepts**

La TAR est une approche qui permet d'explorer et de comprendre la dynamique des interactions entre les acteurs qui se réunissent et font des échanges. Elle a été développée à partir des travaux réalisés par Bruno Latour, John Lord et Michel Callon dans les années 70 sur les mécanismes d'innovations dans les sciences et les techniques (Callon et Ferrary, 2006a). La spécificité de la TAR repose sur le fait qu'elle place les « humains » et les « non-humains » sur le même pied d'égalité dans sa conception de l'innovation. Les deux jouissent du même statut et font l'objet d'un même traitement. C'est le principe de la symétrie généralisée qui rejette le dualisme classique entre « humains » et « non-humains », entre « les faits de Nature » et « les faits de

Société » (M. Callon, 1986). En lien avec ce principe, un acteur (ou actant) désigne « tout individu ou objet impliqué dans la formation d'un réseau sociotechnique. Les fondateurs de la TAR ont utilisé le terme « actant » au lieu d'acteur pour signifier le fait que les objets soient perçus comme des entités agissantes dans le réseau<sup>16</sup>.

Le réseau sociotechnique désigne une association d'entités hétérogènes d'acteurs humains (individus ou groupes) et non humains (objets, outils, éléments de la nature) qui interagissent pour produire une innovation (M. Callon, 1986; Callon, 2006; Callon et Ferrary, 2006a). Les non-humains faisant partie du réseau sont des acteurs à part entière qui « participent à leur manière à la production de l'innovation » (Callon et Ferrary, 2006a, p. 40). Généralement, les réseaux sociotechniques sont instables et leur durée de vie est fonction des actants. L'introduction ou le retrait d'un actant a une incidence sur les composantes du réseau. Elle peut le modifier et dans certains cas conduire à son effondrement. Il se peut aussi que certains réseaux deviennent très stables au point de se transformer en « boîtes noires ». Toute construction d'innovation exige la mise en place d'un réseau sociotechnique (Akrich, 1993; M. Callon, 1986). L'innovation est définie comme un processus dynamique qui nécessite des allers-retours, des négociations diverses pour arriver à créer des liens, à intéresser des acteurs aux logiques et aux horizons distincts à une problématique commune (Callon, 1986 ; Potvin, 2012 ; 2013).

### *Production de l'innovation*

La TAR se concentre sur « l'innovation en train de se faire » et la dynamique des réseaux sociotechniques (Callon et al., 1999). Elle s'intéresse particulièrement aux jeux des acteurs dans la production et la consolidation de l'innovation. La production de l'innovation n'est pas linéaire. Il est constitué de transformations progressives des intérêts, des valeurs et des attentes (Callon et al., 1999). Pour comprendre et analyser un mécanisme d'innovation et suivre les acteurs dans leurs actions, la TAR suggère de restituer non seulement « les diverses décisions prises et leur complexité, mais aussi le temps qu'elles se fabriquent et dans lequel elles se glissent » (Akrich, Callon, Latour, 1988, p.10). En reconstituant les décisions, le chercheur sera en mesure de

---

16 Dans ce texte, les termes « réseau » et « réseau sociotechnique » sont utilisés de manière interchangeable.

retracer les négociations des divers intérêts qui ont abouti à des compromis, les alliances nouées et dénouées, les contraintes et les controverses qui ont nécessité des changements en cours de route...etc. (Callon et al., 1999).

Selon Callon (Callon et al., 1999), la conception de l'innovation est un travail collectif qui est assez léger au début, mais qui se complexifie et s'alourdit au fur et à mesure que le processus évolue. Il s'agit de simples idées « mal ficelées au départ » qui sont négociées et renégociées afin de prendre en compte tous les intérêts et d'aboutir à un projet exprimant des intérêts communs (Callon et al., 1999). En ce sens, l'innovation est une co-construction qui se fait par « des négociations et adaptations successives » et d'échanges constants entre des acteurs venant d'horizons différents qui décident de se coordonner pour défendre leurs intérêts et des intérêts communs. La réussite (ou l'échec) de l'innovation dépend de la qualité du travail effectué au cours de sa construction. «Ce n'est pas la qualité de l'idée originelle qui fait la bonne innovation, mais ce qui se passe pendant le processus (Callon et al., 1999, p. 114). Car l'innovation « ne présente jamais le même visage que l'idée initiale » (Collin et al., 2016, p. 162). Le processus par lequel l'innovation se construit est la traduction.

*La traduction* est définie comme le processus par lequel, les actants rallongent et renforcent le réseau sociotechnique qui conduira à la construction de l'innovation. Elle « permet de comprendre comment des acteurs et des actants se connectent, se lient et s'intéressent les uns aux autres » (Callon et al., 1999, p. 121). La traduction s'effectue en quatre étapes : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés. Ces étapes, qui constituent des moments différents du processus, peuvent se chevaucher (M. Callon, 1986).

*La problématisation* consiste en la formulation d'un problème et en l'identification des acteurs qui y sont concernés (M. Callon, 1986). Problématiser, c'est reconnaître que les acteurs ne peuvent pas atteindre les objectifs visés par eux-mêmes sans l'assistance des autres. C'est aussi définir une série d'acteurs et en même temps identifier les obstacles qui les empêchent d'atteindre les buts ou objectifs qui leur sont imputés (M. Callon, 1986; Potvin et Aubry, 2013). Autrement dit, l'opération de problématisation doit aboutir à la construction d'un réseau de problèmes au sein duquel chaque acteur se sent indispensable au point d'accepter de se déplacer

et de consentir à faire des alliances afin de contribuer à la résolution des problèmes identifiés. La problématisation peut, dans un contexte de tension, nécessiter la présence d'un traducteur (Collins et al., 2016) aussi connu sous le nom de médiateur (Clavier, 2012). Ce dernier a pour rôle d'accompagner les acteurs dans leur démarche de problématisation.

*L'intéressement* est le mécanisme au cours duquel les acteurs sont amenés à modifier leur identité en fonction de leurs nouveaux rôles en lien avec les problèmes d'intérêt et à s'allier sur un objectif commun (M. Callon, 1986). L'intéressement sera d'autant plus facile si les acteurs visés se sentent proches de la problématique d'intérêt et sont disposés à participer activement à la réussite du projet commun. Apparemment, il n'existe pas de stratégies spéciales pour faciliter l'intéressement. Il peut s'agir de la force pure et simple, de la séduction ou d'une simple sollicitation dépendamment du contexte et de l'intérêt des acteurs pour la problématique ou l'innovation proposée (Akrich et al., 1988; M. Callon, 1986). Un intéressement réussi confirme plus ou moins "complètement la validité de la problématisation, qui dans le cas contraire se trouve réfutée"(M. Callon, 1986, p. 188).

*L' enrôlement* est le mécanisme par lequel le réseau définit et attribue un rôle à un acteur qui l'accepte. L' enrôlement est un intéressement réussi. Aussi, pour bien appréhender l' enrôlement, il convient d' analyser « l' ensemble des négociations multilatérales, des coups de force ou des ruses qui accompagnent l' intéressement et lui permettent d' aboutir » (M. Callon, 1986, p. 189-190).

*La mobilisation* représente l' ensemble des déplacements et de détours des acteurs. Pour Callon, mobiliser signifie déplacer les actants de leur lieu d' origine pour les rassembler par des systèmes d' alliances en un lieu commun et à un moment donné. Le déplacement suppose aussi des changements d' identités et d' intérêts; ce qui va contribuer à renforcer le réseau et à faciliter la production de l' innovation (M. Callon, 1986).

*Les Controverses* désignent toutes les discussions, désaccords, remises en question provoquées par une différence d' opinion ou de vision du bien commun. En d' autres termes, les controverses désignent donc l' ensemble des actions de dissidence (M. Callon, 1986, p. 199).

### **3.2. Implication de la TAR pour la thèse**

Parmi les concepts que propose la TAR pour analyser une innovation, nous en avons sélectionné trois pour nous aider à appréhender et à comprendre les stratégies des acteurs dans le processus délibératif de révision de l'Initiative : le réseau sociotechnique, les controverses et l'intéressement. Rappelons que le réseau sociotechnique désigne un ensemble de relations et d'association entre des actants. Une controverse traduit l'incapacité du réseau sociotechnique à se coordonner et à déplacer des entités clés (Potvin et Aumaître, 2010). L'intéressement est la méthode par laquelle les intérêts des entités sont alignés de manière à renforcer les liens entre les entités et à faciliter le déplacement du réseau (Akrich et al., 1988).

La TAR propose qu'une innovation soit portée par un réseau sociotechnique et que les actants qui le composent coopèrent et coordonnent leurs actions pour créer l'innovation (Akrich et al., 1988; M. Callon, 1986; Callon, 2006). La production de l'innovation consiste en des échanges continus, des négociations diverses, des ajustements et des compromis entre les acteurs. En considérant le nouveau Cadre de référence de 2015 de l'Initiative montréalaise (l'IM) comme une innovation, nous concevons le processus délibératif de révision comme un réseau sociotechnique composé d'acteurs humains : les représentants des organismes partenaires et de non humains (les ressources matérielles et financières, les projets des Tables, les plans d'action...etc.). Selon la TAR, le réseau sociotechnique produit des activités ayant des conséquences sur son fonctionnement (Figueiro et al., 2017; Potvin et Aubry, 2013; Potvin et al., 2012). Dans cette optique, le processus délibératif de révision a consisté en une série d'activités comme la mise en place d'un comité de travail, des consultations auprès des membres, l'élaboration d'un plan de travail qui a conduit à la coproduction de l'innovation en l'occurrence le Cadre de référence. Toutes ces activités sont effectuées à travers un processus d'échanges et de négociations au cours duquel chacun des acteurs se positionne par rapport au groupe de gouvernance intersectorielle et vice versa.

La TAR suggère que la construction de l'innovation n'est pas linéaire et est généralement marquée de controverses (Callon, 2006). Étant donné que l'harmonisation des intérêts dans un processus délibératif est ponctuée la plupart du temps de frustrations et de tensions, nous pouvons penser que le processus délibératif de révision n'a pas été marqué uniquement par des activités stables

et planifiées, mais aussi par des événements inattendus qui ont pu changer le cours des choses, c'est-à-dire fragiliser ou ralentir le processus. Dans la mesure où ces événements survenus au cours du processus conduisent à la réorientation de la révision, nous pouvons les assimiler à des controverses au sens de Latour (2006) et les considérer comme des événements critiques (Figueiro et al., 2017). Les controverses sont inhérentes au processus de construction de l'innovation, car elles permettent au réseau de se renforcer (Potvin et Aumaître, 2010). En d'autres termes, les événements critiques peuvent améliorer la satisfaction des participants et leur engagement au processus délibératif (Robertson et Choi, 2012).

Selon (Callon, 2006), les faits sociaux sont construits par l'association des actants humains et non humains. En ce sens, les événements critiques survenus au cours de la révision résultent de l'interaction entre les acteurs intersectoriels et les acteurs non humains entendus ici comme les missions et objectifs des organismes partenaires matérialisés dans des documents qui traduisent et représentent leurs intérêts et qui influencent les décisions et les actions des acteurs. Aussi, caractériser un événement critique revient à identifier non seulement les acteurs humains qui y sont concernés et les acteurs non humains impliqués c'est-à-dire les règles de fonctionnement, les énoncés, des rapports d'activités des acteurs intersectoriels, les traces et inscriptions, etc., mais aussi, le rôle que les acteurs non humains ont joué à la fois dans la production et les conséquences de l'événement. Dans la TAR, les acteurs non humains ne sont pas toujours des ressources mobilisables par les acteurs humains, ils jouent aussi un rôle actif dans le sens où ils peuvent « exiger » les acteurs humains à se reconfigurer autour d'eux » (Federau, 2011). Par exemple quand un événement critique survient, les acteurs intersectoriels vont mobiliser toutes les ressources (acteurs non humains) nécessaires pour faire avancer le processus ou le réorienter dans l'intérêt du groupe de gouvernance intersectorielle. Parallèlement, chaque acteur organisationnel est contraint de se repositionner soit en intégrant d'autres entités à sa problématique d'intérêt, soit en alignant ses intérêts dépendamment de l'ampleur du risque auquel est exposée son organisation.

Le but d'un processus délibératif est d'arriver à des arrangements d'intérêts communs. Dans cette perspective, les acteurs intersectoriels doivent assouplir leur position et ajuster leurs préférences lors de la délibération (Robertson et Choi, 2012). Dans le réseau sociotechnique,

l'interaction des acteurs aux intérêts différents nécessite que chaque acteur ou groupe d'acteurs utilise des stratégies pour attirer les autres à adhérer à leurs propres intérêts et ainsi augmenter leur possibilité de tirer le maximum de profits du réseau (Bilodeau et al., 2011b; Potvin et al., 2012; Potvin et Aumaître, 2010). Selon la TAR, l'acteur est un stratège qui construit et déconstruit des alliances; mobilise tous les acteurs « indispensables » dans son réseau (M. Callon, 1986) pour atteindre son objectif. Ils peuvent aussi utiliser d'autres tactiques comme des arguments pour contourner les difficultés ou demeurer sur leur position. Ainsi, les compromis, les alliances, les arguments fournissent autant d'indications sur la façon dont les acteurs se déplacent dans le réseau et arrivent les intérêts organisationnels et collectifs. En guise d'exemple, un acteur qui possède une forte légitimité dans le groupe délibératif peut forcer un autre à faire alliance avec lui moyennant certains privilèges. Un acteur peut décider de se retirer du processus de délibération ou tout simplement mettre fin à son implication (Bilodeau et al., 2011b). La TAR nous dit qu'il n'existe pas de stratégies spéciales pour faciliter l'intéressement. La stratégie dépend du contexte et de l'intérêt des acteurs pour l'innovation proposée (Akrich et al., 1988).

### **3.3. Limites de la TAR et contribution de Heckscher et de Dewulf et Elbers**

#### **3.3.1. Contribution de l'approche de Heckscher**

L'intéressement est le seul mécanisme dont dispose la TAR pour construire les alliances, faire des compromis et concilier les intérêts. C'est pourquoi Latour suggère de « toujours continuer à intéresser, à séduire, à traduire les intérêts » (Latour, 2003, p. 78). Latour reconnaît également qu'il arrive dans certains cas qu'un acteur « égoïste et aveuglé par ses intérêts » n'accepte aucun compromis. Dans ce cas, l'acteur peut avoir recours à des stratégies « agressives » pour imposer ses préférences (Beuret, 2010) ; ce qui la plupart du temps cause des blocages. Dans les situations de blocage total où il est impossible de négocier les intérêts pour aboutir à un compromis ou à un équilibre, on assiste nécessairement à la suspension ou à l'arrêt du travail d'intéressement et de traduction et par conséquent à l'effondrement du réseau sociotechnique et à l'échec de l'innovation (Latour, 2003). Cependant, il a été démontré dans la littérature sur la négociation et la résolution de conflits que dans des processus collaboratifs, lorsque des épisodes conflictuels surgissent à cause des contradictions internes, les acteurs peuvent mettre en place différents



types de mécanismes pour sortir de la situation de blocage (Beuret, 2010) et continuer à collaborer malgré leur frustration (Rigg et O'Mahony, 2013) et même en l'absence de confiance (Getha-Taylor et al., 2019). C'est ce qui justifie le recours à la « purposive negotiation ».

La « purposive negotiation » est une approche de négociation collaborative fondée sur des buts communs qui structurent la discussion sur la façon de répondre aux différents besoins. L'auteur part du principe que dans des circonstances particulières où il est pratiquement impossible de satisfaire les intérêts qui deviennent incompatibles, les approches communes de gains mutuels (win-win ou win-lose) ne sont pas efficaces pour gérer et résoudre les conflits. Dans les moments de crise par exemple où la confiance se fait rare, où le processus de négociation risque d'être destructeur pour tous les partenaires, il est nécessaire de réorienter la négociation de telle sorte que les différentes parties puissent arriver à un compromis. Heckscher croit que les acteurs peuvent se comprendre et agir ensemble malgré leurs différences d'intérêts. L'important c'est de trouver le moyen de le faire. Ainsi, il propose l'approche de l'objectif partagé comme outil de transformation du processus de négociation.

L'objectif partagé est en fait un nouveau projet construit collectivement qui ouvre de nouveaux horizons et possibilités (image du futur) pour de nouvelles négociations. Heckscher insiste sur le fait que « ce nouveau projet », qui est loin des priorités des différentes parties, doit être rassembleur et attrayant pour que tous les partenaires puissent y adhérer. L'adhésion au nouveau projet va « créer de la confiance, ce qui rend alors possibles les compromis difficiles » (Heckscher et Thuderoz, 2015, p. 27). L'auteur donne l'exemple de certaines négociations environnementales multipartites dans lesquelles la préservation d'une ressource naturelle rare est importante pour tous les partenaires sans être la priorité d'aucun d'entre eux. Les relations découlant de ce type de négociation sont qualifiées de « relation téléologique », c'est-à-dire basée sur la finalité des actions entreprises ensemble. Pour faciliter son succès, l'approche de Heckscher préconise les règles suivantes à respecter :

- L'introduction du but doit transformer le processus de négociation centré (focalisé) sur les intérêts des parties en un processus orienté vers un objectif commun ;

- L'objectif doit être spécifié dès le départ pour permettre à chacun d'en prendre connaissance et d'y adhérer ;
- L'objectif ne doit pas être abstrait. Il peut être vague, mais doit indiquer de nouvelles possibilités qui s'offrent aux partenaires avec des exemples concrets ; ce que l'auteur appelle « une image du futur » partagée par toutes les parties ;
- L'objectif peut inclure des idées à court et à long terme.

L'approche de négociation de projet de Heckscher est pertinente parce qu'elle peut nous aider à comprendre comment les acteurs intersectoriels passent d'une situation de blocage à une situation de collaboration. Dans le cas du processus de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise, elle a été utile pour explorer la manière dont le groupe de gouvernance intersectorielle s'en est pris pour faire face à des événements qui avaient le potentiel de faire échouer le processus de révision.

### **3.3.2. Contribution de l'approche de Dewulf et Elbers**

L'autre lacune relevée dans la TAR concerne l'ignorance ou le rejet de l'asymétrie de pouvoir dans le réseau sociotechnique (Collin et al., 2016; Grossetti, 2007; Jóhannesson et Bærenholdt, 2009) Potvin et Clavier, 2012. Dans la TAR, le pouvoir est perçu comme une construction du réseau (Callon et Ferrary, 2006a; Law, 1992) c'est-à-dire qu'il émerge de la configuration dynamique des actants (Greenhalgh et Stones, 2010). En d'autres termes, le pouvoir des acteurs (actants) ne réside pas en soi, mais dans leurs relations. Pour les fondateurs de la TAR, le pouvoir existe uniquement en l'exerçant et pour comprendre sa mécanique dans le réseau, il faut l'analyser en termes de liens et de connexions en partant du principe que les acteurs (actants) sont tous situés sur le même plan ; qu'il n'existe aucune différence de nature sociologique entre eux (Callon et Ferrary, 2006a; Law, 1992). En se faisant, la TAR nie l'existence des systèmes et des structures dans lesquels les acteurs évoluent qui leur accordent du pouvoir et qui orientent leurs actions. Elle rejette également la dimension de ressources de toutes sortes que les acteurs peuvent mobiliser pour exercer leur pouvoir. Ainsi donc, la manière dont le pouvoir est abordé dans la TAR est limitée pour analyser et comprendre comment et pourquoi le pouvoir est utilisé par les secteurs dans notre processus à l'étude.

Les processus de gouvernance intersectorielle pour la santé sont caractérisés par une dynamique de pouvoir (Elbers et Schulpen, 2013; Gray et Purdy, 2018; Purdy, 2012). Dans un processus délibératif, tous les actants (secteurs) ne sont pas situés sur le même plan, n'ont pas les mêmes ressources et le même pouvoir (Collin et al., 2016; Gray et Purdy, 2018). Aussi les déséquilibres de pouvoir dans les collaborations intersectorielles sont quasiment inévitables même si les secteurs sont interdépendants. L'important c'est d'utiliser le pouvoir à la fois pour satisfaire ses intérêts organisationnels et pour un bénéfice collectif (Gray et Purdy, 2018). Par exemple dans le cas étudié, les bailleurs de fonds possèdent un pouvoir discrétionnaire sur l'allocation des ressources qu'ils peuvent utiliser pour défendre leurs intérêts organisationnels ou les intérêts du groupe de gouvernance intersectorielle. Dans l'hypothèse où ils décident de recourir à ce pouvoir pour influencer le processus, on peut se demander quelles actions vont-ils mettre en place, dans quel but et à quel moment du processus de révision vont-ils les poser ? Le cadre de Dewulf nous fournit des moyens pour répondre à ces questions et à bien d'autres. C'est ce qui justifie sa pertinence pour compléter la TAR.

Dewulf et Elbers proposent un modèle pour analyser les sources de pouvoir ainsi que les stratégies de pouvoir dans les processus de gouvernance intersectorielle dans le but de comprendre comment le pouvoir façonne les résultats des processus. Le modèle repose sur les 3 assertions suivantes :

- 1) L'intersection entre le domaine thématique abordé dans le partenariat et le domaine institutionnel d'un acteur façonne les sources de pouvoir dont dispose un acteur ;
- 2) Un acteur peut mobiliser directement ces sources de pouvoir dans les stratégies visant à obtenir le pouvoir dans les partenariats intersectoriels ;
- 3) Un acteur peut également mobiliser ces sources de pouvoir indirectement en fixant les règles du jeu, pour obtenir un pouvoir sur les partenariats.

Les auteurs définissent le pouvoir comme « la capacité des acteurs individuels (organisationnels) à influencer les décisions collectives du partenariat à leur propre avantage, et ce, de différentes

manières » (Dewulf et Elbers, 2018, p. 3). Dans cette définition, le pouvoir est conçu comme un instrument de contrôle et d'influence - le « pouvoir sur » les autres. Dewulf et Elbers, utilisent le concept de « pouvoir épisodique » pour désigner les différentes façons dont les acteurs exercent leur pouvoir. Le pouvoir épisodique se présente sous trois formes. Le pouvoir direct, fondé sur la dépendance aux ressources, se traduit par la capacité de l'acteur A de faire faire à l'acteur B quelque chose contre sa volonté. Le pouvoir indirect se réfère à la capacité de l'acteur A de contrôler l'agenda de prise de décision en éliminant les propositions de l'acteur B. Le pouvoir idéologique renvoie à la capacité de l'acteur A de manipuler l'acteur B (sa perception de la problématique et de ses intérêts) pour éviter le conflit. Il existe aussi le « pouvoir systémique », exercé par les structures intégrées dans les institutions, qui peuvent activer ou limiter les formes de pouvoir épisodiques. Le cadre met également l'accent sur « le pouvoir dans » et le « pouvoir sur » les partenariats intersectoriels. Le pouvoir dans les partenariats se concentre sur la manière dont les acteurs interagissent comme expliqué ci-dessus. Alors que le pouvoir sur les partenariats concerne plutôt la mise en œuvre des partenariats, la réglementation et l'accès aux partenariats, la définition du type d'interaction et l'évaluation des partenariats. Selon les auteurs, la capacité d'un acteur d'exercer le pouvoir « dans » et « sur » les partenariats est fonction des sources de pouvoir dont ils disposent.

#### *Sources de pouvoir et stratégies de pouvoir épisodiques*

Les auteurs ont recensé 3 sources de pouvoir. Il s'agit des ressources matérielles, de la légitimité discursive et de l'autorité. Le pouvoir basé sur les ressources matérielles renvoie aux dépendances des acteurs et leur accès à des ressources financières, humaines, technologiques et des connaissances. L'acteur sectoriel en possession des ressources les plus critiques dispose de la plus importante source de pouvoir. La légitimité se traduit par la capacité d'un acteur à représenter un point de vue particulier et l'autorité qui est le droit d'un acteur d'agir ou de prendre des décisions. Ce droit reconnu par les autres acteurs du partenariat est lié à sa position hiérarchique. En ce qui concerne les sources de pouvoir, il faut retenir deux choses. 1) La traduction de ces sources de pouvoir en « influence réelle » dépend de la problématique discutée et du problème que le partenariat cherche à résoudre. Les auteurs donnent l'exemple d'une organisation de conservation de la nature qui a la légitimité pour parler au nom de

l'environnement naturel. La légitimité de cette organisation sera plus élevée lorsqu'elle parle au nom des communautés pauvres.

Ces sources de pouvoir sont utilisées dans des stratégies dénommées « stratégies de pouvoir épisodiques » qui peuvent être direct ou indirect. On parle alors de stratégies de pouvoir direct lorsqu'elles sont développées et utilisées par les acteurs pour s'influencer les uns les autres ou pour influencer les décisions collectives *dans* les partenariats. Les stratégies de pouvoir indirect quant à elles sont mises en place pour définir ou modifier les règles du jeu et ce faisant, exerce le pouvoir *sur* le partenariat de façon à influencer le choix des participants dans le futur, le déroulement ainsi que les résultats du processus.

En lien avec les trois sources de pouvoir, Dewulf et Elbers ont identifié trois types de stratégies pour exercer le pouvoir *dans* les partenariats intersectoriels. Il s'agit des stratégies de rétention ou d'investissement des ressources ; des stratégies d'appel à la légitimité discursive et des stratégies d'évocation de l'autorité. Les stratégies relatives à l'investissement ou à la rétention des ressources sont appliquées dans le cas de dépendances des ressources entre les acteurs et où la disponibilité des ressources détermine en quelque sorte la faisabilité des décisions prises collectivement. Trois critères sont proposés pour identifier la dépendance aux ressources : 1) l'importance des ressources pour la survie d'une organisation ; 2) le pouvoir discrétionnaire sur l'allocation et l'utilisation des ressources et 3) la concentration du contrôle des ressources (Pfeffer, et Salancik (2003) cités par Dewulf et Elbers (Dewulf et Elbers, 2018, p. 8-9).

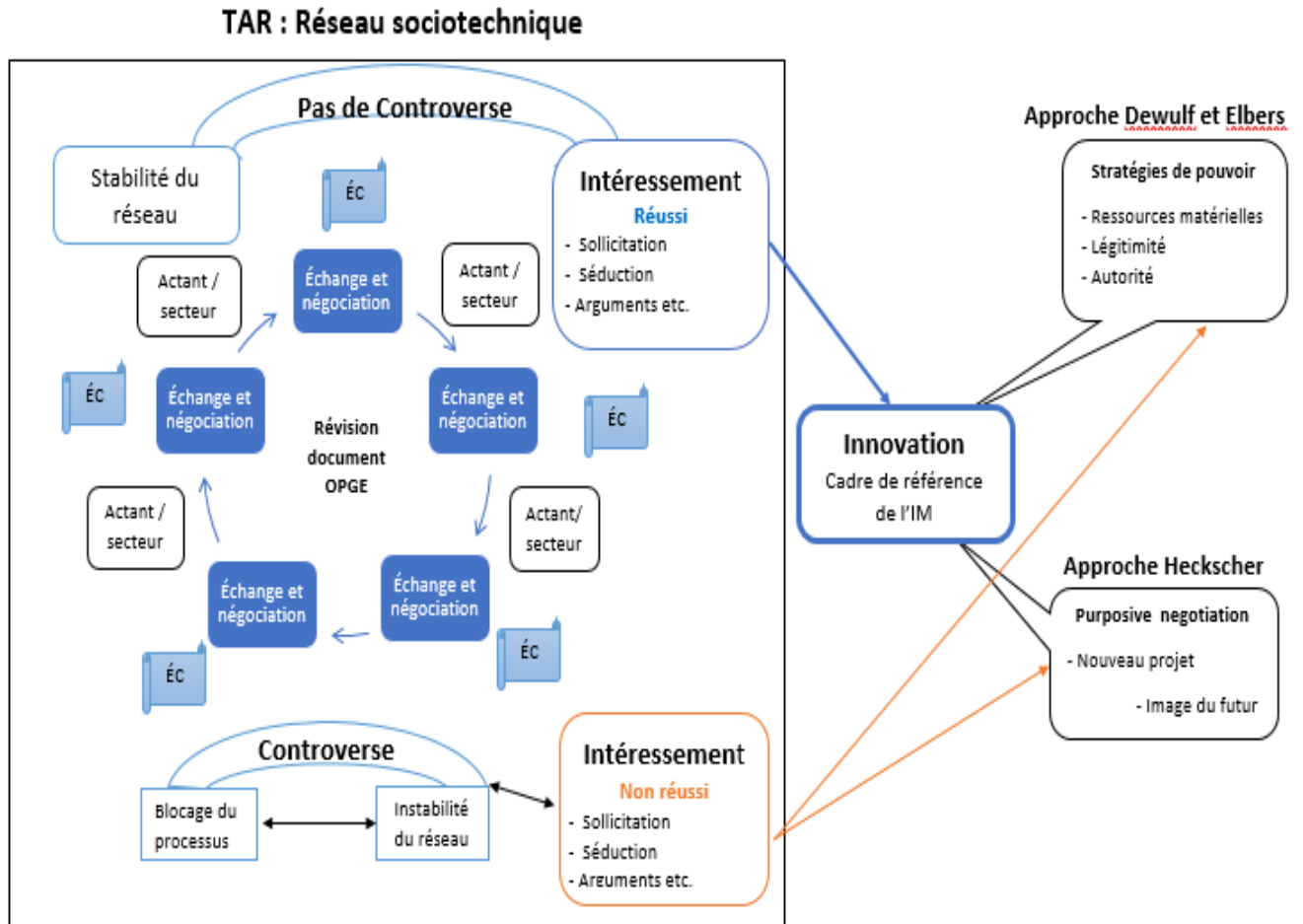
Les stratégies fondées sur la légitimité discursive se manifestent à travers les idées véhiculées, le langage utilisé dans négociation et la création de sens. Les stratégies basées sur l'autorité en tant que droit socialement reconnu sont généralement appliquées par des « organisations chefs de file » qui assurent le leadership ou des bailleurs de fonds dont la notoriété est acceptée par le groupe. Dewulf et Elbers considèrent que les appels à l'autorité sont rarement ouverts et explicites dans les processus délibératifs parce qu'ils mettent en évidence les incohérences du discours selon lequel tous les acteurs ont un pouvoir égal et de ce fait devraient avoir leurs mots à dire dans les décisions.

Les stratégies de pouvoir indirect aussi appelées stratégies de pouvoir sur les partenariats qui sont généralement déployées lors de la conception et l'implantation des processus délibératifs, peuvent également être mises en place à n'importe quel moment du processus collaboratif. Selon Dewulf et Elbers, les stratégies de pouvoir indirect quoique peu visibles sont tout aussi efficaces que les stratégies de pouvoir direct. Les stratégies de pouvoir indirect peuvent être appliquées à travers différentes règles traitant explicitement des interactions et des processus dans les partenariats comme : les règles de sélection des participants ; les règles de l'ordre du jour qui définissent la mission et les objectifs de l'initiative commune ; les règles de séquences définissant les étapes à suivre dans le processus d'interaction ; les règles des tâches qui définissent la structure des activités dans le groupe ; les règles sur l'utilisation des informations du groupe et les règles de prise de décision qui définissent la façon dont les décisions seront prises dans le groupe.

## **Conclusion**

Somme toute, la TAR nous offre la possibilité d'appréhender les dynamiques d'action et le jeu des acteurs dans le fonctionnement du processus de révision de l'IM à l'aide des concepts de réseau sociotechnique, d'intéressement et de controverses. En assimilant le processus délibératif de révision à un réseau sociotechnique nous aurons la possibilité, grâce aux controverses, d'identifier les événements survenus pendant la période de révision et identifier les actions et les mécanismes d'intéressement sur lesquels sont fondées ces actions. Cependant, comme l'ont déjà expérimenté d'autres chercheurs (Cresswell et al., 2010; Greenhalgh et Stones, 2010), la TAR contient certaines lacunes qui nécessitent le recours à d'autres approches théoriques pour les combler (Collin et al., 2016; Grossetti, 2007; Jóhannesson et Bærenholdt, 2009). Dans notre cas, nous avons fait appel à l'approche de Dewulf et Elbers et de celle de Heckscher pour explorer des mécanismes d'actions pour lesquels la TAR avait peu de choses à dire. En introduisant ces deux approches en complément de la TAR, nous pensons être en bonne posture pour une meilleure compréhension du fonctionnement interne des processus de gouvernance et pour atteindre notre objectif général de recherche qui, rappelons-le, cherche à identifier les stratégies développées par les acteurs intersectoriels pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif.

Figure 1. – Cadre théorique de la thèse



## 4. Méthodologie

Ce chapitre décrit l'ensemble de la démarche méthodologique de la thèse. Notre méthodologie suit les lignes directrices fournies par la théorie de l'acteur réseau (TAR) pour bien comprendre et interpréter les interventions de santé publique dans leur mise en place et leur développement. La TAR propose de suivre le réseau d'acteurs à travers un système d'inscription développé par le chercheur, d'adopter un ordre chronologique des événements et d'utiliser un large éventail de sources de données (Bilodeau et Potvin, 2018). Nous débutons le chapitre par la présentation de la stratégie de recherche. Ensuite nous abordons les méthodes de collecte de données et le processus de gestion, de codification et d'analyse. Pour finir, nous présentons les considérations d'éthique relatives à l'étude.

### 4.1. Stratégie de recherche

Notre stratégie de recherche consiste en une étude de cas instrumental (Creswell, 2007; Stake, 2010) et longitudinal associée à la méthode d'incidents critiques (Flanagan, 1954). Nous avons choisi de combiner ces deux méthodes qui selon nous sont complémentaires pour mieux répondre à notre question de recherche. Nous avons tout d'abord sélectionné l'étude de cas instrumental parce qu'elle permet de comprendre un phénomène en profondeur dans son contexte et d'apporter des réponses au « pourquoi » et au « comment » de celui-ci (Creswell, 2007). L'étude de cas permet non seulement d'explorer et de décrire des événements spécifiques dans un contexte donné, mais aussi d'expliquer les relations complexes entre des individus dans une situation particulière (Creswell, 2007; Stake, 2010). À cet égard, l'étude de cas nous semble indiquée pour comprendre la dynamique des interactions des acteurs dans le processus de co construction du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise. Notre étude de cas est également longitudinale et rétrospective. Elle couvre une période de quatre ans, soit de 2011 à 2015. Ce qui nous permet de suivre les acteurs dans leurs actions et de retracer l'évolution de leurs pratiques dans le temps.

La technique d'incidents critiques (CIT) est utilisée en complémentarité avec l'étude de cas. La CIT « *explore ce qui aide ou entrave une activité particulière* » (Butterfield et al., 2009, p. 268).



Autrement dit, la CIT est une méthode de recherche qui permet de s'interroger sur les évènements qui contribuent positivement ou négativement et de manière significative à une activité ou un phénomène du point de vue des répondants. De nature rétrospective, la CIT offre également au chercheur la possibilité d'obtenir des informations sans équivoque et concrètes sur le phénomène d'intérêt dans la mesure où les répondants ont l'opportunité de raconter leurs propres expériences » (Gremier, 2004). Vu sous cet angle, la CIT est particulièrement adaptée pour identifier et sélectionner les évènements qui ont facilité ou entravé le processus délibératif à l'étude.

Différentes approches et variantes<sup>17</sup> de la CIT ont vu le jour depuis son adaptation à la méthodologie qualitative (Butterfield et al., 2005; Getrich et al., 2015; Gremier, 2004; Viergever, 2019). La variante la plus récente est la carte d'évènements critiques (CEC) développée par Figueiro et al. (2017). La CEC est une grille d'analyse qui sert à décrire les évènements critiques survenus lors de la mise en place des interventions de promotion de la santé. De même, elle est indiquée pour étudier et analyser l'évolution et la trajectoire des interventions complexes en santé publique à l'aide d'évènements critiques (Oliveira et al., 2017). En tant qu'outil descriptif ex post, la carte d'évènements critiques (CEC) nous paraît convenable pour reconstruire le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative qui s'inscrit dans une démarche prospective. La CEC comprend 11 variables descriptives (Tableau 2). Nous estimons que la variable « location » qui décrit le lieu de production des actions n'est pas pertinente dans le cadre de cette thèse. Car, dans un processus délibératif, les acteurs interagissent et posent des actions pour l'influencer dans l'intérêt de leur organisation ou dans l'intérêt du collectif. Ce qui nous intéresse ici c'est l'impact de ces actions sur le processus et sur les autres acteurs indépendamment du lieu où elles ont été posées. Par conséquent, elle a été exclue de la description des évènements critiques.

---

<sup>17</sup> Pour plus de détails sur les différentes approches, terminologies ainsi que les domaines d'application de la CIT, voir Butterfield, 2005 et Getrich et al, 2016.

Tableau 2. – Carte d'évènements critiques (CEC)

<b>Titre de l'évènement critique</b>	<b>Description de l'évènement critique qui est fournie dans la première ligne de chacun des évènements critiques</b>
<b>Brève description de l'ÉC</b>	Résumé basé sur les descripteurs
<b>Descripteurs</b>	
<b>Actants</b>	Acteurs humains et non humains impliqués dans l'ÉC
<b>Intérêts des acteurs impliqués</b>	Identifie ce qui est en jeu pour des acteurs spécifiques de l'évènement et/ou leur point de vue particulier sur l'évènement
<b>Interactions</b>	Relations et connexions établies entre acteurs et institutions
<b>Médiation</b>	Processus d'alignement des intérêts
<b>Actions</b>	Pratiques, activités des acteurs, dans l'émergence, la mise en œuvre et la stabilisation des évènements
<b>Conséquences</b>	Résultats des évènements critiques : ce qui s'est produit après le conflit et qui pourrait déstabiliser ou faire échouer l'intervention
<b>Inscriptions</b>	Toute trace matérielle : une lettre, un signe, un fichier, un document, morceau de papier, un courriel... etc.
<b>Location</b>	Lieu où les actions sont produites
<b>Temps</b>	Période où l'évènement s'est produit

#### 4.1.1. Sélection et justification du cas

Le cas dont il est question est le processus délibératif de révision du *Cadre de référence* de l'Initiative montréalaise. Deux raisons justifient le choix de ce cas. Premièrement, tel que mentionné dans le chapitre 1, il peut servir d'instrument pour la richesse des informations qu'elle peut nous fournir en raison de sa nature intersectorielle. L'originalité de l'Initiative vient du fait qu'elle réunit plusieurs secteurs (institutions publiques, organisme philanthropique, milieu associatif) et plusieurs champs de compétence (santé, loisirs...etc.). Deuxièmement, cette thèse s'inscrit dans le projet de recherche interventionnelle de la chaire CACIS. La CACIS travaille en

collaboration avec les principaux acteurs de l'Initiative montréalaise depuis plusieurs années. Elle dispose d'une base de données et de la documentation sur l'Initiative montréalaise ainsi que sur la plupart des Tables de quartiers. L'accès aux ressources matérielles et humaines de la CACIS a joué un rôle important dans le choix de l'Initiative montréalaise comme cas instrumental. Le processus délibératif de révision s'est déroulé à Montréal et a duré 4 ans. En ce sens, nous pouvons affirmer qu'il est un cas concret délimité dans le temps et dans l'espace (Creswell, 2007; Stake, 2010; Yin, 2013). Le processus délibératif de révision offre l'avantage d'avoir été un processus réflexif de prise de décision collective qui impliquait des secteurs hétérogènes en termes de mission, d'objectifs et d'intérêts. Nous pensons qu'il est pertinent pour illustrer la question qui nous intéresse à savoir : quelles stratégies les acteurs intersectoriels mettent-ils en place pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif? Il peut nous fournir suffisamment d'information nous permettant de mieux comprendre le fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle de promotion de la santé aux niveaux régional et local.

#### **4.1.2. Description du cas**

L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local ci-après nommée l'Initiative montréalaise (IM) est un partenariat tripartite qui associe trois partenaires financiers, dont deux institutions publiques et un organisme philanthropique, ainsi qu'un partenaire du secteur associatif dans une démarche de renforcement de l'action communautaire à Montréal. Créée en 2006, l'IM a pour objectif principal de lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales en soutenant les structures locales de concertation dans leur travail de priorisation des enjeux locaux sur lesquels agir pour améliorer "les conditions de vie dans les quartiers dans les domaines de la vie sociale et communautaire, la santé, l'aménagement urbain, l'environnement, l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité, l'emploi, la sécurité alimentaire, la culture, les sports et les loisirs" (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015a, p. 10). Les partenaires institutionnels sont la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre Est-de-l'Île de Montréal ci-après nommé direction de la santé publique et le Service de la diversité sociale et des sports

de la Ville de Montréal plus loin désigné Ville de Montréal. Le partenaire philanthropique est représenté par Centraide du grand Montréal. La Coalition montréalaise des Tables de concertation du Québec (CMTQ) désigne le partenaire associatif. La CMTQ regroupe trente (30) Tables de quartier en développement social à Montréal et intervient sur des enjeux communs à toutes les Tables. Ces quatre partenaires sont impliqués dans l'Initiative montréalaise au niveau régional. L'IM est également constitué de deux partenaires locaux : les CIUSSS de la région de Montréal anciennement les Centres de services sociaux et de santé (CSSS) et les municipalités locales (les arrondissements) qui sont respectivement les représentants de la direction de la santé publique et de la Ville de Montréal sur le terrain. Les partenaires locaux assurent un lien direct avec les Tables de quartier qui sont représentées par la CMTQ au niveau régional. Les municipalités locales participent au financement des Tables de quartiers, mais elles n'agissent pas à titre de partenaires financières et n'interviennent pas non plus dans la gestion des Tables.

L'Initiative montréalaise est coordonnée et gérée au niveau régional par trois comités permanents (organigramme en annexe 1) et trois sous-comités dont le comité de gestion élargi, le comité plan de développement et le comité outil promotionnel qui se réunissent au besoin. Les trois comités permanents sont :

- Le comité de pilotage, formé de représentants des différents partenaires régionaux et locaux, qui assure la coordination de l'Initiative. Composé de 14 membres, il a pour mandat de définir et de veiller au respect des orientations stratégiques de l'Initiative;
- Le comité des partenaires financiers qui est composé de trois gestionnaires représentants des bailleurs de fonds, dont Centraide, la Direction de santé publique et la Ville de Montréal. Ce comité confirme les fonds alloués annuellement à l'Initiative par chacun des partenaires financiers. Il valide les recommandations du comité de gestion concernant le versement annuel et le renouvellement triennal. De plus, il agit à titre de médiateur et de juge entre le comité de gestion et les Tables de quartier. Sa décision est « finale et sans appel »;

- Le comité de gestion constitué d'un représentant de chacun des bailleurs de fonds chargé de veiller à l'application et au respect des orientations de l'Initiative. Il est responsable de : a) définir les cahiers de charges de chaque Table; b) d'analyser la reddition de compte annuelle et triennale et de faire la rétroaction appropriée aux Tables de quartier; c) de produire un bilan d'activités pour approbation par le comité de pilotage. Les partenaires financiers se sont assurés qu'ils soient représentés par des personnes différentes dans les deux comités (gestion et partenaires financiers).

L'activité principale de l'Initiative montréalaise consiste essentiellement à soutenir financièrement les 30 Tables de quartier selon les modalités définies par les partenaires financiers et qui sont présentées dans le document intitulé « Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation ». Ce document décrit la nature de l'Initiative, ses objectifs, ses orientations, les modalités, les outils de gestion et de reddition de comptes. En 2009-2010, la contribution financière tripartite versée aux Tables était estimée à près de deux millions de dollars (Convercité, 2011). Ce montant a été bonifié d'un million en 2012 (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015a). En plus du financement, l'Initiative montréalaise fait la promotion des Tables.

Sur le plan local, les Tables de quartier sont des espaces de concertation intersectorielle où tous les acteurs locaux de différents champs d'action incluant les citoyens sont invités à discuter des enjeux de leur quartier, à s'engager dans une démarche consensuelle de planification des priorités sous forme de plan d'action, à s'impliquer dans la mise en œuvre et le suivi du plan d'action. Elles n'ont pas de responsabilité spécifique dans l'Initiative, mais y sont représentées par la CMTQ. Elles ne sont pas considérées comme des partenaires, mais des mandataires qui reçoivent des fonds pour animer des espaces de concertation et des actions de suivi (Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2015b). Elles sont en contact direct avec le comité de gestion qui veille au respect des principes établis par l'Initiative et à l'utilisation adéquate des fonds qui leur sont alloués.

### *La révision du Cadre de référence*

En 2011, cinq ans après son implantation, le comité de pilotage a engagé une firme pour évaluer l'Initiative montréalaise. L'évaluation avait pour objectifs : a) d'évaluer le degré de satisfaction des différents partenaires des structures de l'Initiative, de ses modes de gestion, de reddition de comptes et d'évaluation; b) d'identifier des pistes de solution pour améliorer le partenariat (Convercité, 2011). L'évaluation a révélé l'existence d'une certaine ambiguïté par rapport au rôle des partenaires locaux dans l'évaluation des Tables de quartier. À titre d'exemple, les arrondissements jouaient le double rôle de partenaire et de gestionnaire dans les concertations locales. Deuxièmement, une insatisfaction croissante des Tables des outils et du processus de reddition de compte ainsi que des critères d'évaluation a été aussi mentionnée par des répondants (Convercité, 2011, p. 29). Plusieurs recommandations ont été formulées dont celle de mettre à jour le document « Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation » de l'Initiative afin de :

- ✓ Préciser les rôles et responsabilités des partenaires locaux et régionaux dans l'évaluation des Tables;
- ✓ Revoir les modalités de gestion et de reddition de compte dans le but de réviser les processus et les outils d'évaluation, sur la base de critères à préciser avec les partenaires de l'Initiative montréalaise et les Tables.

D'une manière générale, les recommandations ont été bien accueillies par les partenaires qui estimaient qu'elles concordaient bien avec les préoccupations des différents secteurs. Un mois après la publication du rapport d'évaluation, le comité de pilotage a déclenché un processus délibératif pour procéder à la révision du document « Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation ». L'exercice de révision a nécessité des consultations auprès des différents partenaires sectoriels de l'Initiative. Ce processus a conduit à la coproduction d'un nouveau Cadre de référence diffusé en juin 2015 qui s'est substitué au document de 2006.

#### **4.1.3. Identification des participants à la recherche**

Les participants à la recherche représentent tous les membres réguliers et occasionnels du comité de pilotage de l'Initiative montréalaise qui, à un moment ou à un autre, ont participé au processus délibératif de révision du cadre de référence. Les membres réguliers comprennent tous ceux qui étaient actifs pendant la période de révision incluant les retraités et les anciens membres c'est-à-dire ceux qui ont changé d'emplois pendant et après le processus. Les membres occasionnels sont les acteurs qui ont été appelés pour leur compétence par leur organisme d'appartenance à les représenter dans un comité de travail. La médiatrice embauchée par l'Initiative montréalaise pour accompagner le comité de pilotage dans la démarche y est également incluse. Au total vingt (20) acteurs ont été identifiés. Parmi eux, un a pris sa retraite et a été injoignable au moment de l'étude. Un autre a changé d'emploi au début du processus. Nous l'avons contacté, mais il estime ne pas être en mesure de répondre à des questions précises sur le processus vu qu'il est parti au tout début. Au total, 18 personnes ont participé à l'étude dont 13 membres réguliers (sept membres actuels, deux anciens membres et quatre retraités); quatre membres occasionnels et la médiatrice (Tableau 3). Dans le cadre de cette thèse, la médiatrice est une experte venue de l'extérieur qui dispose d'une certaine légitimité et dont le rôle est d'aider les partenaires à parvenir à un consensus.

Tableau 3. – Participants à la recherche identifiés

Partenaires locaux et régionaux	Membres du comité de pilotage			Non membre	Total
	Réguliers				
	Actuels	Anciens	Retraités		
DSP	1	-	1	1	3
Centraide	1	1	2	-	4
Ville de Montréal	2	-	-	-	2
CMTQ	2	-	-	1	3
Municipalités locales (Arrondissements)	-	1	-	2	3
CSSS	1	-	1	-	2
Médiatrice	-	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>18</b>

## 4.2. Méthodes et déroulement de la cueillette de données

En cohérence avec les recommandations de la TAR et conformément aux exigences de l'étude de cas et de la méthode d'incidents critiques, nous avons recueilli nos données auprès de sources différentes. Nous présentons les différentes sources et techniques que nous avons utilisées pour recueillir des données. Le déroulement de la collecte, les défis rencontrés et les moyens utilisés pour y faire face sont décrits dans l'article 1.

### 4.2.1. Recherche documentaire

Utilisée dans la phase initiale de l'étude, la recherche documentaire a consisté à répertorier et à consulter tous les documents relatifs à l'Initiative montréalaise. Nous avons consulté les ordres du jour de réunions, les procès-verbaux, les notes et documents de travail, les rapports



d'évaluation, les rapports d'activités et d'autres documents pertinents obtenus auprès des membres. L'analyse documentaire a permis de construire une matrice chronologique telle que décrite par (Miles et Huberman, 2003) des événements recensés. Sur la base des données existantes, nous avons élaboré une première ligne de temps de tous les événements survenus au cours du processus délibératif de révision du Cadre de référence de 2011 à 2015.

#### **4.2.2. Focus group exploratoire**

Les focus group ont eu lieu durant la deuxième phase de la recherche pour discuter de la chronologie que nous avons élaborée. Les acteurs participants représentaient chacun un secteur. Ils ont été sélectionnés parce qu'ils avaient été impliqués dans tout le processus délibératif de révision de 2011 à 2015. De plus, ces quatre participants sont les porte-paroles de leur secteur respectif. Ils sont chargés de faire le lien entre la chaire CACIS et l'Initiative montréalaise. À travers ces focus group les acteurs ont pu identifier eux-mêmes les événements critiques qu'ils considèrent être les plus pertinents pour comprendre et reconstruire le processus délibératif de révision. Plus de détails sur le déroulement des focus group sont donnés dans l'article un (1) ci-dessous. Avec la permission des participants, les focus group ont été enregistrés. Les grilles se trouvent en annexe deux (2).

#### **4.2.3. Entrevues individuelles semi-structurées**

Une grille d'entrevue a été élaborée en fonction des objectifs de la recherche (Annexe 3). Les thèmes des entrevues portaient dans l'ensemble sur: a) la perception des acteurs des événements critiques, b) les principaux enjeux et c) les actions mises en place au cours du processus délibératif. Pour être éligible à l'entrevue, l'acteur devait avoir été impliqué dans au moins un (1) des quatre événements critiques retenus<sup>18</sup>. Nous avons réalisé 17 entrevues individuelles semi-structurées au lieu de 18 parce qu'un des acteurs qui avait participé aux deux focus group exploratoires s'est désisté pour l'entrevue. La plupart des entrevues ont eu lieu au bureau des participants. Les retraités ont préféré nous rencontrer dans les locaux de l'école de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). Les entrevues ont été enregistrées avec

---

<sup>18</sup> La démarche de choix des événements critiques est expliquée dans la section 1 du prochain chapitre

l'accord des participants. Le tableau 4 ci-dessus présente les acteurs interrogés par secteur et par évènement critique (ÉC).

Tableau 4. – Acteurs rencontrés en entrevue par secteur et par évènement critique

<b>Partenaires Régionaux et locaux</b>	<b>ÉC1</b>	<b>ÉC2</b>	<b>ÉC3</b>	<b>ÉC4</b>
<b>DSP (3)</b>				
2	XX		XX	XX
1				X
<b>Centraide (3)</b>				
1	X		X	X
1	X			
1			X	
<b>Ville de Montréal (2)</b>				
2	XX	XX	XX	XX
<b>CMTQ (3)</b>				
1	X			X
1	X		X	
1				X
<b>Municipalités locales/ Arrondissements (3)</b>				
1	X	X		
2				XX
<b>CSSS (2)</b>				
1	X		X	X
1	X			X
<b>Médiatrice (1)</b>			X	X
<b>Total (17)</b>	13	3	9	13

Comme le montre le tableau 4, des 17 répondants, 13 ont été impliqués dans l'ÉC1, trois (3) dans l'ÉC2, neuf (9) dans l'ÉC3 et 13 dans l'ÉC4. Remarquons que la plupart des répondants se trouvaient mêlés à plusieurs ÉC. Par exemple, les deux représentants de la ville ont été impliqués dans tous les ÉC.

### 4.3. Le déroulement de la collecte

**Article 1:** The Use of Critical Incident Technique in Population Health Intervention Research: Lessons Learned. *International Journal of Public Health* (2018) 63:429–430  
<https://doi.org/10.1007/s00038-017-1057-3>

Achille Dadly Borvil\*<sup>1</sup>, Natalie Kishchuk<sup>12</sup>, Louise Potvin<sup>13</sup>

#### AFFILIATION

1 École de santé publique, Université de Montréal, Canada

2 Program Evaluation and Beyond Inc, Canada

3 Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Canada

\*Corresponding author:

Achille Dadly Borvil

[achille.dadly.borvil@umontreal.ca](mailto:achille.dadly.borvil@umontreal.ca)

The Critical Incident Technique (CIT) is widely used in qualitative research to reconstruct processes. Since its conception by Flanagan (1954), it has been used in various fields (Butterfield 2005). Recently, Figueiro et al. (2017) introduced a variant, the Critical Event Card (CEC), a tool for analyzing the evolution of complex public health interventions using critical events. We used this tool to reconstruct and analyze deliberative processes involved in the revision of the policy framework of the “Montreal Initiative”, an intersectoral social development intervention. The Initiative was created in 2006 by public and philanthropic financial partners along with an associative partner representing front-line organizations. Its objective was to address poverty and social inequalities in neighborhoods by supporting local consultative structures. In 2011, these partners began deliberating on revised management and evaluation plans. Our research aims to understand how intersectoral actors reconcile their organizational and collective interests in such deliberative processes. This article proposes an approach to identifying and validating critical events in intersectoral deliberative processes. The method utilized to select the key critical events in 4-year deliberative process of the Initiative as well as the lessons learned are presented.

Critical events (CE) are defined as "any action that has had a positive or negative impact on the deliberative process of revising the policy framework ". Using secondary data from the Initiative documents (minutes, evaluation reports, activity reports, working papers), we first identified in chronological order all events of the deliberative process between 2011 and 2015.

#### A. The approach

1. We organized a one-hour exploratory focus group with four Initiative partners involved in the 2011-2015 process to discuss and validate the proposed event timeline. In an invitation letter sent well prior, participants were asked to recall the deliberative process, and bring their old agendas, notes and other support materials. At the end of the focus group, we explained that we would review the event chronology with their new information to identify those they considered critical. After a brief reminder of the definition of "critical event", a date was set for a second focus group.
2. The data collected were used to adjust and consolidate the initially proposed event chronology and identify both the events considered critical (CEs) and the actors involved. The second focus group was used to the validate critical events, delimit them in time and retain those considered essential. Participants were then reminded of the next step, individual

interviews with all the actors involved in the selected CEs. Each participant agreed to inform relevant stakeholders in their respective sectors about the upcoming interviews, and to contact retired and former members and obtain authorization to share their contact information.

Upon reception of the contact information, an information and invitation letter was emailed to all potential participants and the interviews were scheduled and conducted. Participants received a reminder email including the interview protocol and a description of the CEs on which the interview would be based. Each potential participant was asked about the CE (s) in which he/she was involved. The individual interviews lasted between 35 minutes and 2.5 hours.

## B. Lessons Learned

### a. Bringing participants back in the past

Participants in the exploratory focus group were amazed at the number of events that had occurred during the process. Most of them had forgotten about some events in which they were involved. The preliminary review of the events served as a refresher, consequently facilitating the discussion by resituating them in the past process. Throughout the individual interviews, participants struggled to define the events, even though the list had been sent prior to the interview. Most participants found it difficult to describe in detail "an event" without mixing it with other events. Some were confused in the details of the events and switched from one event to another without realizing it, omitting important details. In this context, how to ensure that researcher and participants are talking about the same event? That answers provided refer to the event about, which the questions are being asked? First, the researcher must master the study objects to be able to differentiate the events and refocus participants. This underscore the importance of the exploratory focus groups and the in-depth study of documents. Secondly, frequent reminders were effective in bringing participants back to the events. However, reminders could sometimes create more confusion and some participants became so confused in their accounts that they wanted to give up the interview. In these situations, breaks were given to allow them to get back into the process.

b. Adopting a strategic posture

Participants took advantage of the individual interviews to express their emotions about the process being studied. Some said they were satisfied with their involvement in the review process; others claimed to be disappointed; some were angry; others felt that they had simply played the game. We also found that participants' responses to interviews varied with the emotions felt and experienced at the events. To facilitate interaction, we adopted different postures: keeping a distance from angry participants; demonstrating empathy and understanding in the face of disappointment; smile or acquiescing to share the pride of satisfied participants. This strategy helped create a climate of trust, allowing participants to be open and authentic. Our challenge was to remain focused on the subject matter, not on participants' feelings. To do so, we logged difficulties encountered and our responses to respondents' emotions. After each interview, we returned to the interview process to analyze our behaviors, reflect on their effects on the data collected, and plan strategies for subsequent interviews. Thus, through reflexive work of continuous questioning (Champagne and Clennett-Sirois 2016), we adjusted our posture strategically throughout the data collection to ensure its quality.

In the reconstruction of a deliberative process, all actions that have had a positive or negative effect on its progress can be considered as critical events. To understand them, the researcher must master the object of study well; use techniques to help participants locate themselves in the past and circumscribe events over time; and adopt a strategic attitude to ensure data validity.

### **Compliance with Ethical Standards**

This study is not funded.

**Ethical approval:** All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

**Informed consent:** Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

## References

Butterfield LD, Borgen WA, Amundson NE, Maglio A-ST (2005) Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. *Qualitative Research* 5 (4): 475-497

Champagne A, Clennett-Sirois, L (2016). Les émotions en recherche : pourraient-elles nous permettre de mieux comprendre le monde social ? *Recherches qualitatives* 20 : 83-99

Figueiro AC, Oliveira SR-DA, J, Hartz Z, Couturier Y, Bernier J, Freire M-DSM, Samico I, Medina MG, De Sa RF, Potvin L (2017) A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health* 62 (2): 177-186

Flanagan JC (1954) The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* 51 (4) : 327–358

#### **4.4. Gestion des données**

Les focus group et les entrevues ont été retranscrits intégralement. Les focus group ont été transcrits mot à mot pour tenir compte des non-dits, des rires et des silences. Pour assurer l'anonymat des répondants, nous avons utilisé le code P (P1, P2, P3, P4) pour les participants des focus group et le code A (A1, A2, A3, A4) pour ceux des entrevues. De même, les secteurs ont été codés en S (S1, S1.1; S2, S2.1; S3; S4). Dans le cadre des entrevues individuelles, les codes A et S ont été combinés en AS. À titre d'exemple, le code A1S1 renvoie au répondant 1 du secteur 1; le code A2S1.1 au répondant 2 du sous-secteur 1 (palier local du secteur 1) et ainsi de suite. En ce qui a trait à la médiatrice, nous avons choisi Marie comme nom fictif.

Finalement, pour gérer les données, nous avons utilisé QDA miner 6 qui est un logiciel de soutien aux analyses qualitatives. Nous l'avons choisi parce qu'il est adéquat pour notre recherche dans le sens qu'il nous offre des outils pour organiser et analyser du contenu d'entrevues, de discussion de groupe, etc. QDA miner 6 constitue un outil précieux en ce qu'il permet entre autres de découper des textes en unité de sens, d'y accoler des codes ou des thèmes. De plus, QDA miner nous était familier. Le fait d'être déjà habitué à son environnement numérique nous a permis de diminuer le temps de codage. Ce qui a constitué un avantage non négligeable. De surcroît, il est disponible gratuitement pour les étudiants à l'Université de Montréal.

#### **4.5. Codification et analyse des données**

##### **4.5.1. Données des focus group**

Après avoir lu et relu de manière approfondie le matériel, nous avons procédé manuellement à un codage déductif en référence aux quatre événements critiques (ÉC). L'opération de codification a consisté à repérer tous les « passages » liés à un aspect ou une dimension d'un ÉC et à les regrouper sous une même catégorie d'événements. Nous avons privilégié les séquences où il y a plus d'échanges et de discussions, car nous avons choisi un plan d'analyse fondée sur le déroulement temporel pour faire ressortir l'évolution des positions des acteurs en dégagant les nuances, les hésitations, les actions et réactions, les négociations, les solutions trouvées



(Baribeau, 2009). Ce plan était pertinent dans la mesure où il nous a permis de nous concentrer à la fois sur le contenu et le processus des focus group (Barbour, 2005). L'analyse thématique (Miles et Huberman, 2003) a été privilégiée dans cette phase.

#### **4.5.2. Données d'entrevues**

Après une lecture flottante du matériel pour nous en approprier, nous avons procédé à l'analyse des données qui s'est déroulée en cinq étapes. La première a consisté en une décomposition du verbatim en évènements et en secteurs. Nous avons ainsi créé huit documents qui regroupent des extraits de verbatims pour chacun des secteurs et chacun des évènements critiques. Nous avons procédé à un codage déductif de la première partie des entrevues basé sur la carte d'évènements critiques. Chaque unité de sens a été placée sous une catégorie (une variable). Nous avons utilisé uniquement des codes génériques pour regrouper les unités de sens ayant trait à un évènement critique particulier. Nous avons refait la même procédure pour les quatre évènements. Cette partie de l'analyse réfère à l'objectif 1 de la thèse qui est de décrire les évènements critiques.

La deuxième étape est une démarche de codification que nous pouvons qualifier de « bricolage » (Ayache et Dumez, 2011). Le bricolage est défini comme une combinaison de plusieurs approches (inductive/déductive) et plusieurs formes de codage pour éviter le risque de circulation des données et permettre de nouvelles découvertes (Ayache et Dumez, 2011). Nous avons débuté le processus de codification en utilisant la forme multinominale (Ayache et Dumez, 2011) qui consiste à coder une unité de sens « selon des systèmes de ressemblances distincts » (p. 38). Nous avons choisi ce type de codage pour mieux faire ressortir les différences et les ressemblances entre les stratégies d'influence déployées et entre les secteurs. Dans cette forme de codage, chaque unité de sens a fait l'objet de codage multiple en fonction des thèmes de l'objectif 2 et des thèmes émergents. Ce qui signifie qu'une unité de sens a été codée selon qu'elle renvoie à la fois au concept (ex. stratégie), à un évènement critique spécifique et à l'appartenance sectorielle du répondant. Par exemple, le code Action1/ÉC1/S1/objectif se réfère à une action posée par le secteur 1 durant l'évènement critique 1 et qui précise le but de l'action. Bien que les codes aient été prédéfinis, ils ont été modifiés et bonifiés tout au long du processus

de l'analyse des données pour intégrer les codes émergents. Au fur et à mesure que la codification progresse, nous avons eu recours à des codes trinominaux. Ces derniers ont été utilisés pour rapprocher certaines unités de sens sous une même catégorie. Par exemple, ils ont servi à identifier les stratégies développées dans les secteurs, car nous avons constaté qu'elles n'ont pas été de même nature et que cela nécessitait une analyse séparée. De même, nous avons exploité les codes trinominaux pour particulariser les conditions d'utilisation des stratégies d'influence par les secteurs.

La troisième étape a consisté en la hiérarchisation des unités de sens. Pour cela, nous avons eu recours à des codes binominaux distincts pour marquer les différences spécifiques entre les catégories. Ces codes binominaux ont été employés par exemple pour distinguer les actions posées dans les secteurs de celles mises en place à la frontière des secteurs ainsi que les mécanismes à la base de ces actions.

La quatrième étape a consisté à comparer les codes bi et tri nominaux qui ont des caractéristiques communes et à les regrouper sous des codes génériques pour l'analyse transversale. Nous avons répété les étapes 2 et 3 plusieurs fois pour chacun des secteurs et des événements avant de procéder à l'analyse finale.

En résumé, cette recherche peut être qualifiée d'étude de cas enchâssés de type 2 (Yin, 2013) parce qu'elle comporte plusieurs unités d'analyse : événement critique, organisation/secteur. Les données d'entrevues ont été utilisées sous des angles différents en fonction des unités d'analyse. C'est ce qui justifie la variété d'approches que nous avons employées : matricielle, longitudinale, l'analyse de contenu thématique interprétative et l'analyse transversale.

#### **4.6. Considérations éthiques**

Cette recherche a été soumise à trois comités d'éthique : le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (CÉRES); le comité d'éthique de la recherche en Dépendances; inégalités sociales et santé publique (CÉR-DIS) du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le

comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord- de-l'Île-de-Montréal (Annexe 4). Tous les participants ont signé un formulaire de consentement avant l'entrevue dans lequel les objectifs du projet, les engagements liés à leur participation à la recherche et les critères de confidentialité y sont explicités (Annexes 6 et 10). Les entrevues ainsi que les formulaires de consentement sont conservés dans le bureau de la CACIS pour une période de sept ans conformément aux normes en vigueur à l'Université de Montréal. Après cette date, ils seront détruits.

## 5. Résultats

Ce chapitre de résultats comporte trois sections. La première décrit la reconstruction du processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise à l'aide d'évènements critiques. La deuxième section consiste en un article intitulé « Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada ». Il examine les stratégies développées par les secteurs impliqués dans le processus de révision du Cadre de référence et y présente une typologie. L'article est accepté pour publication dans la revue *Health Promotion International*. La troisième section comporte un article qui s'intitule : l'utilisation des stratégies d'influence dans un processus de gouvernance intersectorielle. Il est en préparation et sera soumis à *Social Science and Medicine (ou Critical Public Health)*. Dans cet article, la typologie présentée dans la section 2 est appliquée au processus de renégociation afin d'examiner les conditions dans lesquelles les différentes stratégies ont été déployées par les secteurs.

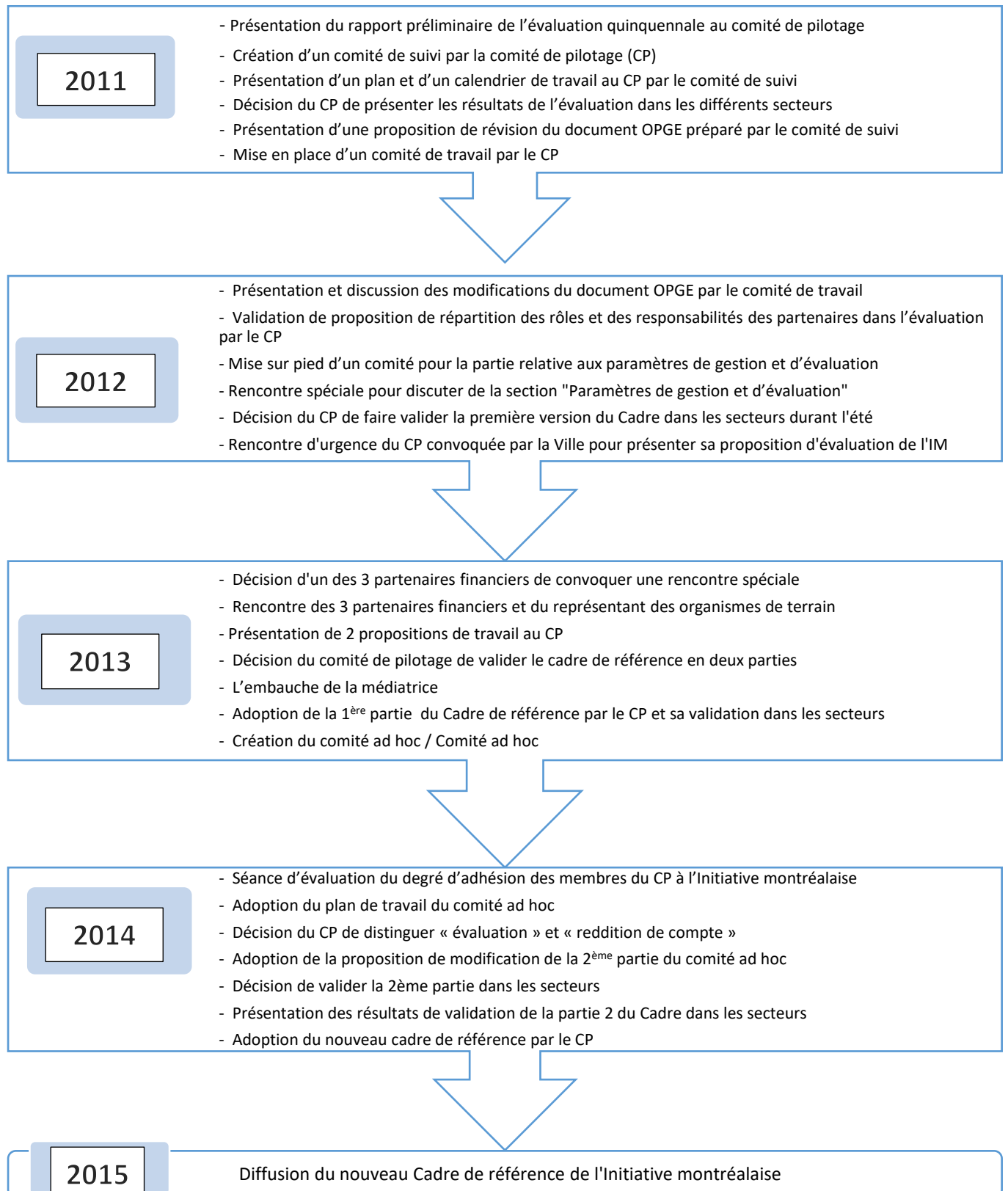
### 5.1. Section 1 : Reconstruction du processus délibératif de révision du Cadre de référence

Cette section présente les résultats de l'objectif 1 de la thèse qui est d'identifier et de décrire les évènements critiques qui ont marqué le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise de 2011 à 2015. Divisée en deux parties, la première décrit la démarche d'identification et de sélection des évènements critiques. Vous y découvrirez pourquoi et comment les acteurs sont arrivés à choisir seulement 4 évènements critiques. La deuxième présente une description des évènements critiques retenus selon les onze (11) variables de la carte d'évènements critiques de Fugeio et al. (2018) décrit dans le chapitre précédent. Avant d'aller plus loin, rappelons que dès le départ nous avons établi qu'un évènement sera retenu comme critique s'il avait un impact positif ou négatif sur le déroulement du processus de révision et était reconnu comme tel par au moins 3 des 4 participants du groupe de discussion.

### **5.1.1. Démarche d'identification et de sélection des évènements critiques**

Les données de la recherche documentaire montrent que le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative a été marqué par un nombre impressionnant d'évènements (27). La ligne de temps présentée dans le tableau 5 le témoigne. Avant de démarrer la discussion, nous avons accordé 10 minutes aux participants du groupe de discussion pour prendre connaissance du contenu de la ligne de temps que nous leur avons préparée. Nous avons constaté que les participants ont été étonnés du nombre d'évènements survenus durant le processus délibératif de révision. Après deux ans « de retrait », certains d'entre eux n'avaient aucun souvenir de certains évènements auxquels ils avaient été impliqués. Les premières minutes du premier groupe de discussion ressemblaient à une séance de remue-méninge improvisée au cours de laquelle les participants ont essayé de se remémorer des évènements, des dates, des lieux ainsi que des partenaires impliqués. Ce n'est qu'après le remue-méninge qu'ils ont décidé de se lancer dans la démarche d'identification et de sélection des évènements qui s'est déroulée en deux phases : la construction d'une mémoire collective et la délibération.

Tableau 5. – Ligne de temps des évènements identifiés lors de la recherche documentaire



### *Construction d'une mémoire collective*

Le premier groupe de discussion a consisté essentiellement en la construction de ce que Halbwachs (1950) appelle une mémoire collective pour s'assurer que tous les participants aient une même représentation du processus de révision. Ils ont décidé de passer en revue chaque évènement de la ligne de temps pour déterminer le contexte de leur production, les objectifs du comité de pilotage ou du partenaire qui a provoqué l'évènement et ses conséquences sur le déroulement du processus. Voici quelques exemples de questions qu'ils se sont posés :

*Quand et où l'évènement s'est-il produit ? Qui était présent ? Pourquoi avait-on pris telle décision ? Où cela s'est-il passé ? Qu'est-ce qui s'est passé par la suite ? Qu'est-ce que cela a changé ?*

Au cours de cet examen, les participants ont confronté leurs souvenirs pour permettre à chacun de confirmer, d'infirmer ou de compléter les leurs et d'arriver à se reconstruire le passé en se basant sur un fondement commun (Halbwachs, 1950). La construction de ces souvenirs collectifs leur a permis non seulement d'avoir une même représentation des grands évènements qui ont orienté le processus de révision, mais aussi de détecter très vite ceux qui n'étaient pas inscrits dans la ligne de temps initiale. Autrement dit, les évènements qui n'étaient pas consignés dans les procès-verbaux ou autres documents de l'Initiative. À l'issue du premier groupe de discussion, les participants ont identifié huit (8) évènements majeurs (Tableau 6), dont un qui n'était pas mentionné dans la ligne de temps ci-dessus : *le refus d'un des partenaires locaux de valider le nouveau Cadre de référence*. Ils estiment que ces évènements sont très révélateurs en raison de l'impact qu'ils ont eu sur le processus de révision. Nous les avons regroupés en quatre catégories qui caractérisent les quatre grandes phases du processus :

- Le déclenchement du processus de révision
- L'interruption (ou la déstabilisation) du processus de révision
- La reprise du processus de révision
- L'aboutissement du processus de révision

Tableau 6. – Liste des évènements majeurs sélectionnés à la fin du groupe de discussion 1

Déclenchement du processus	Interruption du processus	Reprise du processus	Aboutissement du processus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale au comité de pilotage</li> <li>• Mise en place d'un comité de travail par le comité de pilotage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus d'un des partenaires locaux de valider le nouveau Cadre de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre des trois (3) partenaires financiers</li> <li>• Décision du comité de coordination de valider le Cadre de référence en deux parties</li> <li>• Embauche de la médiatrice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décision du comité de coordination de distinguer « évaluation » et « reddition de comptes »</li> <li>• Création du comité ad hoc par le comité de coordination</li> </ul>

### 5.1.2. Processus délibératif de sélection des évènements critiques (ÉC)

La sélection des évènements critiques s'est faite par la délibération. Après s'être entendus sur les grands évènements, les participants ont mis en place spontanément un processus délibératif pour sélectionner ceux qui, selon eux, s'étaient avérés les plus critiques. Les 8 évènements présélectionnés ont été examinés l'un après l'autre. Chaque participant a été invité à présenter des arguments ou contre-arguments pour étayer son choix. Ces échanges avaient pour but de consolider les choix du groupe. Dans cette partie, nous invitons le lecteur à suivre le processus de sélection des évènements retenus. Comme nous allons le constater, certains évènements ont fait l'objet d'échanges plus intenses que d'autres.

#### 5.1.2.1. Déclenchement du processus de révision : choix de l'ÉC1

La présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale et la mise en place d'un comité de travail pour réviser le document *Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation* (OPGE) ont été identifiées par les participants dès la séance de remue-méninge comme évènements caractérisant la première phase du processus de révision. Après s'être interrogés sur leur impact respectif sur la décision des partenaires de s'engager dans le processus délibératif de révision, les participants ont été divisés sur le choix de l'un ou de l'autre comme évènement déclencheur. Pour deux d'entre eux, la mise en place d'un comité de travail a été



« l'évènement » qui aurait enclenché le processus délibératif. Alors que pour les deux autres, c'est plutôt la présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale qui l'aurait provoqué.

Les participants en faveur de la présentation des conclusions du rapport ont avancé comme principal argument son importance dans la poursuite des objectifs du comité de pilotage. Selon eux, l'évaluation quinquennale se présentait à la fois comme le couronnement des cinq années d'accomplissement, mais aussi marquait le début de la deuxième phase d'implantation de l'Initiative consistant en son développement, sa consolidation et son expansion dans le milieu. En ce sens, la présentation des conclusions du rapport devrait être priorisée au détriment de la création du comité de travail.

En revanche, les deux autres participants ont fait valoir les limites du rapport d'évaluation et l'insatisfaction du comité de pilotage des recommandations proposées. Ils ont également évoqué le fait que les conclusions de l'évaluation n'étaient pas novatrices ; que les recommandations n'étaient pas suffisamment efficaces pour orienter le comité de pilotage sur les modifications à apporter à l'Initiative.

P3 : Parce que suite à la présentation de ce rapport-là il y a eu une insatisfaction. Vous rappelez-vous que le rapport ne contenait pas assez d'analyse ? (en s'adressant aux trois autres)

P1, P2, P4 : Oui (en même temps)

P3 : C'était plus factuel. Il ne nous présentait pas vraiment comme des pistes pour voir comment envisager l'avenir.

P2 : Humm, humm, ça restait euh...vague

P1 : Je dirais qu'il y avait plusieurs recommandations que la firme XXX nous a faites, je me rappelle qu'on a eu de la misère à dire maintenant on fait quoi avec tout ça. C'était peut-être un peu trop éparpillé et en même temps on a pris peut-être ce qui pouvait faire notre affaire.

En plus du caractère ordinaire et non novateur du rapport d'évaluation, les participants ont mentionné la pertinence du comité de travail comme stratégie pour atteindre l'objectif de révision qui était déjà planifié. En effet, la décision du comité de coordination de réviser le document OPGE s'imposait d'elle-même cinq ans après la mise en place de l'Initiative pour différentes raisons. Premièrement, il a été prévu dès le début de réviser le document OPGE après 5 ans pour qu'il réponde aux besoins de tous les partenaires parce que certains avaient déjà exprimé leur mécontentement par rapport au document avant même son adoption en 2006. Deuxièmement, l'Initiative montréalaise, qui à ses débuts n'était qu'un programme financier, était devenue un acteur collectif important au niveau régional et avait joué un grand rôle dans les discussions sur le développement social à Montréal. Par conséquent, il s'avérait nécessaire de revoir ses orientations stratégiques pour s'assurer qu'il continue de bien jouer ce rôle qui est appelé à évoluer sur la scène régionale dans les années à venir. Troisièmement, certains partenaires financiers avaient connu des changements structurels importants dans leur organisation. Ces changements avaient des conséquences sur la façon dont l'Initiative est articulée aux niveaux local et régional. En ce sens, la mise en place d'un comité de travail a été plus que nécessaire pour que le comité de pilotage puisse atteindre l'objectif de révision. En revanche, le rapport d'évaluation n'a été « *qu'un prétexte pour faire ce qu'il fallait faire* ».

P2 : Le pourquoi nous avons décidé de revoir l'OPGE c'est parce que déjà en 2006 le premier Cadre de référence tout le monde n'était pas 100% satisfait, on le savait. Après 5 ans de pratique, on voulait le revoir et le rendre satisfaisant pour tout le monde. C'était déjà prévu de le revoir.

P4 : L'idée c'était de réviser le document OPGE. Il fallait le mettre à jour dans un moment où il y avait encore de l'incompréhension sur la nature des changements qui avaient été portés dans le secteur municipal et bientôt dans le secteur de la santé publique. On était dans cette mouvance-là.

P3 : La décision du comité de travail de poursuivre les travaux pareils même si on avait un rapport, mais d'aller quand même continuer des travaux pour réviser le cadre,

donc euh ... le comité de travail, c'est un plus. Ça montre qu'on était prêts à réviser le cadre, on est passés à l'action.

La séquence ci-dessus illustre bien qu'à un certain moment de la discussion, les avis ont convergé sur le fait que la présentation du rapport en elle-même ne pouvait être considérée comme le point de départ du processus délibératif. Cependant, le ton a changé quand une participante est intervenue en demandant d'un air plutôt pensif :

P1 : Mais si c'est ce que vous pensez, alors pourquoi n'avons-nous pas commencé les travaux avant le rapport de la firme XXX ? Pourquoi on était tous si impatients d'avoir le rapport de l'évaluation ?

Silence ...

L'intervention de ce participant a replongé le groupe dans le passé et a réorienté la discussion. Après réflexions, ils ont reconnu que l'évaluation quinquennale a été un prérequis pour entreprendre les travaux de révision même si elle était planifiée.

Puis, P1 ajoute :

P1 : Humm, humm... Je pense que c'est après la présentation de la firme XXX qu'on a eu cette discussion-là ; qu'on a décidé de mettre sur pied un comité.

P2 : Je suis d'accord avec toi pour moi oui je pense que c'est un incontournable. Il fallait passer par cette étude avant de dire quelle est la suite, qu'est-ce qu'on fait et comment on va le faire aussi.

P4 : Ouais, Ouais d'autant plus que dans les recommandations du rapport ils avaient dit qu'il fallait réviser le Cadre en plus.

P3 : OK. Ouais, ouais, ouais. C'en était une aussi. C'est vrai, c'était peut-être une belle occasion de se dire qu'on va travailler là-dessus ; on va essayer de mettre à jour le Cadre de référence. Alors qu'il y avait plusieurs autres recommandations qui ont été présentées puis on a décidé de se focaliser sur celle-là.

Silence ...

P3 : Oui, je suis d'accord avec vous deux, c'est le premier évènement critique.

#### **5.1.2.2. Interruption du processus de révision : choix de l'ÉC2**

Le refus d'un des partenaires locaux de valider le nouveau Cadre de référence comme évènement soulignant la deuxième phase du processus n'a pas fait l'objet de discussion parmi les participants. Il demeure le seul évènement à faire l'unanimité au sein du groupe dès le début du premier groupe de discussion. En fait, cet évènement n'a été consigné dans aucun des procès-verbaux ou autres documents de l'Initiative auxquels nous avons accès avant le premier groupe de discussion. Comme le montre la séquence suivante, il a été identifié dès le début de la séance de remue-méninge comme étant l'évènement la plus critique survenue au cours du processus délibératif de révision.

P1 : Pis là il arrive un évènement critique, extrêmement critique (rires)

P2 : Ça c'est vraiment un évènement critique, critique...

P3 : Ça c'est l'évènement critique qui n'est pas là, là (en montrant la ligne de temps du doigt)

Fous rires des 4 participants

P3 : Ce n'est pas un évènement formel là. C'est un évènement critique, mais dans l'informel.

P4 : Qui n'est pas dans les PV (procès-verbaux) là (rires)

P1 : Non, qui n'est pas dans les PV effectivement (soupir)

#### **5.1.2.3. Reprise du processus de révision : choix de l'ÉC3**

Le choix du troisième évènement critique a nécessité une discussion longue et soutenue entre les participants. La rencontre des trois partenaires financiers, la décision du comité de pilotage de valider le Cadre de référence en deux parties et l'embauche de la médiatrice ont été identifiées d'un commun accord comme des évènements marquants de la troisième phase du processus de révision. Notons que la rencontre des trois partenaires financiers a été choisie au début de la séance de remue-méninge. Cependant, les deux l'ont été plus tard. Au début du deuxième

groupe de discussion, les participants ont été convaincus de retenir les trois événements pour leur contribution au processus de révision. Cependant, au fur et à mesure que la discussion évolue, le consensus autour des trois événements pour souligner la troisième phase du processus de révision va s’effriter.

La rencontre des trois partenaires financiers a été retenue unanimement et d’entrée de jeu comme un événement charnière dans le déroulement du processus de révision par les participants comme il est indiqué dans la séquence ci-dessous.

P1 : Ça là, la rencontre des trois partenaires, ça devrait avoir une étoile à côté (rires)

Les trois autres ont approuvé en hochant la tête...

P3 : Il y avait eu une situation qui nous avait montré qu’il y avait une petite mine prête à exploser quelque part (rires)

P2 : Ça a permis de remettre un peu sur les rails quelque chose qui avait déraillé

À la suite du deuxième événement qui avait créé tout un émoi au sein de l’équipe, certains partenaires avaient envisagé de se retirer de l’Initiative « *certaines avaient le goût de partir* ». Pour la première fois depuis l’implantation du programme, le comité de pilotage avait cessé de fonctionner. Toutes les rencontres régulières planifiées pour la saison avaient été annulées. Selon les participants, cette rencontre qui s’est tenue huit mois plus tard avait permis aux partenaires de réadhérer à l’Initiative et de s’engager à la sauver. Au cours de cette dernière, les partenaires avaient réalisé que malgré leurs divergences de point de vue, ils accordaient une grande importance à ce programme « unique » qui était devenu un acteur régional et qui, par ses actions, pourra influencer les politiques de développement social à Montréal. Ils s’étaient rendu compte que dans le fond, ils n’étaient pas prêts à laisser tomber l’Initiative et à « *jeter à la poubelle* » tout le temps et les efforts qu’ils y avaient mis au cours des cinq dernières années.

P3 : Je pense que derrière ça il y avait quand même des partenaires qui tenaient à maintenir l’Initiative montréalaise. Il y avait vraiment une volonté de dire non, non ça ne va pas se casser là. On est capable. On sentait les 3 qu’on ne peut pas là. On avait quelque chose de vraiment unique et il ne fallait pas et je pense que c’est ça qui a

sauvé. Et même du côté du secteur municipal (central), il y avait, si c'était de notre faute, on ne va pas laisser ça se faire

P1 : Humm, humm (approbation)

P4 : Ouais. Les patrons le portaient. Les patrons des organisations n'étaient pas juste des professionnels.

P3 : Je pense que l'objectif était vraiment de sauver l'Initiative montréalaise

P2 : Ouais

Un autre argument mis de l'avant pour documenter l'importance de cet événement concerne ses conséquences positives sur le déroulement du processus. Les participants partageaient la ferme conviction que cette rencontre avait posé la base pour dénouer la crise qui sévissait depuis huit mois environ. Au cours de cette dernière, les partenaires avaient pris deux décisions majeures qui allaient grandement faire avancer le processus.

En ce qui concerne la décision du comité de pilotage de valider le Cadre de référence en deux parties, le débat sur sa pertinence comme événement marquant de la troisième phase n'a pas été long. Cependant, les arguments invoqués à l'appui de sa rétention ont été aussi solides que ceux mis en avant pour la rencontre des trois partenaires financiers. Les participants ont affirmé qu'ils considéraient cet événement comme une stratégie d'action qui avait permis au comité de pilotage de « rallumer la flamme » dans les secteurs et que la résolution du conflit passait nécessairement par le réengagement des membres des secteurs à l'Initiative. C'était aussi un moyen de renforcer le partenariat local, de s'assurer de leur soutien pour commencer les négociations de la deuxième partie du Cadre de référence sur de nouvelles bases.

P3 : Oui ça (décision de valider le Cadre de référence en deux parties) c'est un événement.

Approbation de tous.

P1 : Ça c'en est une majeure là où on a scindé les travaux en 2.

P4 : En tout cas, ça été un moment positif. Ça a été une bonne façon d'aller chercher l'adhésion. Tu sais, ça a soudé. L'adhésion, c'est là qu'on voit comment les gens malgré toutes les différences de point de vue, des intérêts et des enjeux adhèrent à l'Initiative.

Pour ce qui est de l'embauche de la médiatrice, elle a été considérée comme évènement marquant de la troisième phase au même titre que les autres pour deux raisons. Tout d'abord, signalons que l'embauche a été faite à deux moments du processus de révision. Pour les participants, le recours à une médiatrice externe lors de la rencontre des trois partenaires financiers pour faciliter la communication entre les parties est révélateur parce que c'était la première fois en 5 ans qu'une rencontre du comité de pilotage avait été animée par une personne extérieure à l'Initiative. Les rencontres avaient toujours été animées par le secteur qui était au centre du conflit. Le recours à une médiatrice avait permis de diminuer le risque de partialité qui aurait pu nuire à leur tentative de sauver l'Initiative.

P1 : Puis moi je dirais que l'idée d'une médiatrice externe, ça a sauvé l'affaire (rires)

P2 : Elle a éliminé le fait qu'un des secteurs en faveurs, la vision que la ville anime ça faisait que ...

P3 : D'autant plus que c'est souvent la Ville qui animait les rencontres

P1 : Humm... Quand c'est la Ville qui est au cœur de .... Et que c'est encore la ville qui anime encore ... humm, humm ....

À la demande des partenaires financiers, la médiatrice avait été embauchée une deuxième fois pour accompagner le comité ad hoc qui allait être créé pour travailler sur la deuxième partie du nouveau Cadre de référence. Il ressort de la séquence ci-dessous que la médiatrice, par sa qualité de stratège, avait grandement contribué à dénouer la crise et à aider les partenaires à conclure un compromis entre eux.

P1 : Ça, je pense que Marie (non fictif) la médiatrice nous a beaucoup aidés. C'est une solution quasiment miracle là, il fallait à un moment donné trouver comment arriver à concilier tous les intérêts pis là je trouve qu'elle a été très bonne là-dedans

P4 : Je sais que Marie, l'embauche de la médiatrice tout ça là, je pense que ça a été un évènement extrêmement positif parce qu'elle a accompagné le comité de gestion

P2 : Elle a vraiment aidé à trouver des stratégies, du consensus. Ça a été dépersonnalisé.

Silence...

P4 : Pour compléter là, ça a été quand même un moment intéressant dans le Cadre, travailler avec Marie. C'est vrai que ça a été évènement positif, mais je ne pense pas qu'il est aussi important que les deux autres.

Après un moment de silence, P4 ajoute :

P4 : L'embauche de la médiatrice tout ça là, ça peut peut-être être fusionné avec la rencontre des trois partenaires financiers. Qu'est-ce que vous pensez vous autres ?

P1 : Oui exactement. L'embauche de la médiatrice fait partie du deuxième (rencontre des trois partenaires financiers). Êtes-vous d'accord avec ça ?

Comme nous venons de le voir, les arguments invoqués pour justifier le choix des trois évènements et leur importance dans le déroulement du processus délibératif ont été des plus concluants. Deux évènements ont été fusionnés. Jusqu'à maintenant, le consensus est maintenu pour la rencontre des trois partenaires financiers et la décision de valider le Cadre de référence en deux parties. À ce stade de la discussion, il apparaît clairement que les deux feront partie de la série d'évènements retenus pour reconstruire le processus.

#### **5.1.2.4. Aboutissement du processus de révision : choix de l'ÉC4**

La décision du comité de pilotage de distinguer « évaluation » et « reddition de comptes » dans le nouveau Cadre de référence fait partie des évènements qui ont été retenus par les participants dès la séance de remue-méninge. À noter que cette décision a été prise sur la base d'une des recommandations du comité ad hoc pour sortir de l'impasse dans laquelle se trouvaient les partenaires. Les participants voient cet évènement comme un moment charnière du processus



de révision. À la fin du premier groupe de discussion, ils étaient convaincus que cette dernière avait marqué l'aboutissement du processus de révision.

P4 : Je pense que quand on parle là qu'un, des aspects importants de ce cadre-là qui est un moment charnière c'est quand on a décidé ensemble de distinguer la reddition de compte de l'évaluation au comité ad hoc.

P3 et P1 (ensembles) : Oui je suis d'accord.

P3 : Ça a été la solution, sans quoi ... (rires)

P4 : Au comité de travail ad hoc et au comité de pilotage ça a permis de clarifier des choses alors qu'avant ... ouf...

Il apparaît clairement dans la séquence ci-dessus que la mise en place du comité ad hoc a été considérée comme un événement ordinaire lors du premier groupe de discussion. Les participants s'en référaient uniquement pour démontrer l'importance de la séparation de « l'évaluation » et de la « reddition de compte » qu'ils voyaient comme « *l'heureux événement* » qui leur avait permis de sortir de la crise. Ce n'est qu'au deuxième groupe de discussion qu'ils ont pris conscience de sa valeur et qu'ils ont commencé à en discuter. Et même lorsqu'ils en parlaient, ils ne le concevaient pas comme un événement distinct, mais fusionné avec l'autre. Pour eux, les deux événements étaient trop imbriqués l'un dans l'autre pour les séparer.

P2 : Qu'on parle de comité de travail (comité ad hoc) ou de séparation de la reddition de compte ou de l'évaluation, c'est pareil. Tout ça s'est fait au même moment.

P3 : Et là aussi dans le comité de travail (comité ad hoc) c'était aussi chacun émettait ses attentes.

P1 : Oui, c'est quoi mes attentes vis-à-vis de la reddition de compte c'est quoi mes attentes vis-à-vis de l'évaluation parce que l'évaluation il devait toujours en avoir une, mais ce n'était pas supposé de la responsabilité du comité de gestion.

P3 : Mais on pouvait avoir des attentes pareilles... (rires). Qu'on parle de l'un ou de l'autre...

P4 : Parlons du comité ad hoc, ça a été dur hein, vous autres ?

Rires ...

À la suite de cette question, les participants ont été amenés à parler plus longuement du comité ad hoc. La discussion a été réorientée vers les rencontres dudit comité, l'ambiance qui y régnait ; les partenaires impliqués et surtout les malaises et les émotions vécues par les partenaires qui y participaient.

P3 : Oui parce qu'il y a une de ces rencontres-là qui a failli euh, euh ...

Rires de tous

P1 : Ce n'était pas jojo du tout, du tout, ce n'était pas drôle...

P3 poursuit sa phrase

P3 : tout remettre en question-là. Pis on parlait de communication... pis ...

P4 : C'était laquelle ?

P3 : Je pense que c'était la 3<sup>ème</sup> là où la 2<sup>ème</sup>, mais en tout c'était vers la fin....

P1 : C'était ici hein ? Je pense que quand on était arrivés à la question de reddition de compte et de l'évaluation ça c'était un évènement marquant parce que, humm...

P3 : On s'en allait vraiment sur une pente glissante et tu te rappelles (en s'adressant à P1) des problèmes de communication qu'on avait ? Des gens émotifs, fâchés ?

P1 : Pis moi quand je vois ça là, on a beaucoup travaillé. Pis je pense que c'est quand même une chance qu'on se parle encore (rires...)

Rires de tous

P3 : Non, mais, peut-être, ce que tu veux dire (en s'adressant à P1 c'est qu'on te parle encore (rires))

P1 : Oui, oui, oui (éclat de rires...) qu'on me parle encore... franchement là, oh mon Dieu !

Fous rires de tous

Soudainement, une participante a posé une question singulière :

P4 : Pis, finalement, notre affaire-là, c'est le comité ad hoc ou l'autre affaire de distinguer la reddition de compte de l'évaluation ?

Cette question a contribué à recentrer l'attention des participants sur le rôle de cet événement c'est-à-dire la mise en place du comité ad hoc dans le déroulement du processus de révision. Ils se mirent à remémorer tout le travail de traduction qui a été fait dans ce comité pour arriver à la décision de séparer les deux concepts.

P3 : Ça (comité ad hoc) c'était des rencontres de travail où on émettait des hypothèses. On les faisait, on les défaisait et on avait à un moment donné un immense tableau là et .... On avait dessiné tout le processus en tout cas.

P1 : Après avoir regardé ce que c'était l'évaluation, ce qui n'était pas de l'évaluation. Nous on fait de la reddition de comptes. Et pis là on a changé, on s'est donné des critères, on s'est dit que la reddition de compte c'est là qu'on veut aller, pis tout était fini.

Rires de tous

P1: Donc, finalement c'est bien grâce aux rencontres du comité ad hoc qu'on a pu aboutir à ce Cadre-là, à ce consensus-là. Pensez-vous la même chose vous autres ?

P3 et P4 répondent en même temps

P3, P4 : Oui.... Comité ad hoc ouais ... la séparation de l'évaluation aussi

P1 : Humm ...

P2 : Pour ma part, comme j'ai dit tantôt c'est pareil, comité ad hoc et séparation de la reddition de compte et de l'évaluation. C'est la même chose...

Tel que le montre la séquence ci-dessus, pour trois des quatre participants les deux évènements sont tellement enchevêtrés qu'ils n'arrivent pas à les séparer. Nous pensons que s'il en est ainsi, c'est tout simplement parce que les deux évènements font partie de la « solution ». Autrement dit, qu'ils ne sauraient attribuer la résolution du conflit exclusivement à l'un d'entre eux. Il ne fait aucun doute que la décision de distinguer la reddition de compte de l'évaluation est un évènement saillant, mais est-il réellement prééminent au comité ad hoc ? Les partenaires auraient-ils été capables de « *dénouer le nœud* » s'il n'y avait pas eu le comité ad hoc et du même coup les rencontres de travail pour bien comprendre les enjeux de chacun ? C'est la question que nous leur avons posée pour les aider dans leur réflexion.

Après quelques minutes de discussion, ils ont réalisé que chronologiquement les deux évènements n'ont pas été aussi rapprochés qu'ils le pensaient. De plus, le premier évènement représente la stratégie développée pour régler le conflit et le deuxième constitue la réponse au conflit. C'est ainsi qu'ils sont arrivés à séparer les deux évènements et à les délimiter dans le temps. Aussi, ils ont décidé d'un commun accord de retenir la mise en place du comité ad hoc comme l'évènement qui caractérise la dernière phase du processus de révision. La décision de distinguer la reddition de compte de l'évaluation serait considérée comme une excellente stratégie d'action et le comité ad hoc, la structure d'actions dont découle une nouvelle compréhension des enjeux et des besoins des différents secteurs.

Par ailleurs, rappelons que nous avons posé comme critère que les évènements critiques retenus devraient être reconnus critiques par au moins trois des quatre participants pour nous assurer de la représentativité des quatre secteurs. À la toute fin du groupe de discussion, la chercheuse-animatrice a fait un bref rappel des évènements critiques retenus. Et comme le met en lumière la longue séquence ci-dessous, le choix de la décision de valider le Cadre de référence en deux parties comme évènement critique majeur n'a pas fait l'unanimité dans le groupe. Si dans l'ensemble il est reconnu par les quatre comme un évènement important, les avis étaient partagés quant à son impact réel dans les secteurs. Trois des participants considéraient cet évènement comme une simple stratégie qui a permis au comité de pilotage d'aller de l'avant. Alors que pour un autre le fait d'aller chercher l'adhésion des secteurs avant de poursuivre les travaux relatifs à l'évaluation a en quelque sorte obligé certains partenaires qui étaient campés

sur leurs positions ou qui étaient réticents à réexaminer leurs décisions. Dans le secteur où la controverse est née, cette stratégie a contribué à la démission de l'acteur le plus revendicateur. Il semblerait que sans cette démission, trouver un compromis aurait été plus difficile pour les partenaires.

Chercheure-animateur : Pour conclure quels sont les évènements critiques retenus ?

P4 : La présentation des résultats de l'évaluation

P1 : Oui c'est un évènement critique puisqu'il faut commencer quelque part

P3 : Donc si on met le début et la fin il nous reste 2 pour le milieu ?

P1 : Création du comité de travail on enlève ça. Moi je pense que le deuxième, ça devait être celui de l'été 2012 là et le troisième serait la décision de valider le cadre en deux parties.

P2 : Moi je trouve que les deux évènements critiques sont la rencontre des partenaires financiers ...ça c'est un évènement critique pour trouver comment sauver l'Initiative puis la création d'un comité (ad hoc) pour dénouer l'affaire puis convaincre les partenaires entêtés. Ça aussi c'est critique... Moi je trouve que c'est plus critique ça que la décision d'aller en deux parties parce que ça fait partie des stratégies de travail.

P4 : OK...

P3 : OK. Ouais je suis d'accord.

P1 : Humm, humm pas si sûr hein !

Courte pause...

P1 : Dans mon cas ça a été plus qu'une façon de travailler. Vous ne pouvez pas imaginer combien ça a été difficile. Heureusement qu'il n'était plus là.

Silence ... Puis P1 ajoute en riant :

P1 : Ce n'est pas bien de revenir sur les vieux bobos là...

P2 : Oui on va passer tous une mauvaise fin de semaine (rires)

P4 : Ok. Ça me fait penser à la rencontre du comité de pilotage on avait vérifié l'adhésion des partenaires. Moi je me souviens que ....

P1 : C'était fort l'adhésion. Certaines personnes n'avaient pas le choix de ...

Silence ...

P3 : OK. Je comprends très bien où tu veux en venir. Si on le garde ça va faire 5 évènements critiques

P2 : Bon. Ok. Désolé on n'en a pas 4, mais 5 évènements critiques

Rires... suivis d'un silence

Chercheure-animateur : En résumé vous avez retenu 5 évènements critiques ?

P3 : Oui et les 5 sont importants

P2 : Je ne sais pas comment vous allez faire ça, mais c'est 5

P1 : Mais, attend, le 2 et le 3 sont liés. On peut dire que c'est action-réaction-solution

P4 : Entendons-nous : on retient 4 ou 5 finalement ?

P1 : Oui, oui, c'est bien 4 évènements vraiment critiques, critiques, critiques.

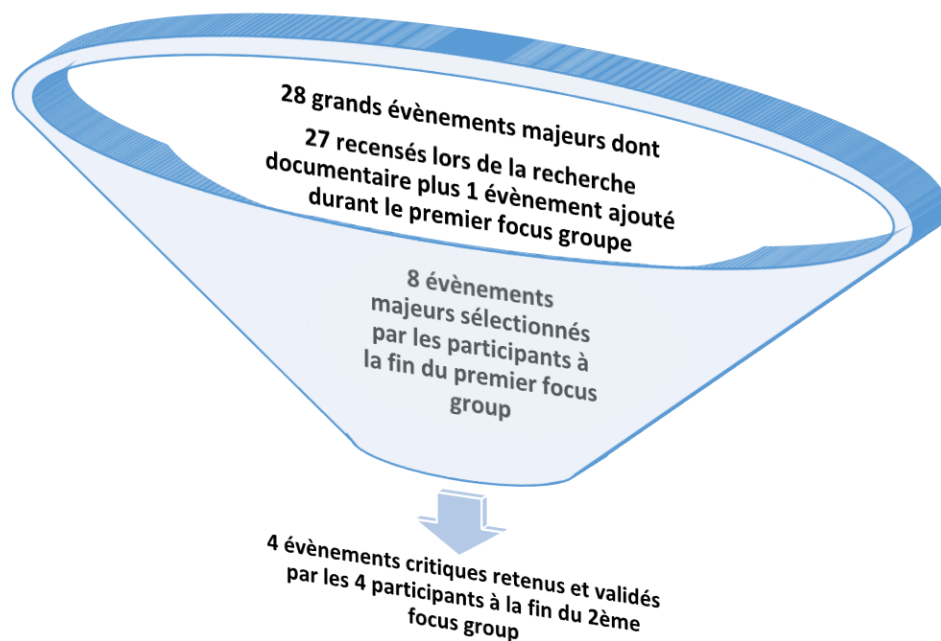
Rires de tous

Chercheure-animateur : En conclusion, je répète

1. La présentation des résultats de l'évaluation
2. Le refus d'un des partenaires locaux de valider le nouveau Cadre de référence
3. La rencontre des trois partenaires financiers
4. La création du comité ad hoc

Ici prend fin la présentation de la démarche de sélection des événements critiques du processus de révision à posteriori. Comme vous avez pu le constater, les événements ont été choisis selon un processus de négociation fondé sur le principe de l'entonnoir (Fig. 1) qui s'est fait en 3 étapes. Une première étape au cours de laquelle les participants ont étudié la ligne de temps initiale à laquelle ils ont ajouté un événement majeur. La deuxième étape du processus consistait à sélectionner parmi les grands événements ceux qu'ils considèrent comme majeurs, c'est-à-dire qui avaient eu un impact important sur le processus. La 3<sup>ème</sup> étape qui a suscité plus de discussion et de négociation consistait à choisir parmi les événements critiques ceux qui représentent les moments clés du processus et qui font l'unanimité dans le groupe de participants au groupe de discussion.

Figure 2. – Processus de choix des événements critiques



### **5.1.3. Description détaillée des évènements critiques (ÉC) sélectionnés**

Dans cette partie, nous décrivons en détail les quatre évènements critiques (ÉC) sélectionnés par les acteurs pour reconstruire le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise selon les critères tirés de la carte d'évènements critiques (Fig. 2). Les données servant à décrire les ÉC proviennent de la recherche documentaire, des focus group et des entrevues individuelles incluant celle avec la médiatrice.

#### **5.1.3.1. ÉC1 : présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale**

En avril 2011, la firme responsable de l'évaluation quinquennale a présenté les résultats du rapport d'évaluation au comité de pilotage de l'Initiative. Les résultats ont été bien accueillis par le comité qui estimait qu'ils concordaient bien avec les préoccupations des différents secteurs. Toutefois, le comité de pilotage jugeait que les recommandations étaient trop larges et demandait de les préciser avant de les diffuser dans les secteurs pour permettre une meilleure appropriation des résultats par les membres. Ainsi, le comité de pilotage a créé un « comité de suivi de l'évaluation quinquennale » composé des membres du comité de gestion et d'un représentant de la CMTQ avec pour mandat de retravailler les recommandations en collaboration avec la firme afin de les spécifier et de les prioriser en fonction de leur impact sur l'évolution de l'Initiative.

Une fois le travail de précision et de priorisation terminé, le comité de pilotage a lancé une consultation dans les secteurs pour discuter des résultats de l'évaluation et vérifier l'adhésion des membres à la vision actuelle de l'Initiative. Un questionnaire a été développé par le comité de suivi pour faciliter et systématiser la consultation. Chaque représentant sectoriel devait remettre au comité de suivi une synthèse des commentaires recueillis dans son secteur. Parallèlement, le comité de pilotage a choisi de mettre à jour le document OPGE dans le but de préciser les rôles et responsabilités des partenaires locaux et régionaux dans l'évaluation triennale des Tables de quartier et de revoir les modalités de gestion, d'évaluation et de reddition de compte. Le mandat du comité de suivi a été prolongée pour proposer un plan de révision au comité de pilotage en tenant compte des résultats de la consultation.



Le comité de suivi a proposé au comité de pilotage de réviser le document OPGE en deux parties : a) revoir les orientations et paramètres de gestion dans un premier temps pour clarifier les objectifs du partenariat, le rôle des Tables de quartiers et des partenaires locaux; b) revenir sur les processus et outils d'évaluation et de reddition de compte dans un deuxième temps. Le comité de pilotage a adopté le plan de révision et créé un comité de travail composé de représentants des partenaires régionaux et locaux. Ce comité de travail avait pour mandat de clarifier les rôles et responsabilités des partenaires dans l'évaluation triennale et l'engagement des partenaires dans l'Initiative montréalaise. Six mois plus tard, le comité de travail a déposé une première version de la première partie du document OPGE renommé « *Cadre de référence* » de l'Initiative au comité de pilotage. Après plusieurs séances de discussion, ce dernier a adopté la première partie en mai 2012 et l'a ensuite déposée pour validation dans les secteurs à l'été 2012.

#### **5.3.1.2. ÉC2 : refus d'un des partenaires locaux de valider la première version du nouveau Cadre de référence**

À l'été 2012, quelques-unes des municipalités locales dont le représentant avait été absent au comité de pilotage le jour de l'adoption de la première version de la première partie du nouveau Cadre de référence se sont dit insatisfaites du rôle qui leur est assigné dans la gestion de l'Initiative. Elles ont revendiqué le droit d'être reconnues comme partenaires financiers au même titre que les autres, de participer à l'évaluation triennale des Tables de quartier et de décider de leur allocation. Elles en ont fait part à leur homologue régional (la municipalité centrale) qui les a soutenues dans leur revendication. D'un commun accord, le partenaire municipal a redéfini le rôle des municipalités locales dans la gestion de l'Initiative à l'insu des autres partenaires. À l'automne 2012, il a présenté sa proposition de gestion du programme au comité de pilotage qui l'a rejetée. Cette décision de décentraliser la gestion de l'Initiative a suscité la colère, la déception et même l'indignation des autres partenaires.

Cette décision du partenaire municipal (et de ses instances locales) a créé des tensions et brisé les liens de confiance dans le groupe. Comme conséquences, le processus délibératif de renégociation ainsi que les rencontres mensuelles du comité de pilotage ont été suspendus de juin 2012 à février 2013. Le comité de gestion a également suspendu ses activités relatives à

l'orientation stratégique de l'Initiative pendant la même période. Face à cette situation, un des deux autres partenaires financiers a pris le leadership de convoquer les partenaires régionaux à une rencontre d'urgence et d'embaucher à ses frais une médiatrice pour animer la rencontre et les aider à trouver une sortie à la crise.

#### **5.1.3.3. ÉC3 : rencontre des trois partenaires financiers**

Au début de janvier 2013, les trois partenaires financiers se sont réunis pour trouver un terrain d'entente et réengager l'ensemble des partenaires dans le processus délibératif de révision. À l'issue de la rencontre, les partenaires ont élaboré deux propositions de travail à soumettre au comité de pilotage pour poursuivre la discussion sur les rôles et responsabilités des partenaires dans la gestion de l'Initiative. Les propositions étaient les suivantes : 1) *trouver des façons de renforcer les partenariats locaux ; 2) préciser les caractéristiques d'une Table de quartier en définissant les conditions de succès, les critères et les indicateurs*. Ensuite, ils se sont mis d'accord pour que les comités de pilotage et de gestion reprennent leurs activités dès que possible. Puis, ils se sont entendus pour que les municipalités sursoient à la mise en œuvre de leur proposition de décentralisation de la gestion du programme.

Un mois plus tard, le comité de pilotage a repris ses activités. La première des deux propositions de travail soumises fut adoptée. Le comité de pilotage s'est résolu à valider le Cadre de référence dans les secteurs en 2 parties. Dans un premier temps, la section relative aux orientations stratégiques de l'Initiative a été validée et la validation de la 2<sup>ème</sup> section traitant des rôles et responsabilités des partenaires dans le processus d'évaluation fut remise. Le comité de gestion a élaboré un questionnaire pour "*mieux circonscrire les résultats de la consultation sur le Cadre de référence*". Il a également préparé un document qui précise le contexte de validation et les grandes étapes à franchir pour accompagner le Cadre de référence lors de la consultation dans les secteurs. Parallèlement, le comité de pilotage a organisé une activité de remue-méninge pour amorcer les réflexions sur la 2<sup>ème</sup> partie du Cadre de référence pour : « a) *mieux connaître les besoins des secteurs concernant la reddition de compte et l'évaluation triennale ; b) s'entendre sur les finalités de la reddition de compte et de l'évaluation triennale ; c) amorcer un échange portant sur les informations nécessaires permettant d'atteindre ces finalités* » (document interne

de l'Initiative). Le comité de pilotage a ensuite créé un comité ad hoc et embauché la même médiatrice pour accompagner le nouveau comité dans ses activités.

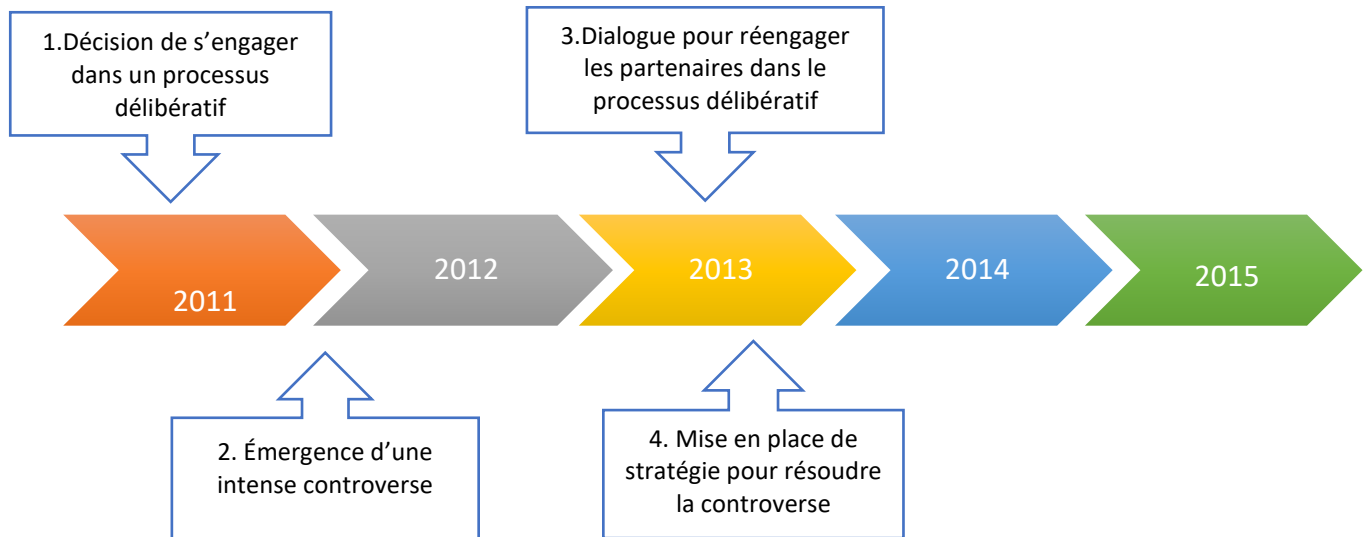
#### **5.1.3.4. ÉC4 : comité ad hoc**

Composé des représentants de tous les secteurs, le comité ad hoc a eu pour mission de développer la 2<sup>ème</sup> partie du Cadre de référence de l'Initiative. Les rencontres ont débuté en octobre 2013. Durant les mois précédents le début des activités dudit comité, différentes mesures ont été prises par le comité de pilotage pour s'assurer de sa crédibilité auprès de l'ensemble des partenaires et de sa réussite. Tout d'abord, le représentant des municipalités locales a été contacté pour s'assurer de son adhésion au mandat du comité ad hoc et de son consentement aux résultats. Ce dernier a accepté le mandat, mais n'a pas garanti l'acceptation des résultats. Ensuite, un plan de travail préparé par le comité de gestion et la médiatrice a été soumis au comité de pilotage pour validation. Puis, le comité de gestion a choisi de se soumettre à un exercice TRIZ<sup>19</sup> sur l'Initiative pour rétablir le lien de confiance entre eux et « *partir sur une base plus constructive* ». C'était, disaient-ils, une façon de se « *libérer des événements passés* » et de s'armer psychologiquement pour affronter les difficultés. Pour finir, il y a eu deux rencontres préparatoires entre la médiatrice et le comité de gestion pour « *anticiper les enjeux et prévoir des stratégies pour y faire face* » et définir le mode de fonctionnement du comité ad hoc. Un total de 5 rencontres a été prévu dans le plan de travail du comité ad hoc. Il a été entendu qu'entre les rencontres, chaque décision prise devait être approuvée par le comité de pilotage. Aussi, les représentants des secteurs impliqués avaient la responsabilité d'informer leurs membres de l'état d'avancement des travaux, de recueillir leurs commentaires et de les rapporter au comité ad hoc.

---

19. TRIZ est une méthode inventive de résolution de problème

Figure 3. – Ligne de temps des évènements critiques retenus pour la reconstruction du processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'IM



#### 5.1.4. Choix des évènements critiques (ÉC) et leur relation avec la controverse

Rappelons que pour identifier les évènements critiques nous avons posé la question suivante aux participants: quels sont selon vous les évènements marquants du processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative? Nous avons vu plus haut que huit évènements ont été choisis au début par les participants et qu'après délibération, ils ont finalement retenu quatre. Dans la section suivante, nous allons passer en revue chacun d'eux pour comprendre pourquoi ils ont été retenus pour reconstruire le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise (Fig. 3).

##### 5.1.4.1. ÉC1 : mise à jour d'une controverse latente

Comme expliqué au point 5.1.2, la présentation des conclusions du rapport de l'évaluation quinquennale comme marqueur du premier moment du processus délibératif de révision n'a pas été le premier choix des participants au début du processus de sélection. Au fil de la discussion, ils ont fini par reconnaître que cet évènement n'était pas si insignifiant qu'il en avait l'air. Il est évident que le rapport n'était pas l'élément clé qui avait motivé les partenaires à réviser le

document OPGE. Toutefois, les participants ont reconnu que sans ce rapport, le comité de coordination n'aurait peut-être pas été porté à développer des stratégies, par exemple créer un comité de travail et à se lancer dans un processus de renégociation des rôles et responsabilités des partenaires à ce moment précis. Rappelons aussi que l'évaluation quinquennale avait pour objectif principal d'évaluer le degré de satisfaction des partenaires de ses structures, de ses modes de gestion et de reddition de comptes afin de trouver des pistes de solution pour améliorer l'Initiative.

Lors de l'implantation de l'Initiative en 2016, le document OPGE a été le fruit d'une intense négociation entre les partenaires locaux et régionaux. Certaines municipalités locales avaient manifesté leur insatisfaction quant à leur rôle dans l'évaluation triennale des Tables de quartiers et avaient refusé de valider le document. Ce dernier a toutefois été adopté malgré le désaccord, car la Ville de Montréal était en pleine période de réforme et de restructuration au moment de l'adoption et les municipalités locales « *n'étaient pas suffisamment organisées pour s'imposer à son adoption* ». Cependant, si le document OPGE a été accepté en théorie, son application sur le terrain n'a pas été facile, car certaines municipalités ont toujours exprimé leur mécontentement. Elles n'ont jamais raté l'occasion de remettre en question le processus d'évaluation des Tables de quartier malgré les multiples ajustements temporaires faits au cours des cinq années d'implantation pour répondre à certaines de leurs exigences et ainsi empêcher le conflit de se développer.

P4 : Oui, oui, oui ... on avait vécu des choses difficiles là...

P3 : Il (le désaccord) était là en trame tout le long ...pis il s'est manifesté à toute sorte de lieux

P1 : Mais on avait toujours réussi à le, à le...

P4 : Oui, à trouver une façon de défaire ce nœud-là.

Bien que la controverse autour du rôle des partenaires locaux existât depuis l'implantation et ait été connue de l'ensemble des partenaires et des membres des secteurs, le comité de pilotage de l'Initiative avait choisi de l'ignorer de peur « *d'être obligés de tout renégocier* ». En documentant

les éléments de discorde, l'évaluation quinquennale a mis à l'ordre du jour une controverse demeurée « fermée » pendant cinq ans.

P2 : ... c'est comme si l'évaluation quinquennale, ça a permis de commencer à défaire la couture un petit peu, donc ou d'enlever le couvercle d'un chaudron qui, n'attend que ça pour pouvoir exploser.

Aussi, le rapport d'évaluation a obligé les partenaires à tenir compte de la controverse malgré sa faible intensité pour éviter les risques liés à son développement. D'ailleurs, l'une des principales recommandations du rapport de l'évaluation quinquennale a été de réviser le document OPGE pour clarifier les rôles et responsabilités des partenaires. Ainsi donc, avec la présentation des conclusions du rapport, les partenaires ont été mis au pied du mur et n'avaient pas le choix d'entamer le processus délibératif de révision du document OPGE pour empêcher la controverse de se déployer pleinement. Ceci explique pourquoi il a été retenu par les participants comme évènement critique qui a permis d'enclencher le processus délibératif de révision.

#### **5.1.4.2. ÉC2 : émergence de la controverse**

Quoique les doléances des municipalités locales aient été prises en compte par les partenaires dans la première version du Cadre de référence, il apparaît clairement que les ajustements apportés n'avaient pas été à la hauteur de leurs attentes. Les municipalités locales estiment que leurs revendications ont été prises à la légère et ont décidé de ne pas valider le nouveau Cadre de référence ; ce qui a déclenché la controverse la plus intense que l'Initiative ait jamais connue. Ces municipalités contestataires, qui ne représentaient qu'un tiers, ont rallié la plupart des municipalités ainsi que quelques CSSS à leur cause. La gestion centralisée du programme au niveau régional qui est l'un des quatre fondements de l'Initiative a été remise en question. Un climat de tensions et de méfiance s'est installé dans le groupe. Des partenaires s'opposent et se confrontent ; chacun évoque des arguments de fonds pour défendre son point de vue. La controverse a eu deux conséquences majeures : le désengagement de certains partenaires et l'interruption du processus délibératif de révision.

P3 : C'était une menace, pour nous c'était une menace. Il nous faisait faire quelques pas en arrière.

P1 : Moi je dirais là entre août et janvier je dirais même que l'Initiative était menacée de s'arrêter. Les ponts n'étaient pas coupés là, mais ... Et je vais dire (rires) que ce n'était pas jojo (joli)

P4 : Ça a été vraiment un évènement majeur-là parce que ça a remis en question le consensus de mai 2012

P2 : Oui c'est vraiment un évènement percutant. Plusieurs personnes ont voulu quitter le navire.

#### **5.1.4.3. ÉC3 : recherche de solution à la controverse**

Toute controverse, quelle que soit sa dimension, nécessite une intervention rapide des acteurs impliqués pour empêcher qu'elle se dégénère et qu'elle ait des conséquences néfastes sur la structure ou sur l'organisation dans laquelle elle naît (Lascoumes, 2002). Le comité de pilotage comme structure de gouvernance de l'Initiative montréalaise n'a pas échappé pas à la règle. C'est pourquoi un des partenaires financiers a pris le leadership de convoquer « une rencontre d'urgence » pour tenter de rétablir les liens, réengager les partenaires dans le processus délibératif de révision et ainsi arrêter la controverse et les risques qui y sont liés.

P3 : La rencontre de janvier qui nous a permis de dénouer quelque chose dans laquelle on était plongé depuis plus de 8 mois ...

P4 : Je pense que l'objectif-là était vraiment de sauver l'Initiative (rires).

P3 : C'était en train de casser et il ne faut pas que ça casse.

La rencontre des trois partenaires financiers a été très révélatrice dans le déroulement du processus délibératif de révision dans la mesure où elle a permis aux partenaires de se réunir à nouveau autour de la table pour discuter de la pertinence du programme, de leur réussite (ou leurs bons coups) et de décider d'un commun accord de se donner une nouvelle chance de trouver un compromis. La présence d'un médiateur a été essentielle dans ce contexte où le lien

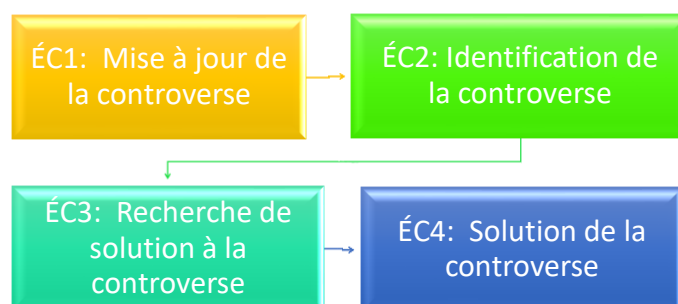
de confiance était brisé entre le partenaire responsable de la coordination et les autres. La plupart des répondants estiment que le leadership exercé par un des partenaires financiers ainsi que la présence d'un médiateur ont grandement facilité les négociations. Ces résultats confirment d'autres recherches qui ont rapporté le rôle d'un leadership fort et de la médiation comme moyen de faciliter la négociation dans la gouvernance intersectorielle (Clavier, 2010 ; Touati, 2018). De cette rencontre a découlé la décision du comité de coordination de mettre en œuvre une procédure pour trouver une solution à la controverse.

#### **5.1.4.4. ÉC4 : résolution de la controverse**

Une fois, le réengagement des partenaires dans le processus délibératif de révision a été collectivement réaffirmé, un nouveau dispositif (le comité ad hoc) a été mis en place pour résoudre la controverse. Pour s'assurer du traitement des différentes positions et de la légitimité du processus de résolution des différends, de nouveaux acteurs représentant les municipalités locales ont intégré le comité ad hoc. D'autres acteurs reconnus pour leurs divergences de point de vue, leur expertise, leur connaissance de l'histoire de l'Initiative ou tout simplement leur attitude rassembleuse ont également été appelés pour faire partie du comité. En gros, le comité ad hoc a constitué en des échanges dont le but était de développer une compréhension commune du rôle des partenaires dans la gouvernance. Au cours de ces échanges marqués par la confrontation des intérêts, chaque secteur était invité à bien expliquer ses enjeux et faire comprendre ses attentes au groupe. Ces échanges ont abouti à une sorte de vision commune de l'Initiative et à une acceptation collective de la priorisation de l'intérêt commun. D'où la fin de la controverse.



Figure 4. – Choix des évènements critiques et leur relation avec la controverse



### 5.1.5. Conclusion

Cette section avait pour but d'identifier et de décrire les évènements critiques qui ont marqué le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise de 2011 à 2015. Dans un premier temps, la démarche d'identification et de sélection des évènements critiques est présentée. Nous avons procédé à l'identification et à la sélection des évènements selon une procédure systématique constituée d'une part, en la création d'une mémoire collective pour permettre au groupe de se réapproprier collectivement du processus délibératif de révision et d'avoir une même représentation des évènements clés qui l'ont marqué. D'autre part, en la mise en place par les participants d'une démarche délibérative pour maximiser la représentativité des évènements sélectionnés auprès des secteurs. Il ressort des résultats que les évènements critiques ont été sélectionnés en raison de leur portée et de leur impact sur le déroulement du processus délibératif de révision. Nous avons constaté que deux d'entre eux (les ÉC 2 et 3) ont été sélectionnés et retenus sans conteste dès le début de la séance de remue-méninge qui a précédé la démarche d'identification. Ces derniers se sont imposés d'eux-mêmes parce qu'ils représentent la controverse et la tentative de résolution de la controverse respectivement. Aux dires des participants, ces deux évènements ont laissé leur empreinte dans leur mémoire en tant que groupe. Les deux autres évènements critiques en revanche, ont été choisis par consensus à la fin du deuxième focus group. Cela ne signifie pas qu'ils aient été moins significatifs ou que leur conséquence sur le déroulement du processus ait été moins importante, mais que leurs retombées aient été perçues différemment par les participants.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une description détaillée des quatre évènements critiques retenus en utilisant les modalités et variables de la carte d'évènements critiques. Finalement, nous avons essayé de comprendre pourquoi les participants ont retenu ces évènements. Nous avons constaté que les évènements retenus ont été sélectionnés en fonction de leur relation avec la controverse. Le premier évènement critique a mis en évidence une controverse camouflée pendant cinq ans. Le deuxième correspond à l'émergence de la grande controverse qui a mis en péril le partenariat et déstabilisé le processus délibératif de révision. Le troisième évènement se réfère à recherche de solution à la controverse et le dernier coïncide à la résolution de la controverse.

## 5.2. Section2\_Article 2 - Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada

### Auteurs

Achille Dadly Borvil<sup>123</sup>: achille.dadly.borvil@umontreal.ca

Natalie Kishchuk<sup>3</sup>: [REDACTED]

Louise Potvin<sup>123</sup>: louise.potvin@umontreal.ca

### AFFILIATION

1. Centre de recherche en santé publique (CReSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 7101 Ave du Parc, Montréal, QC, H3N 1X7, Canada
2. Chaire de recherche du Canada Approches Communautaires et Inégalités de santé, 1301 Sherbrooke, Montréal, H2L 1M3, Canada
3. École de santé publique, Université de Montréal, 7101 Av du Parc, Montréal, QC, H3N 1X9, Canada

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors declare no conflict of interest.

### CORRESPONDING AUTHOR

Achille Dadly Borvil, ID: 0000-0003-2241-862X

Email : Achille.dadly.borvil@umontreal.ca

Telephone number : [REDACTED]

**JOURNAL SECTION:** Original articles

### ACKNOWLEDGEMENTS

We acknowledge financial support from the Centre de recherche en santé publique (CReSP), the Canada Research Chair on Community Approach and Health Inequalities (CACIS) (CIHR 950-232541) and the Canadian Institutes of Health Research (CIHR ROH115211) for the publication of these results.

### **5.2.1. Abstract**

The objective of this article is to document the strategies developed by actors from different sectors during the processes of intersectoral governance. As a case study, the article focusses on the process of renegotiating the Terms of Reference of the Montreal Initiative for Local Social Development, a regional intersectoral intervention with the mission of guiding and supporting the actions of local intersectoral coalitions referred to as Neighbourhood Round Tables. The renegotiation process was marked by crisis in intersectoral governance. Semi-structured individual interviews were conducted with 16 actors representing the four sectors involved in the intersectoral governance process, about four systematically selected critical incidents. The interviews were transcribed verbatim and coded using QDAMiner software. Interpretive and cross-sectional thematic analysis was conducted to assign meaning to the results. Results show that the actors developed intersectoral (shared or mediated) strategies and intra-sectoral (creative unilateral, power-based unilateral or multilateral) strategies to influence collective decisions. The strategies, presented in a proposed typology, were distinguishable by their goals, their organizational origin, the actors involved, and their fundamental mechanisms. Intersectoral strategies were developed at the regional level and aimed to promote or defend collective interests. In contrast, intra-sectoral strategies sought to protect sectoral interests. The findings illustrate how actors' strategies operate within intersectoral governance processes. They show that collective decisions are shaped by the strategies created both at the boundaries of, and within, sectors. The proposed typology, if validated and applied to other cases, may help better understand how partners interact in order to influence collective decision-making.

#### **Keywords**

Intersectoral governance, typology of actors' strategies, deliberative practice, collective decision-making.

## 5.2.2. Introduction

In health promotion, intersectoral collaboration is widely used as a strategy for tackling complex health problems. Defined as a “process by which stakeholders from various sectors with different interests decide to work together toward a common goal” (Potvin et Clavier, 2013), it is applied at all levels, i.e., international, national, regional and local. Because health is largely created outside the health sector, intersectoral governance is an important means by which other sectors can contribute to improve population’s health (de Leeuw, 2017). Intersectoral collaboration is seen as necessary to improve services, better coordinate resources and have a collective impact on a broader scale (Kania et Kramer, 2011). Not surprisingly, the empirical literature has shown quality of intersectoral governance to be a key success factor for intersectoral initiatives (Corbin et al., 2016; Seaton et al., 2018; Zakocs et Edwards, 2006). A number of factors that influence the functioning of governance have been identified, including: trust among partners and leadership (Jones et Barry, 2011); partner engagement, shared decision-making, partnership structures and their sustainability (Merrill et al., 2012); mediators (Clavier, 2010); boundary spanners (Nederhand et al., 2019); and power dynamics (Harris et al., 2020). However, few studies have examined actors’ strategies as factors shaping how the intersectoral governance process plays out. Actors’ strategies are vital insofar as they guide collaboration and influence the achievement of outcomes (Sullivan et al., 2006). This article investigates the strategies developed and applied by various groups of actors involved in an in-depth case study of a regional intersectoral health promotion initiative.

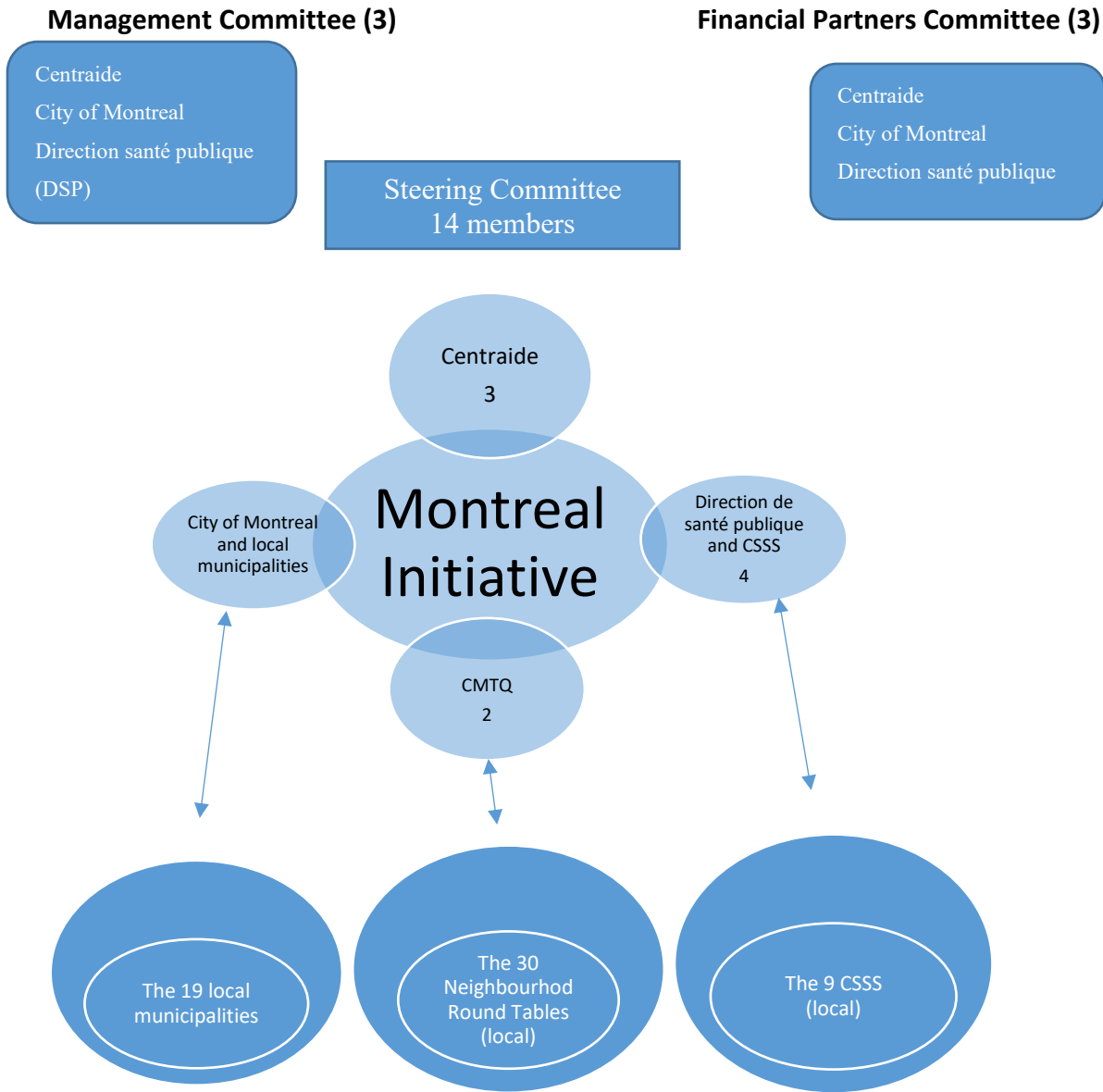
We are at a point in history when health inequalities have become one of the highest priority societal issues/challenges. Experts and actors in public health and in health promotion recommend the establishment of intersectoral governance actions that involve society as a whole to reduce inequalities, allowing individuals to have control over their health and to “be better prepared to deal with future public health emergencies and their consequences” (Public Health Agency of Canada, 2020, p. 38). This article could help illuminate the functioning of intersectoral governance processes as well as provide avenues for improving them and making them more effective. Successful intersectoral governance could improve these actions and consequently, ameliorate the quality of actions and reduce health inequalities. It should be noted that in the

context of this article, intersectoral governance and intersectoral action are considered equivalent. On the other hand, intersectoral governance differs from intersectoral policy which is not the subject of discussion in this paper.

The case study examines actors' strategies in the context of an intersectoral intervention called the Montreal Initiative for Local Social Development (MI), whose mission is to guide and support the actions of local intersectoral coalitions referred to as Neighbourhood Round Tables (Bernier et al., 2010). Specifically, the study analyzes the renegotiation process of the MI's Terms of Reference, a process marked by crisis with significant impacts on the functioning and dynamics of the MI's governance.

The MI is coordinated at the regional level by a Steering Committee of four regional partners. Two partners represent different institutional sectors: the regional public health authority (Direction régionale de santé publique) and the City of Montreal. The philanthropic sector is represented through Montreal United Way (Centraide du Grand Montréal). The fourth partner, from the community (civil society) sector is the Coalition of Neighbourhood Round Tables Coalition (CMTQ). On the initiative's Steering Committee, the CMTQ represents the interests of the Neighbourhood Round Tables (see Appendix), whereas the regional institution partners have a vertical relationship to their local subordinate bodies who sit on the Neighbourhood Round Tables. These local subordinate bodies contribute to local community development: for the regional public health authority, these are the local Health and Social Service Centres (CSSS); for the City of Montreal, these are its Borough Councils. Centraide is the MI's only regional organization that does not have a direct link with bodies locally involved in the Neighbourhood Round Tables. Finally, the Steering Committee has two formal subcommittees: a Financial Partners Committee and a Management Committee composed of representatives of the three financial partners (Direction régionale de santé publique, City of Montreal and Centraide) (Figure 1). It is noteworthy that the representatives of the four sectors involved in the process of renegotiating the Terms of Reference had have a long tradition of collaboration and cooperation. Most of their representatives had collaborated with each other on other projects and built meaningful relationships well before the implementation of MI.

Figure 5. – Article 2\_Figure 1. Montreal Initiative (MI) governance structure



- The Steering Committee is composed of 14 members. Its mandate is to define and enforce the MI’s strategic directions.
- The Management Committee is made up of representatives of the three financial partners. It oversees and enforces the application of the MI’s strategic orientations. It is also responsible for defining the specifications of each Neighbourhood Round Table; analyzing yearly and triennial accountability reporting; providing the Neighbourhood Round Tables

with suitable feedback; and producing an activity report to be approved by the Steering Committee.

- The Financial Partners Committee is composed of the three managers representing Centraide, the Direction de santé publique and the City of Montreal. It confirms the funds allocated to the Initiative each year by each of the financial partners and validates Management Committee recommendations regarding funding and triennial renewal. It acts as a mediator and judge between the Management Committee and the Neighbourhood Round Tables.

### *Strategies and intersectoral governance*

Although there is some lack of clarity around the notion of strategy – “strategy” and “tactic” are sometimes used indiscriminately (Desportes, 2014; Fenton et Langley, 2011; Wagner Mainardes et al., 2014) and strategy sometimes refers to a property of organizations, and sometimes a means for individuals to further their interests -- in this paper we adopt Jarzabkowski’s notion of strategy as practice. This is defined as “a situated, socially accomplished activity.” Strategizing “comprises those actions, interactions and negotiations of multiple actors and the situated practices that they draw upon in accomplishing that activity” (Jarzabkowski et al., 2007).

Empirical studies outside of health promotion on intersectoral collaboration underscore the role of actors’ strategies as factors influencing its functioning. Nederhand and colleagues (2019) in a study of the new public governance, showed that strategic actors identified as boundary-spanning use various strategies to overcome institutional constraints and facilitate collaboration between political leaders and local communities (Nederhand et al., 2019). Sullivan and colleagues study of intersectoral public policy initiatives in the United Kingdom revealed a dynamic relationship among the strategies that actors developed to facilitate their collaboration and their collaborative capacity (Sullivan et al., 2006). The most effective strategies were those developed in egalitarian relationships and legitimized by a significant number of partners. Importantly, given that power is generally imbalanced in intersectoral collaboration, the likelihood to be appears high that these strategies will be influenced by the most powerful partners in order to satisfy their own interests



(Dewulf et Elbers, 2018; Purdy, 2012). Hence, some strategies can be obstacles to smooth collaboration (Dewulf et Elbers, 2018). Matthews' study on local governance showed that the strategies developed by powerful partners hindered the empowerment and engagement of local communities (Peter Matthews, 2014).

Conversely, other researchers have demonstrated that less powerful actors can successfully influence collective decisions. Bickerstaff and Walker identified three types of strategies used to counter power inequalities in a local intersectoral governance process. These were: teleological action based on argumentative tactics; normatively regulated behavior where parties with similar goals work together to define priorities; and dramaturgical behavior where actors choose to put themselves on the same footing as others in order to evoke an acceptable representation and minimize antagonism (Bickerstaff et Walker, 2005).

In the context of intersectoral collaboration in health promotion, strategizing is understood at least theoretically to be a useful approach for implementing public policies and guiding action (Dewulf et Elbers, 2018; Peter Matthews, 2014; Molnar et al., 2016; Ollila, 2011; Sullivan et al., 2006). Although empirical literature on strategy in intersectoral collaboration is scarce (Molnar et al., 2016; Sullivan et al., 2006), work on Health-in-All Policies (HiAP) provides some insight (Molnar et al., 2016). Ollila identified four basic strategies used in implementing HiAP: health-driven, win-win, cooperation and damage control (Ollila, 2011). A study of the effectiveness of HiAP implementation strategies demonstrated that of the three most commonly used (awareness-raising, directive and win-win), the win-win strategy was the most effective (Molnar et al., 2016).

As a step in a larger body of working aiming to understand how actors in intersectoral governance come to reconcile divergent strategies, the aim of this paper is to report on an empirically derived typology of strategies used by actors in an intersectoral health promotion governance process at the regional level. The text adopts Jarzabkowski's definition of strategy as a practice by actors, in context. However, as Jarzabkowski points out, this definition makes it difficult to determine which activities are or are not strategic. To address this lack of precision, we adopt Desportes' approach in which "all strategies presuppose the existence of a strategic intention and must aim for results"

(freely translated) (Desportes, 2014). In addition, we consider strategies to include all actions voluntarily carried out by partners to shape their collective governance process.

### 5.2.3. Theoretical framework

To characterize the strategies used by actors and construct a typology, we drew on three theories: Latour's actor-network theory (ANT) (Latour, 2007), Heckscher's "purposive negotiation" framework (Heckscher, 2013) and Dewulf and Elbers' theoretical framework for analyzing power in intersectoral partnerships (Dewulf et Elbers, 2018).

ANT helps explore and understand the dynamic of interactions among actors within a sociotechnical network, defined as an association of heterogeneous human and non-human actors who interact to produce an innovation (Latour, 2007). ANT suggests innovation to be a result of translation, an iterative process composed of four moments *Problematization* brings actors to develop a common vision of the problem and enables them to define a common interest that encompasses those of the stakeholders concerned. *Interestment* means the set of actions actors deploy to encourage other actors to change their identity, to embrace a common goal and to take part in achieving it. *Interestment* can be carried out through promotion campaigns, arrangements among partners or simple solicitation depending on the context and actors' interest(s) in the proposed innovation (Akrich et al., 1988; M. J. L. A. s. Callon, 1986) *Enrolment* refers to the attribution and acceptance of new roles in connection with the problematization. *Mobilization* consists of actors' shifts of positions, direct and via detour, toward or away from the innovation. In studying the strategies deployed by intersectoral governance actors, we focus on interestment, which encompasses the practices through which partners rally other partners to their cause or unite them around a partnership.

Heckscher's "purposive negotiation" framework helps understand negotiations in crisis contexts where the search for a "win-win" solution is often difficult because one or more of the parties refuses to make concessions and is uncompromising, and where trust between the parties is low or absent (Heckscher, 2013). This framework posits that successful negotiation results from actors' willingness to pursue common goals in spite of their disagreements and lack of trust. According to Heckscher, in crisis situations that are detrimental to all parties, actors can attempt

to negotiate a common plan that they value; in turn, this creates the trust they need to strike a compromise that was previously difficult or impossible (Heckscher, 2013).

Dewulf and Elbers' theoretical framework describes how actors use their power to shape the results of intersectoral collaborations (Dewulf et Elbers, 2018). In their view, actors can use their power to guide decision-making directly, indirectly and ideologically through what they term "episodic power strategies". To establish these strategies, actors can mobilize material resources, discursive legitimacy (an actor's ability to represent a particular point of view) or authority (the right, socially recognized by other actors, to speak up and make decisions) in order to guide collaboration. This framework sheds light on how actors use power and mobilize resources.

While ANT's incentive concept is relevant for describing the process of intersectoral governance, ANT is blind to the power dimension linked the actors' social positions. However, power embedded in intersectoral governance structures, can easily influence the actions of the actors even in its most discreet manifestation. Dawful's approach can fill this gap in ANT. Moreover, it has been shown that actors in IM processes may collaborate without adhering to the common goal and without trust. In this case, one can think that the concept *Interestment* may be insufficient to identify the actions deployed under specific conditions such as mistrust. The "purposive negotiation" approach may help in this regard. We believe that a combination of these three complementary approaches will allow us to better achieve our goal.

#### **5.2.4. Methodology**

The study described here is a single retrospective longitudinal case study (Yin, 2009). The case object is the renegotiation process of the MI's Terms of Reference. We systematically selected four critical events (CE) representing four key moments in that process. We define a CE as any action that has had a positive or negative impact on the deliberative process of revising the policy framework (Borvil et al., 2018). These events were retrospectively identified using two criteria. First, the event had to be recognized as critical by actors who had participated throughout the process, from at least three of the four sectors concerned. Second, the event had to have produced an obvious (positive or negative) change in the renegotiation process. To select the CEs, we reviewed all MI documentation and developed a timeline of all events that had occurred

during the renegotiation. The timeline was discussed and validated during an exploratory (one-hour) focus group by four representatives of the partners involved in the process throughout the renegotiation period. Next, we identified the CEs and submitted them for validation to the same representatives during a second focus group (Borvil et al., 2018). Thus, the four selected CEs were affirmed as such by representatives of all four sectors. These served as the units of observation for the case study.

Semi-structured individual interviews were then conducted with 16 individuals (actors in the sense of ANT) representing the four sectors involved in the process and who had been involved in at least one of the CE. For each CE, actors were interviewed about their concrete actions in connection with it, as well as the intentions behind their actions. The interviews were transcribed verbatim and coded using QDAMiner software. Deductive-inductive coding was used in an iterative, cross-CE process. First, the data were coded according to the concepts contained in the theoretical framework; specifically, the actions considered were categorized as relating to either interestment, purposive negotiation or sources of power (material resources; legitimacy and authority). Emergent codes were then identified, and the same iterative procedure used across the CEs to verify if they had occurred in all four CEs (Miles et Huberman, 2003). Next, the actions were grouped into categories and labelled with new codes (meta-codes). The (pre-established and emerging) codes were grouped into categories; these are presented in the form of a typology in this article. Interpretive and cross-sectional thematic analysis was used to assign meaning to the results. Note that we have chosen organization as the unit of analysis. Therefore, we conceptualized the strategies from an organizational perspective, not an individual.

## 5.2.5. Results

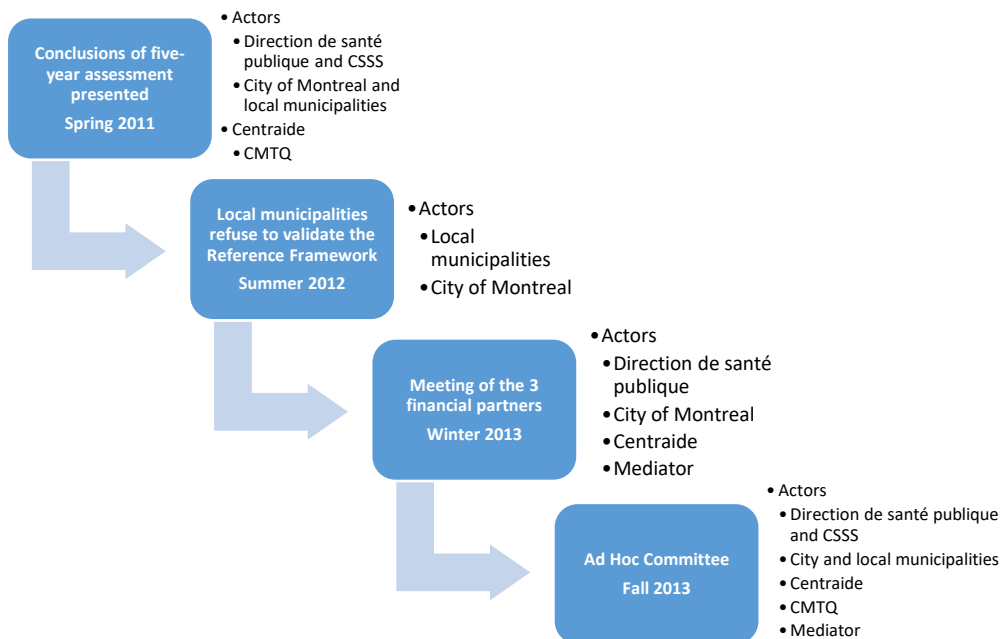
### 5.2.5.1 Critical events: summary description (CE)

The CE and their impact on the evolution of the MI's Terms of Reference renegotiation are described below and in Figure 2. For each, the collective issue is presented along with the actors involved.

#### *Critical event 1: Conclusions of the year-five evaluation are presented*

In 2011, the conclusions of an evaluation of the MI, carried after five years of operation, were presented to the Steering Committee by the firm that had been contracted to conduct it. Following this presentation, the Steering Committee set up a deliberative process through which to revise the Terms of Reference. Six months later, in May 2012, a first version of the revised document was adopted by the Steering Committee and submitted to the four partners for validation and approval.

Figure 6. – Article2\_Figure 2. Timeline of critical events (CE) in the MI Terms of Reference renegotiation process.



*Critical event 2: Local municipalities refuse to validate the Terms of Reference*

In summer 2012, as validation of the first version of the revised Terms of Reference was underway through the partner organizations, the local municipalities refused to validate it because they were dissatisfied with the role, they were to be given in managing the Initiative. The local municipalities demanded the right to be recognized as funders on equal footing with the regional financial partners and to participate in managing the initiative. The regional municipal partner rallied to the local municipalities' position. Together, they developed a "City Proposal" in which they set forth their conception of local municipalities' role in managing the MI. This proposal was rejected by the three other regional partners. The rejection gave rise to an intense controversy that divided the partners, broke the trust among them and paralyzed the revision process. In the face of this challenge, an emergency meeting was organized, and a mediator was hired to facilitate it.

*Critical event 3: The three financial partners meet*

An emergency meeting was held in January 2013, bringing together the senior managers of the three financial partners, the representatives of these three partners who sat on the Steering Committee (thus for all intents and purposes, all members of Management Committee), the mediator and a representative of the local communities. The purpose of this meeting was to find a middle ground and reengage the partners in the process of renegotiating the Terms of Reference. Following the meeting, a number of key decisions for moving the process forward were made by the three financial partners. They struck an agreement to suspend implementation of the "City Proposal" and to allow the committees to resume their activities. They also drafted a work plan for the Management Committee and made recommendations to the Steering Committee. The Steering Committee resumed its activities one month later, and, after several meetings, it distinguished between two sections of the controversial first version of the Terms of Reference: the first on the Initiative's strategic directions and the second on the partners' roles and responsibilities in managing it. The strategic directions portion was validated by the sectors, while a working group was formed to address the second portion.

#### *Critical event 4: An Ad Hoc Committee works with a mediator*

The working group, named the “Ad Hoc Committee”, was tasked with developing the second part of the Terms of Reference, the partners’ roles and responsibilities in managing the MI. Each partner was responsible for appointing its own representatives to sit on this committee. Its coordination was entrusted to the Management Committee. The mediator was rehired to assist the Ad Hoc Committee in its work.

### **5.2.5.2. Typology of strategies identified over the course of the renegotiation process**

Below, we present the strategies the partners used to influence collective decisions, as identified through the coding process. They were classified into five groups within into two broad categories: intersectoral strategies and intra-sectoral strategies (see Table). Each partner comprised a sector.

#### **5.2.5.2.1. Intersectoral strategies**

Intersectoral strategies were aimed at promoting or defending the collective interest. These strategies, based on interestment and purposive negotiation mechanisms, were deployed at the regional level and concerned at least one other partner. Two types of intersectoral strategies were seen: those developed or approved by the Steering Committee, here referred to as common strategies, and those deployed by one or more regional partners, called mediation strategies.

##### **5.2.5.2.1.1. Common intersectoral strategies**

Common strategies were characterized by the involvement of all partners (regional and local) in decision-making, and by the concomitance of actions taken to achieve outcomes. These strategies were aimed at promoting the partnership and generally based on argumentation and mechanisms of interestment. The arguments partners made were rooted in the originality of the partnership, its role in social development, and the interest it enjoyed elsewhere in Canada and abroad. The partners stated that over the course of the first years of implementation, the MI had

morphed into a collective actor at the regional level and had played an important role in discussions on social development in Montreal.

The interestment mechanisms observed were based on incentivization and were implemented simultaneously in all sectors to convince members of the usefulness of their involvement in the renegotiation process and of the importance of the Neighbourhood Round Tables, and to encourage other potential actors to join the partnership. These strategies consisted of information and awareness-raising campaigns founded on the merits of the partnership; consultations at key moments in the renegotiation process to discern partners' opinions; production of promotional tools such as pamphlets or PowerPoint presentations on the Round Tables' work; and continual information exchanges within the sectors. Verbatim quotes below provide examples of common intersectoral strategies.

“We really had a tool that beautifully presented what the Neighbourhood Round Tables do... We were using it in each of our sectors to provide resources, to inform and to act as an educator for various decision-makers. So, while we were revising the initiative, there was an interest for us, the financial partners, to make the Initiative known and to raise real awareness of what the Round Tables do”.

“Each (partner) was tasked with consulting its own members. The idea was to know everyone's opinion, without exception.”

#### 5.2.5.2.1.2. Intersectoral mediation strategies

Mediation strategies developed by some regional partners involved purposive negotiation primarily aimed at defending the collective interest. The negotiations were based on solidarity (among those sharing the same values), confrontation or a willingness to cooperate, according to the stage of the process. Given their belief in the autonomy of the Round Tables and their contribution to communities' development, the partners from the health, philanthropic and community sector banded together to oppose the municipal sector's request to decentralize management of the partnership. Alliances were also formed between two financial partners (DSP and Centraide) in solidarity with the CMTQ to force the third funder (the City) to reverse its position.



Mediation strategies based on exchanges of ideas consisted in setting up mediation or conflict management mechanisms to restore trust in the partnership and hence facilitate future decision-making. These strategies took several forms, ranging from: organization of emergency meetings to bring partners closer together and allow them to dialogue and explain their issues; hiring of a mediator to facilitate mediation among them and to translate the core issues involved; use of inventive problem-solving tools such as the Theory of Inventive Problem Solving (TRIZ: according to a respondent. an approach for solving technical problems associated with innovation).

Mediation strategies based on willingness to cooperate were manifest in the form of the establishment of compromises that served as necessary pre-agreements to continue the renegotiation process, and, consequently, head off the partnership's dissolution. In these strategies, partners agreed to concessions as a show of their willingness to cooperate and to allow the group to function. For example, the municipal sector agreed to suspend implementation of its partnership decentralization plan in order to allow the Steering Committee to continue its activities. This strategy thus saw a sector deciding to position itself as an intermediary in bringing the other sectors to an agreement in the overall group's interest, as the following respondent reported:

“I would say that we were also playing a conciliatory role; we were listening to different points of view and trying to reconcile them. I would say that was mainly what we did”.

#### **5.2.5.2.2. Intra-sectoral strategies**

Intra-sectoral strategies were deployed within the sectors on a discretionary basis, mainly to define and uphold a sectoral interest on the Steering Committee. We identified three categories of intra-sectoral strategies: creative unilateral strategies; unilateral power strategies and multilateral strategies. The term “unilateral” signifies that no other sector inside or outside the partnership was involved in developing the strategies. The term “multilateral” indicates that other sectors participated in developing a sectoral strategy. The unilateral (creative and power) strategies were specifically geared toward protecting sectoral interests, whereas the multilateral strategies targeted sectoral as well as collective interests.

#### 5.2.5.2.2.1. Creative unilateral intra-sectoral strategies

Creative unilateral intra-sectoral strategies were developed through internal participatory processes. The term “creative” is used to capture the wide variety of novel forms of interestment on which these strategies were based. These forms included: communication; awareness-raising; and mobilization of internal expertise and specific mechanisms (formal agreements, dialogue, responses); they varied according to whether or not the sector had local subordinate bodies. The strategies based on communication, awareness-raising and mobilization of internal expertise included: information sessions to convince the members of the MI’s usefulness for their sector; de novo creation of an internal communication mechanism (internal newsletter) to keep members updated on the renegotiation process; weekly internal meetings to discuss the partnership and benefit from employees’ advice in order to be able to better intervene on the Steering Committee; and special meetings of the Boards of Directors for important decisions.

Strategies based on formal agreements and dialogue consisted in identifying compromises between regional and local levels of the same sector, on the one hand, and between authorities at the same local level, on the other. Committees were created to find a consensus between the regional and local levels in order to better define sectoral issues and create a single mouthpiece to defend a coherent position in collective decision-making. Likewise, the different authorities composing the local level of a sector entered into dialogue processes to enable them to advocate for their interests to their regional counterpart with a single voice. For example, the 19 local municipalities met several times to better articulate their needs to each other before presenting them to the regional municipality.

Other response-focused interestment strategies consisted of formally countering a proposal from another sector. These could take the shape of devising a counterproposal, taking up a contradictory position or switching the Steering Committee representative, as the following quotes attest:

“It was sort of, for us, as Sector 1, what’s our position. What are our issues in connection with what was discussed with the local municipalities...? We had summed

up our sector in terms of how we position [as a counter-proposition] ourselves with respect to what's happening and to the program".

"There were alliances internally ... we tried to properly grasp the local authorities' requests to be able to report on them to the other regional partners. There were explanations, meetings here even... We had forged an alliance, saying we had to speak in a single voice: the City".

#### 5.2.5.2.2.2. Unilateral intra-sectoral power strategies

Unilateral power strategies influenced collective decisions using power founded in financial resources, political legitimacy and formal authority. The results showed that during the renegotiation process, one partner exploited its power to take control by convening a special meeting to find a solution to a crisis. This partner used power derived from that fact that it was funding 50% of MI program to shift the results of the renegotiation process in its favour. Another partner asserted its right as a funder to modify the Neighbourhood Round Table evaluation process without the agreement of the others. This partner also asserted the legitimacy accorded to it by law and its status as an entity responsible for local development in order to impose its will.

#### 5.2.5.2.2.3. Multilateral intra-sectoral strategies

Multilateral strategies identified in the critical events drew on a combination of interestment mechanisms including purposive negotiation, power-wielding and evidence provision. Their development was characterized by the involvement of other sectors internal or external to the partnership. They were mainly deployed to reinforce a sector's influence capacity so that it could better defend its interests, and, to a lesser extent, to find an acceptable compromise for all sectors. For example, partners reported that they had called on their personal friends to help defend their cause to influencers in the partnership and from other sectors. We also observed that some called upon outside experts to establish evidence-based data on the partnership's impact as a way to justify its importance.

Tableau 7. – Table1\_Article 2: Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance

	Intersectoral strategies		Intra-sectoral strategies		
	Common	Mediation	Unilateral creative	Unilateral power	Multilateral
Nature	Deployed and approved by the Steering Committee representing all of the regional and local partners	Deployed by one or more regional partners with the consent of the others	Deployed in the sector by means of a participative process involving various professionals	Deployed in the sector by hierarchical superiors	Deployed in the sector with the involvement of other sectors internal or external to the partnership
Goal	Promote the collective interest	Defend the collective interest  Restore trust between the partners	Protect sectoral interest	Protect sectoral interest	Protect sectoral interest Find a suitable compromise for all parties
Concepts	Interestment (+) Purposive negotiation (-) Financial resources (-) Legitimacy (-) Authority (-)	Interestment (-) Purposive negotiation (+) Financial resources (-) Legitimacy (-) Authority (-)	Interestment (+) Purposive negotiation (-) Financial resources (-) Legitimacy (-) Authority (-)	Interestment (-) Purposive negotiation (-) Financial resources (+) Legitimacy (+) Authority (+)	Interestment (+) Purposive negotiation (+) Financial resources (+) Legitimacy (+) Authority (+)
Actions	Simultaneous consultation of members of the sector within the same period  Use of the same questionnaire in the 4 sectors during the consultation  Partnership promotion campaign in the 4 sectors simultaneously and externally  Collective decision to seek new financial partners  Collective decision to promote field operators internally and externally	Hiring of a mediator by one financial partner with the consent of the 2 others  Calling of an emergency meeting gathering the 3 financial partners, organized by one of the sectors, to find an arrangement  Use of the TRIZ method by the Management Committee to restore trust between the members  Alliance formed by 2 out of the 3 financial partners to protect the regional nature of the partnership  Alliance between the health, philanthropic and community sectors to defend centralized management of the partnership  Health sector acts as an intermediary between the 3 other sectors to find a middle ground	Arrangement between the regional and local levels to speak in a single voice on the Steering Committee  Arrangement between the local authorities to speak in a single voice to their regional counterpart  Calling of an emergency meeting when necessary (for urgent decisions)  Meetings (monthly and daily) with employees for their expertise, advice and suggestions to better defend sectoral interests  Change of spokesperson for reasons of expertise or personality  Resignation of an uncompromising spokesperson  Monthly discussion on the evolution of the renegotiation process in Boards of Directors  Negotiations between the levels of the same sector to review sectoral interests  Prioritization of the program in the regional action plan to combat social inequalities in health and in the national public health program	Replacement of the professional with a strategic manager  Use of status or legitimacy to impose will on other sectors  Recourse to hierarchical friends to influence decisions  Change of position: regional partner's reversal in order to band together with their local counterpart to defend their sector's interests in the name of electoral legitimacy	Recourse to sympathetic sectors to convince or persuade one sector to support another  PPT presentation to rally sectors external to the cause  Finding of strategic allies to bolster power  Use of personal relationships to support sectoral action  Mobilization of an outside partner to document field operators' work

+ present - absent

## 5.2.6. Conclusion

The objective of this article was to identify and then draw up a typology of strategies developed and applied by partners in an intersectoral governance process in health promotion. The results show that the partners developed a diversity of intersectoral and intra-sectoral strategies that were distinguishable by their goals, their organizational origin, the actors involved, and their fundamental mechanisms. Intersectoral strategies were developed at the regional level and aimed to promote or defend collective interests through interestment (common strategies) and purposive negotiation (mediation strategies). In contrast, intra-sectoral strategies sought to protect sectoral interests. They deployed interestment mechanisms (unilateral creative strategies), power mechanisms (unilateral strategies) and a combination of interestment, power and evidence (multilateral strategies).

The findings illustrate how actors' strategies operate within intersectoral governance process. They show that collective decisions are shaped by the strategies created both at the boundaries of, and within, sectors. Intra-sectoral strategies were more numerous and varied. Some of these were supported by the same interestment mechanisms as some intersectoral strategies. However, interestment forms were rarely identical in any given type of strategy; this confirms that there is no one way to bring a partner to join a common project (Akrich et al., 1988; M. J. L. A. s. Callon, 1986). Regarding power strategies, we observed that power was used by the partners both as a facilitation tool (assuming leadership to bring partners closer together and engaging them in discussions to save the partnership) and as a means to influence the results in their own interests (Dewulf et Elbers, 2018; Purdy, 2012).

This research may help better understand how partners interact in order to influence collective decisions, by shedding new light on the functioning of collaborative governance. This descriptive typology of strategies may inform researchers and practitioners on the practices employed by intersectoral coalition partners to influence collective decisions and enhance the effectiveness of their governance. In addition to having documented a variety of potential strategies that can be used in governance, the study can also be a springboard for reflection on and analysis of the conditions under which they are applied and their effectiveness. It remains to be known under

what conditions partners will choose one strategy over another, and what determines how successful a strategy will be in a specific context. Future research will be necessary to answer these questions.

This study dealt with a case of intersectoral governance which, in our view, is theoretically representative of governance at the regional and local levels. The crisis situation studies is also typical of successful intersectoral collaboration: partners must overcome crises to be able to continue to work together. As such, it is our belief that this typology accurately reflects actors' strategic behavior in similar cases of collaboration. However, intersectoral collaboration is also common at the national and international levels, which bring their own issues and challenges. North-South partnerships to tackle health inequality are but one example. Other empirical studies in a broader context, for example at the national level and involving additional sectors, will be needed to test the generalizability of this typology.

## 5.2.7. References

Akrich, M., Callon, M. and Latour, B. (1988) À quoi tient le succès des innovations? 1: l'art de l'intéressement; 2: le choix des porte-parole, *Gérer et comprendre. Annales des mines*.

Bernier, J., Clavier, C. and Giasson, G. (2010) Développement social local à Montréal: approche concertée de lutte contre les inégalités. In Potvin L., M. M.-J., Jones C. (ed), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, Paris. pp. 168-177.

Bickerstaff, K. and Walker, G. (2005) Shared visions, unholy alliances: Power, governance and deliberative processes in local transport planning. *Urban Studies*, **42**, 2123-2144.

Borvil, A. D., Kishchuk, N. and Potvin, L. (2018) The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *Int J Public Health*, **63**, 429-430.

Callon, M. (1986) Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, **36**, 169-208.

Clavier, C. (2010) Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. In Potvin L., M. M.-J., Jones C. (ed), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, Paris. pp. 326-333.

Corbin, J. H., Jones, J. and Barry, M. M. (2016) What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, **33**, 4-26.

de Leeuw, E. (2017) Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annu Rev Public Health*, **38**, 329-349.

Desportes, V. (2014) La stratégie en théories. *Politique étrangère*, **Eté**, 165-178. [10.3917/pe.142.0165](https://doi.org/10.3917/pe.142.0165).

Dewulf, A. and Elbers, W. (2018) Power in and over cross-sector partnerships: Actor strategies for shaping collective decisions. *Administrative Sciences*, **8**, 43.

- Fenton, C. and Langley, A. (2011) Strategy as practice and the narrative turn. *Organization studies*, **32**, 1171-1196.
- Harris, P., Baum, F., Friel, S., Mackean, T., Schram, A. and Townsend, B. (2020) A glossary of theories for understanding power and policy for health equity. *Epidemiol Community Health*, **74**, 548-552.
- Heckscher, C. (2013) Purposive Negotiation. *Négociations*, **20**, 113-129. 10.3917/neg.020.0113.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J. and Seidl, D. (2007) Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, **60**, 5-27.
- Jones, J. and Barry, M. M. (2011) Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health Promotion International*, **26**, 408-420.
- Kania, J. and Kramer, M. (2011) *Collective impact*. Stanford social innovation review New York.
- Latour, B. (2007) *Changer de société : Refaire de la sociologie*. Découverte, Paris.
- Matthews, P. (2014) Being Strategic in Partnership – Interpreting Local Knowledge of Modern Local Government. *Local Government Studies*, **40**, 451-472. 10.1080/03003930.2013.859141.
- Merrill, M. L., Taylor, N. L., Martin, A. J., Maxim, L. A., D’Ambrosio, R., Gabriel, R. M., Wendt, S. J., Mannix, D. and Wells, M. E. (2012) A mixed-method exploration of functioning in safe schools/healthy students partnerships. *Eval Program Plann*, **35**, 280-286.
- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (2003) *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Molnar, A., Renahy, E., O’Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A. and Shankardass, K. (2016) Using win-win strategies to implement health in all policies: a cross-case analysis. *PloS one*, **11**, e0147003.
- Nederhand, J., Van Der Steen, M. and Van Twist, M. (2019) Boundary-spanning strategies for aligning institutional logics: a typology. *Local Government Studies*, **45**, 219-240.



Ollila, E. (2011) Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, **39**, 11-18.

Potvin, L. and Clavier, C. (2013) Actor-Network Theory: The governance of intersectoral initiatives. In Clavier, C., De Leeuw, E. (ed), *Health Promotion and the Policy Process*, Oxford University Press, Oxford. pp. 82-103.

Public Health Agency of Canada (2020) From Risk to Resilience: AN EQUITY APPROACH to COVID-19. Public Health Agency of Canada, Ottawa.

Purdy, J. M. (2012) A framework for assessing power in collaborative governance processes. *Public Administration Review*, **72**, 409-417.

Seaton, C. L., Holm, N., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C. M., Lamont, S., Johnson, S. T. and Healy, T. (2018) Factors that impact the success of interorganizational health promotion collaborations: a scoping review. *American Journal of Health Promotion*, **32**, 1095-1109.

Sullivan, H., Barnes, M. and Matka, E. (2006) Collaborative capacity and strategies in area-based initiatives. *Public Administration*, **84**, 289-310.

Wagner Mainardes, E., Ferreira, J. J. and Raposo, M. L. (2014) Strategy and strategic management concepts: are they recognised by management students? *Business Administration and Management*, **17-60**.

Yin, R. K. (2009) *Case study research : design and methods*. Sage, Thousand Oaks.

Zakocs, R. C. and Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: A review of the literature. *American journal of preventive medicine*, **30**, 351-361.

### **5.2.8. Appendix**

Neighbourhood Round Tables are spaces of intersectoral consultation where all local actors from different action areas (education, health, transportation, etc.) and citizens are invited to discuss the issues facing their neighbourhoods; engage in a consensus-based approach to planning priorities in the form of Action Plans, and become involved in implementing and following up on these Plans. They have no specific duties in the Initiative but are represented within it by the CMTQ. They are not considered partners, but rather agents who receive funds to facilitate spaces of consultation and to carry out follow-up actions. They are in direct individual contact with the Management Committee, which enforces the principles laid down by the Steering Committee and oversees proper use of the funds they are allocated.

### **5.2.9. List of acronyms**

CMTQ: *Coalition montréalaise des Tables de quartier* (Montreal Coalition of Neighbourhood Round Tables)

MI: Montreal Initiative for Local Social Development

CSSS: *Centres de santé et de services sociaux* (Health and Social Services Centres)

DSP: *Direction régionale de santé publique* (Regional Public Health Authority)

ANT: Actor-network theory

CE: Critical events

### **5.3. Article 3 - L'utilisation des stratégies d'influence par les acteurs dans la gouvernance intersectorielle pour la promotion de la santé**

*Cet article est en préparation et sera soumis à Critical Public Health*

#### **Auteurs**

Achille Dadly Borvil<sup>123</sup> : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

Natalie Kishchuk<sup>3</sup> : [REDACTED]

Louise Potvin<sup>123</sup> : louise.potvin@umontreal.ca

#### **AFFILIATION**

1. Centre de recherche en santé publique (CRéSP), Université de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 7101 Ave du Parc, Montréal, QC, H3N 1X7, Canada
2. Chaire de recherche du Canada Approches Communautaires et Inégalités de santé, 1301 Sherbrooke, Montréal, H2L 1M3, Canada
3. École de santé publique, Université de Montréal, 7101 Av du Parc, Montréal, QC, H3N 1X9, Canada

### 5.3.1. Introduction

La gouvernance intersectorielle<sup>20</sup> est généralement définie dans la littérature comme une forme de collaboration entre divers secteurs pour aborder les problèmes sociaux complexes. La littérature scientifique indique que la diversité sectorielle constitue une richesse pour la gouvernance intersectorielle parce qu'elle contribue à des approches novatrices de résolution des problèmes (Baird et al., 2019). Paradoxalement, elle peut représenter un obstacle à son fonctionnement dans la mesure où les secteurs ont des valeurs, des buts, des cultures, des perspectives, des procédures et des pouvoirs différents (Huxham et Vangen, 2013; Huxham et al., 2000; Littlecott et al., 2015). La plupart des études qui abordent la diversité des secteurs dans la gouvernance intersectorielle ont cherché à identifier les facteurs qui permettent de transcender les différences sectorielles et qui, par conséquent, facilitent le bon fonctionnement et la réussite de la collaboration entre secteurs (Graddy, 2009; Klijn et Koppenjan, 2012; O'Leary et Vij, 2012; Sullivan et Skelcher, 2002). Très peu de chercheurs se sont intéressés aux particularités sectorielles (expertises, idées, intérêts, arrangements institutionnels etc.) et de leur influence sur le fonctionnement et l'évolution à long terme de la gouvernance intersectorielle (Baird et al., 2019; Herranz, 2008; Herranz, 2010; Semenowicz, 2014). Dans leurs travaux respectifs, Baird et Herranz ont démontré que les secteurs utilisent différentes stratégies pour influencer les décisions collectives. Cet article s'intéresse aux conditions dans lesquelles les secteurs ont recours à des stratégies d'influence dans un processus de gouvernance intersectorielle de promotion de la santé aux niveaux régional et local. Les conditions sont entendues ici comme l'ensemble des circonstances et des faits qui constituent du point de vue des acteurs le cadre d'une situation favorable pour qu'une action se déroule ou qu'un évènement se produise<sup>21</sup>.

---

20. Dans le cadre de cet article, les notions de gouvernance intersectorielle, collaboration intersectorielle et de partenariat sont utilisées de manière interchangeable.

<sup>21</sup> Cette définition est basée sur celle du dictionnaire Larousse en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/condition/18014>

## *Stratégie d'influence des secteurs dans la gouvernance intersectorielle pour la promotion de la santé*

Dans cet article nous définissons les stratégies d'influence comme l'ensemble des actions mises en place volontairement par les acteurs pour influencer un processus délibératif (Bickerstaff et Walker, 2005) dans l'intérêt de leur secteur ou dans celui du groupe de gouvernance intersectorielle (GGI). Le rôle des stratégies d'influence des acteurs dans le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle est mentionné par plusieurs chercheurs (Bickerstaff et Walker, 2005; Dewulf et Elbers, 2018; P. Matthews, 2014; Nederhand et al., 2019; Purdy, 2012; Sullivan et al., 2006). En promotion de la santé particulièrement, l'accent est mis sur l'importance des stratégies déployées par les acteurs dans la mise en œuvre et le développement (Bisset et al., 2009; 2013) des initiatives de santé publique et de promotion de la santé ; dans leur trajectoire et leur durabilité (Oliveira et al., 2017), de même que dans leur fonctionnement (Bilodeau et al., 2013; 2019; 2011). Par exemple, Bilodeau et al. (2013) dans leur analyse des interventions complexes en santé publique ont trouvé que les acteurs déploient trois types de stratégies pour améliorer leur collaboration. Il s'agit de ce qu'ils appellent : des stratégies structurelles pour contrer la sectorisation ; des stratégies cognitives pour « développer un répertoire commun » et des stratégies politiques pour influencer la collaboration à leurs avantages. De leur côté, Bisset et al. (2009); (2013) ont fait remarquer que dans leurs pratiques de mise en œuvre des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire, les acteurs ont déployé différentes stratégies d'intéressement pour aligner les intérêts des différents partenaires aux objectifs du programme. Plus récemment Oliveira et al. (2017), en évaluant la mise en œuvre et l'évolution du programme national brésilien de soin de santé primaire, ont démontré comment les stratégies déployées par les acteurs tout au long de la mise en œuvre du programme ont contribué à sa pérennisation. Cependant, si les études reconnaissent unanimement le rôle et l'importance des stratégies des acteurs dans le fonctionnement des initiatives de gouvernance intersectorielle, il semble qu'il n'existe pas d'études systématiques sur ce qui conditionne les choix des stratégies d'influence déployées. Cet article vise à combler cette lacune.

Notre étude précédente sur l'identification des stratégies d'influence des acteurs dans un processus de gouvernance intersectorielle régionale avait permis de distinguer cinq types de stratégies regroupées en deux grandes catégories : les stratégies intersectorielles déployées à la frontière des secteurs et les stratégies intra sectorielles élaborées à l'intérieur des secteurs. Les stratégies intersectorielles regroupent les stratégies intersectorielles communes (SIC) dont l'objectif consiste en la promotion du projet collectif dans les secteurs et à l'extérieur et les stratégies intersectorielles de médiation (SIM) qui visent la défense du projet collectif. Les stratégies intra sectorielles rassemblent les stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) ayant pour objectif de protéger les intérêts sectoriels; les stratégies unilatérales de pouvoir (SIUP) utilisées soit pour réorienter le processus de gouvernance ou pour influencer les décisions collectives dans l'intérêt du secteur qui les déploie et finalement les stratégies multilatérales (SML) qui visent à augmenter la capacité d'influence du secteur qui l'utilise (Borvil et al., 2021). La présente étude se veut une analyse de ces stratégies d'influence dans le cadre d'un processus de gouvernance intersectorielle pour comprendre les conditions dans lesquelles elles ont été utilisées.

### **5.3.2. Cadre théorique**

Pour repérer les conditions dans lesquelles les stratégies d'influence sont utilisées, nous nous sommes tournées vers la théorie de l'acteur réseau développée par Callon et Latour dans les années 70. La théorie de l'acteur réseau permet de comprendre la dynamique des interactions entre les acteurs dans un réseau sociotechnique défini par Potvin et Aumaître (2010) comme un ensemble d'acteurs humains et non humains interconnectés autour d'un projet commun. Le réseau sociotechnique est porteur de controverses parce que les acteurs humains qui le composent sont dotés d'intérêts, d'attentes, de valeurs et de logique organisationnelle différents qui parfois se confrontent (Potvin et Aumaître, 2010). En ce sens, les controverses désignent l'ensemble des actions de remise en question, de discussion et de négociations au cours desquelles les acteurs « se déplacent » pour s'allier à d'autres pour trouver un accord consensuel ou aligner les différents intérêts (M. Callon, 1986) . La TAR préconise que l'innovation produite par le réseau sociotechnique soit le résultat d'une série de négociations en tous genres qui peut être très longue (M. Callon, 1986) effectuées lors des controverses. La TAR propose la

problématisation et les controverses comme deux concepts clés pour analyser la façon dont les acteurs alignent leurs intérêts. La problématisation, par ses propriétés dynamiques, indique les détours et déplacements à consentir pour arriver à des alliances (M. Callon, 1986, p. 183). Les controverses expliquent quand et comment les compromis sont négociés entre les acteurs. À cet égard, Romestant (2013) avance que : « C'est en analysant les controverses... que l'on peut comprendre les décisions et les actions des acteurs » (Romestant, 2013, p. 15).

Appliqué à notre processus délibératif à l'étude, le concept de controverses est pertinent pour appréhender les conditions dans lesquelles les stratégies d'influence sont utilisées, car elles jouent un rôle important dans la dynamique des interactions entre les acteurs. D'après la TAR, ce sont généralement les controverses qui forcent les acteurs à se positionner (Lascoumes, 2014) et à se déplacer dans le réseau sociotechnique. Autrement dit, les controverses peuvent nous informer sur le comportement stratégique des acteurs. De plus, les controverses permettent de cerner l'ensemble des enjeux liés à un processus de prise de décision collective soit l'enjeu des acteurs impliqués, celui de l'ensemble des compréhensions et interprétations du problème que les « acteurs portent avec eux » et des diverses solutions envisagées pour résoudre le problème (Lascoumes, 2014). Étant donné que les controverses varient en intensité (Callon et Rip, 1992) dépendamment de la grandeur du conflit d'intérêts, nous supposons qu'il existe une relation entre l'état des controverses et le type de stratégies d'influence utilisées par les secteurs pour les clôturer et aligner leurs intérêts.

### **5.3.3. Méthodologie**

#### **5.3.3.1. Contexte de la recherche**

La recherche porte sur l'Initiative montréalaise, un partenariat intersectoriel mis en place en 2006 à Montréal par trois partenaires financiers dont Centraide du Grand Montréal qui est un organisme philanthropique, la direction de la santé publique et la Ville de Montréal qui sont deux partenaires institutionnels et la Coalition montréalaise des Tables de concertation du Québec (CMTQ) qui est un partenaire du secteur associatif. La CMTQ regroupe 30 Tables de quartier en développement social à Montréal et intervient sur des enjeux communs à toutes les Tables. Ces dernières sont des espaces de concertation intersectorielle où tous les acteurs locaux de

différents champs ou secteurs d'action incluant les citoyens sont invités à discuter des enjeux de leur quartier, à s'engager dans une démarche consensuelle de planification des priorités sous forme de plan d'action, à s'impliquer dans la mise en œuvre et le suivi du plan d'action local.

Les deux partenaires institutionnels ont des ramifications au niveau local. La santé publique est représentée par les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre Est-de-l'Île de Montréal (CIUSS). Ces derniers qui étaient au nombre de 14 durant la période concernée de l'étude<sup>22</sup> sont responsables de la mise en œuvre du programme national de santé publique au niveau local à travers des plans d'action développés conjointement avec les autres partenaires du milieu (Potvin et al., 2012). La Ville de Montréal est représentée par les municipalités locales (arrondissements). Elles sont responsables du développement social à Montréal et offrent du soutien financier aux organismes de développement économique local, communautaire et social (Rivard et al., 2004). C'est à ce titre qu'elles contribuent au financement des Tables de quartiers. Les CIUSSS et les municipalités locales constituent les partenaires locaux et sont en lien direct avec les Tables de quartier. Cependant, de même que les CIUSSS, elles ne sont pas considérées comme des partenaires financiers et ne participent pas à la gestion du partenariat. L'organisme philanthropique est le seul à ne pas avoir de représentant local.

L'Initiative montréalaise (IM) est coordonnée au niveau régional par un comité de pilotage composé des représentants des partenaires régionaux et locaux et gérée par un comité de gestion formé par des représentants des trois partenaires financiers (organigramme en annexe 1). L'activité principale de l'IM consiste essentiellement à soutenir financièrement les 30 Tables de quartier selon les modalités définies par les partenaires financiers et qui sont présentées dans leur cadre de référence intitulé « Orientations et paramètre de gestion et d'évaluation ci-après dénommé OPGE ». L'OPGE décrit la nature de l'Initiative, ses objectifs, ses orientations, les modalités ainsi que les outils de gestion et de reddition de comptes. Ce document a été élaboré conjointement par les quatre secteurs et un système de financement intersectoriel et de reddition a été mis en place par les trois partenaires financiers pour alléger le travail administratif des Tables de quartier. En 2011, cinq ans après son implantation, l'Initiative montréalaise a fait

---

<sup>22</sup> Depuis la réforme du système de santé de 2015, le nombre de CIUSSS est passé de 14 à 5 sur l'Île de Montréal.



l'objet d'une évaluation à la suite de laquelle le comité de pilotage a entrepris un processus délibératif pour réviser le document OPGE. Cet article porte sur le processus délibératif de révision du document OPGE qui a amené à la coproduction de leur nouveau *Cadre de référence*.

### **5.3.3.2. Devis et collecte de données**

Nous avons utilisé une approche rétrospective longitudinale d'études de cas unique comprenant quatre sous unités d'observation (Yin, 2009) pour analyser les conditions dans lesquelles les stratégies sont appliquées. Les unités d'observations correspondent à quatre grands moments ayant marqué le processus délibératif de révision du document OPGE de l'IM que nous assimilons à des événements critiques (ÉC) (Figueiro et al., 2017). Les ÉC ont été sélectionnés et validés durant deux groupes de discussion réalisés avec les représentants des quatre secteurs impliqués dans le processus délibératif. La démarche de sélection et de validation des ÉC est décrite dans Borvil et al. (2018). Une description des événements critiques se trouve en annexe.

Les données ont été collectées au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées. Au total, 16 acteurs membres de l'Initiative montréalaise et impliqués dans le processus à l'étude ont été interrogés dont cinq proviennent du secteur municipal; cinq du secteur de la santé publique; trois du secteur philanthropique et trois acteurs du secteur associatif. Les acteurs rencontrés en entrevue avaient été impliqués dans au moins un des événements critiques (ÉC) sélectionnés durant la première phase de l'étude. Les événements critiques comprennent : la présentation des conclusions de l'évaluation quinquennale, le refus d'un partenaire local de valider le Cadre de référence de l'Initiative, la rencontre des trois partenaires financiers et le comité ad hoc.

Lors de l'entrevue, chaque acteur a été interrogé sur l'événement ou les événements critique (s) dans lequel/lesquels il a été impliqué. Les questions portaient sur leur perception (compréhension ou interprétation) du ou des événement (s) critique (s), les différentes actions mises en place par leur secteur d'appartenance lors de /des événement (s); les alliances ou les compromis faits; les contraintes ayant motivé le choix des actions posées ainsi que les ressources utilisées pour faire valoir les intérêts de leur organisation d'appartenance. Les entrevues ont duré entre 35 minutes et 2h30. Elles ont été transcrites intégralement en verbatim et traitées avec le

logiciel QDA miner. Nous avons utilisé une approche déductive inductive pour coder les données d'entrevues.

### **5.3.3.3. Analyse de données**

L'analyse des données s'est faite en quatre temps. Dans un premier temps, nous avons effectué un premier codage consistant à catégoriser les entrevues par secteur qui est notre unité d'analyse. Dans un deuxième temps, nous avons codé les segments de texte correspondant aux actions déployées qui se réfèrent aux cinq stratégies d'influence mentionnées ci-dessus (SIC, SIM, SIUC, SIUP, SML). Nous avons refait la même démarche pour chacun des secteurs. Nous avons ensuite transféré les données dans une feuille de calcul (Excel) et procédé à une analyse de contenu transversale pour bien faire ressortir les éléments communs et les différences entre les secteurs. Notre unité d'analyse étant les secteurs, nous avons délibérément mis l'accent sur les actions déployées en groupe dans le secteur et laissé de côté les actions individuelles.

## **5.3.4. Résultats**

Cette section présente les résultats de l'analyse empirique de l'utilisation des stratégies d'influence par les acteurs engagés dans un processus de gouvernance intersectorielle. Dans les lignes qui suivent, nous tenterons d'expliquer pourquoi et quand les stratégies ont été mises en œuvre par les acteurs (Tableau 1).

### **5.3.4.1. Stratégies intersectorielles communes (SIC)**

Les résultats indiquent que les stratégies intersectorielles communes (SIC) ont été appliquées dans l'intérêt collectif. Elles consistaient entre autres à promouvoir le partenariat dans les secteurs et à l'externe pour mieux le faire connaître, à recruter de nouveaux partenaires financiers afin d'augmenter le montant des subventions des Tables de quartiers. Les SIC ont été mises en place pour mieux asseoir la notoriété du partenariat devenu un acteur collectif sur la scène régionale et en faire un « *acteur incontournable* » du développement social à Montréal. Les répondants rapportent que les SIC avaient été utilisées principalement à l'époque où le partenariat fonctionnait adéquatement. Durant cette phase du processus délibératif, tous les

secteurs se sentaient interpellés et travaillaient conjointement dans la même direction pour faciliter la réussite de la démarche de renégociation. Comme en témoigne le verbatim ci-dessous, lorsque les stratégies intersectorielles communes sont appliquées, il y a une participation active de tous les partenaires, un souci de respecter les décisions prises collectivement et de veiller à ce qu'elles débouchent sur des résultats qui soient satisfaisants pour tous.

...le Cadre de référence, il faut associer toutes les parties prenantes... les gens y tiennent et tout le monde faisait attention aussi pour trouver des solutions. Tout le monde était en mode solution. A1S1

#### **5.3.4.2. Stratégies intersectorielles de médiation (SIM)**

Les stratégies intersectorielles de médiation (SIM) sont marquées par la renégociation du projet collectif. Les résultats montrent qu'elles avaient été appliquées la plupart du temps lors du dysfonctionnement du partenariat provoqué par une controverse. Elles consistaient en des alliances entre secteurs, des réunions d'urgence pour discuter de ce qui fait problème et permettre à chaque secteur d'exposer ses enjeux, l'embauche d'une médiatrice pour traduire les enjeux des secteurs et aider à trouver un arrangement pour poursuivre les négociations. Les stratégies SIM cherchaient particulièrement à ramener les partenaires à la table de négociation, à rétablir le lien de confiance dans la structure de gouvernance intersectorielle, à faciliter une compréhension commune de la philosophie du partenariat et à convaincre les partenaires et leurs membres à se réengager dans le processus de renégociation. Pour les répondants, les SIM ont réellement contribué à renforcer et à maintenir l'adhésion des secteurs au processus délibératif. Le verbatim qui suit montre un exemple d'application des SIM.

Je pense que l'alliance qu'on avait en disant c'est important d'avoir une stratégie pour renforcer l'adhésion à l'IM. On se disait il faut que tout le monde aille une même vision commune et qu'on renforce l'adhésion au fondement de l'IM. C'était partagé par la CMTQ, Centraide, la DSP et la ville centrale aussi. C'était une forte alliance ... (A1S1).

### **5.3.4.3. Stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) et intra sectorielles unilatérales de pouvoir (SIUP)**

D'après les données, les SIUC et les SIUP ont été appliquées par les secteurs lors du déroulement d'une grande controverse sur la gestion du projet commun. Ces stratégies d'influence visaient à protéger ou à défendre les intérêts sectoriels. C'est qu'en fait, à un moment du processus délibératif, le secteur municipal a décidé de manière unilatérale de décentraliser la gestion de l'Initiative montréalaise pour permettre aux municipalités locales de participer à l'évaluation des Tables de quartiers. Cette décision a fait éclater le consensus autour de l'intérêt collectif et a soulevé des enjeux pour les secteurs. Cela a provoqué une intense controverse dans le groupe de gouvernance intersectorielle (GGI). D'après les répondants, la décentralisation de la gestion de l'Initiative montréalaise représentait une menace pour les secteurs, et ce, à des niveaux variables. Les répondants du secteur de la santé publique ont expliqué que la décentralisation aurait entraîné la perte de fonds pour des projets de promotion de la santé dans leur organisation. De plus, le palier régional qui habituellement participe à la gestion de l'Initiative montréalaise, aurait été obligé de transférer les fonds dédiés à l'Initiative aux instances sous régionales et de ce fait, aurait été écarté de la gestion de l'Initiative. Pour ce secteur, l'IM constitue un moyen de promouvoir le développement des communautés, un des axes de la promotion de la santé. Les Tables de quartiers comme espace de concertation représentent une bonne structure de concertation locale qui leur permettait de réaliser cet objectif. Une éventuelle décentralisation aurait un impact sur le mode de fonctionnement des Tables qui auraient moins de pouvoir d'actions et de capacités à jouer leur rôle d'empowerment dans les quartiers.

Pour le secteur philanthropique, le maintien du caractère régional de l'Initiative et la stabilité des Tables de quartier constituaient un enjeu important pour eux. En fait, le développement des communautés est au cœur de l'action du secteur philanthropique. En ce sens, les Tables de quartier sont primordiales pour ses actions. Dans l'éventualité où les municipalités locales participeraient à leur évaluation triennale, le renouvellement de leur financement aurait été davantage influencé par les conditions locales ; ce qui aurait affaibli l'IM et menacé le secteur de

ne pas atteindre ses objectifs organisationnels. De plus, en tant que secteur ne disposant pas d'interlocuteurs locaux, la décentralisation de la gestion du programme l'aurait empêché de contrôler ses investissements et contraint de négocier avec les 34 partenaires locaux (19 municipalités locales et 15 instances sous-régionales (CSSS)). Ce qui aurait nécessité plus de ressources humaines, plus de temps et d'énergies.

Le secteur associatif percevait la décision du secteur municipal comme un « *outrage au fondement de leur organisation* ». En tant que plateforme de mobilisation citoyenne qui réunit tous les acteurs du quartier, il leur arrive parfois de prendre position contre certaines mesures municipales ; ce qui occasionnait parfois des confrontations avec les élus municipaux. Les répondants ont fait savoir qu'avec la décentralisation de l'Initiative, leurs membres (Tables de quartier) risquaient de perdre leur autonomie.

De son côté, le secteur municipal argumentait que le maintien du statu quo avait occasionné des mésententes entre la municipalité centrale et la plupart des municipales locales. La décentralisation de la gestion du partenariat et la reconnaissance des municipalités locales comme partenaires financiers permettraient de rétablir l'unité qui était en train de s'effriter dans leur secteur. Ainsi donc, durant la controverse et face à la menace en question, des stratégies intra sectorielles avaient été déployées par tous les secteurs. La plupart avaient eu recours à des stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) et un secteur avait utilisé des stratégies intra sectorielles unilatérales de pouvoir (SIUP). Les SIUC consistaient essentiellement en des négociations internes entre les paliers régional et local (dans le cas des institutions) ou entre le représentant régional (la CMTQ) et les opérateurs de terrain (Les Tables), pour définir les compromis à faire ainsi que les stratégies à déployer pour mieux défendre l'intérêt de leur secteur. Les SIUP quant à elles étaient basées sur les ressources financières, la légitimité politique et l'autorité.

#### **5.3.4.4. Stratégies multilatérales (SML)**

Ces stratégies d'influence avaient été appliquées principalement durant la phase de recherche de solution à la controverse. C'est que, dans son déroulement, la controverse avait pris une telle ampleur qu'à un moment donné l'existence du partenariat avait été menacée. Or, aucun secteur

ne voulait « *la mort de l'Initiative montréalaise* » et encore moins en être responsable. Les répondants ont fait remarquer que l'échec de ce « *modèle unique* » de partenariat aurait eu des conséquences pour tous les secteurs sans exception. Le secteur associatif risquait de perdre son financement. Pour le secteur de la santé publique, la fin éventuelle de ce partenariat aurait constitué un obstacle pour la promotion de la santé dans leur secteur, qui comme le rapportent deux des trois répondants, est peu favorable aux actions concertées.

« Ça allait probablement mener à des enveloppes par programme et au fond par silo ...puis ce n'était pas facile parce que chacun voulait avoir son silo et voulait avoir son programme normé, imposé au comité... ça a été constamment un conflit de vision puis de valeur que j'avais à mon niveau avec mes collègues, et l'Initiative était la seule perspective, au fond qui était le plus global » A2S1

Le secteur philanthropique aurait perdu une structure qui sert de base à leur projet organisationnel et serait obligé de revoir ses objectifs. Les municipalités locales quant à elles seraient tenues responsables de l'échec du partenariat et se seraient exposé « *à une publicité médiatique hors pair* » qui aurait terni leur image disent les répondants. C'est dans ce contexte qu'ils avaient accepté de retourner à la table de négociation et que des stratégies multilatérales avaient été déployées pour trouver un compromis satisfaisant pour le groupe, évitant ainsi la fin du partenariat. Les stratégies multilatérales s'appuient sur le recours à des relations personnelles et des preuves dans le but d'augmenter sa capacité d'influence. Elles avaient été combinées aux stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) pour mieux aligner les intérêts sectoriels et collectifs, mettre fin à la controverse et arriver à un compromis mutuellement acceptable.

« Les alliances qu'on a faites, c'est vraiment les travaux sur les indicateurs avec le milieu communautaire avec la CMTQ et le RIOCM (partenaire externe à l'IM) (SML) pour qu'on puisse s'entendre pour l'ensemble du financement du communautaire...développer une banque d'indicateurs là-dessus avec l'aide d'Amos (non fictif et partenaire externe) (SML). A2S1

Bien l'influence, nos relations, nos bonnes relations avec certains partenaires ; on était vraiment là-dedans là, de la discussion, de l'influence, okay, moi je connais telle

personne, je vais parler avec lui qui va parler avec elle, tu sais on était vraiment là-dedans là. A3S4

Les données montrent également qu'aucune stratégie d'influence n'a été appliquée seule. Elles ont toutes été associées à une autre en parallèle. Aussi, les stratégies unilatérales créatives ont été les plus appliquées par les secteurs. Cela s'explique probablement par le fait qu'on est en présence d'une structure de gouvernance à deux niveaux : régional et local dans le cas des institutions étatiques et du secteur associatif. Dans les secteurs à deux paliers, des actions ont été mises en place dans chacun des paliers séparément et entre les paliers. Autrement dit, des stratégies ont été déployées au niveau local par les partenaires locaux y compris les Tables de quartiers respectivement ; au niveau régional par leurs homologues régionaux et entre le régional et le local. Ainsi donc, dans la dynamique de la controverse, des stratégies intra sectorielles unilatérales créatives (SIUC) basées sur l'intéressement ont été déployées d'une part, pour consolider les liens en interne et d'autre part pour négocier les compromis sectoriels afin de mieux défendre les intérêts sectoriels dans le partenariat. La diversité des SIUC s'explique aussi par le fait qu'elles aient pris des formes différentes en fonction des secteurs et des champs d'activité.

### **5.3.5. Discussion**

Bien que chaque secteur soit unique et ait ses propres intérêts, les résultats montrent que premièrement, les secteurs utilisent quasiment les mêmes stratégies d'influence, à l'exception des stratégies de pouvoir, dans les mêmes conditions et pour les mêmes raisons. Le choix des secteurs d'appliquer des stratégies intersectorielles communes ou intra sectorielles est lié à l'existence ou non de conflit entre les intérêts sectoriels et collectifs. D'une manière générale, les stratégies intersectorielles sont appliquées quand les intérêts sectoriels et collectifs concordent. En revanche, lorsque les secteurs perçoivent qu'il existe un conflit entre leurs intérêts et ceux du collectif, ils appliquent des stratégies intra sectorielles pour influencer les décisions collectives à leur avantage. D'une part, ces résultats résonnent avec les travaux d'Emerson (2018) qui montrent que tous les secteurs qu'il soit publics, privés à but lucratif et à but non lucratif font face aux mêmes défis dans les collaborations intersectorielles. Ceci explique pourquoi les secteurs

appliquent les mêmes stratégies d'influence dans les mêmes conditions. D'autre part, ils confirment les recherches qui stipulent que quand les intérêts organisationnels et collectifs sont en conflit, c'est l'intérêt individuel qui l'emporte (Robertson et Choi, 2012; Thomson et Perry, 2006b).

Deuxièmement, le type de stratégies intra sectorielles unilatérales (créatives ou de pouvoir) appliquées par les secteurs pour défendre les intérêts sectoriels quand les valeurs organisationnelles sont menacées est lié à leur position dans la structure de gouvernance intersectorielle. De fait, les secteurs qui occupent une position privilégiée dans le partenariat en raison de l'importance de leur investissement, de la légitimité et de l'autorité dont ils jouissent privilégient des stratégies de pouvoir alors que ceux dont les investissements dans le partenariat sont limités ou qui dépendent financièrement des autres secteurs ont été plus portés à utiliser des stratégies créatives accompagnées parfois de stratégies de médiation. Ces résultats sont compatibles avec les conclusions de Dewulf et Elbers (2018) et de Purdy (2012) qui font valoir que les acteurs possédant des ressources matérielles, de la légitimité et de l'autorité peuvent utiliser le pouvoir directement ou indirectement pour influencer les décisions collectives. Par ailleurs, nos résultats apportent plus de précisions sur les conclusions des travaux de Baird et al. (2019) et d'Herranz (2008) qui affirment que les secteurs utilisent des stratégies différentes pour influencer le processus de gouvernance. Ils permettent effectivement de comprendre dans quelles conditions les secteurs utilisent des stratégies différentes. De plus, ils apportent une certaine nuance à propos de l'utilisation différentielle des stratégies par les secteurs. Nous avons trouvé que d'une manière générale, les stratégies intra sectorielles (créatives ou de pouvoir) sont différentes dans leur forme. Néanmoins, elles sont similaires dans leur objectif.

Troisièmement, les stratégies intersectorielles de médiation et les stratégies multilatérales sont appliquées lorsque les acteurs perçoivent que les valeurs de leur organisation d'appartenance sont menacées ou quand il y a un risque que le projet commun échoue. En fait, bien que chacun des secteurs ait eu ses propres enjeux, tout au long du processus délibératif de révision, la question de l'autonomie des Tables de quartier et le maintien de l'Initiative montréalaise représentaient des enjeux communs à la santé publique, Centraide et la CMTQ. Pour Centraide, l'autonomie des Tables était nécessaire pour qu'il atteigne ses objectifs organisationnels. Alors



que pour la DSP, les Tables de quartier représentaient le seul moyen de développer l'autonomie des communautés. Par contre, pour la ville, la priorité était de veiller à la satisfaction des municipalités locales afin de garder le lien de confiance entre les deux paliers. En ce qui a trait aux Tables, deux gros enjeux se posaient : la perte de leur autonomie et du financement de l'Initiative montréalaise. C'est que, dans des situations où les intérêts sectoriels et collectifs se confrontent, les valeurs organisationnelles deviennent un enjeu important et influent sur les choix stratégiques des acteurs. Quand la controverse ne remet pas en question les missions et objectifs des secteurs impliqués, les acteurs ont plus tendance à ajuster leurs préférences et à faire des compromis. Aussi, les stratégies intersectorielles de médiation sont priorisées par les secteurs pour faciliter l'alignement des intérêts. Cependant, lorsque les valeurs organisationnelles sont menacées, que les acteurs perçoivent qu'il y a un risque pour leur secteur de ne pas atteindre ses objectifs, les acteurs refusent tout compromis. Cependant, le fait que les acteurs restent sur leurs positions peut constituer une menace pour le projet commun. Nous avons découvert également que lorsque le projet commun est menacé, des stratégies multilatérales sont appliquées en complément des autres stratégies (SIUC, SIUP, SIM) pour arriver à faire converger les intérêts collectifs et les valeurs organisationnelles. Nos résultats corroborent les travaux de Van der Wal et al. (2008) et de Bourne et Jenkins (2013) qui stipulent que les valeurs organisationnelles influencent les choix d'actions des acteurs et par conséquent jouent un rôle important dans les décisions collectives.

En somme, cet article confirme le fait que la gouvernance intersectorielle est un processus itératif (Ansell et Gash, 2008; Kickbusch et Gleicher, 2011) de négociation et de renégociation basé sur l'utilisation d'un ensemble de stratégies. Les acteurs utilisent des stratégies en fonction de la dynamique des relations dans le groupe de gouvernance, des contraintes organisationnelles et des atouts dont ils disposent.

#### **5.3.5.1. Apprentissages pour les acteurs en promotion de la santé**

À partir de ces résultats, il est possible de faire ressortir deux leçons qui pourraient être utiles aux acteurs de promotion de la santé. La première concerne le degré d'interdépendance des secteurs. En effet, comme il est mentionné dans d'autres études, lors de la mise en place d'une structure

de gouvernance intersectorielle, les partenaires doivent s'assurer que le projet commun, soit « critique », ou un « passage obligé » au sens de Callon (1986) pour les secteurs qui y sont impliqués. L'interdépendance s'est révélée être un élément essentiel pour maintenir l'engagement des acteurs lors de la controverse, assurer son bon fonctionnement et par conséquent sa survie. C'est ce qui justifie la multitude de stratégies déployées de part et d'autre pour trouver une solution à la controverse et éviter que le bateau coule.

La deuxième a trait à la nécessité de mettre en place un mécanisme d'identification des contraintes organisationnelles au cœur de la gouvernance intersectorielle régionale/locale. Dans la littérature sur le fonctionnement de la GI, l'accent est mis sur la nécessité pour les acteurs sectoriels de révéler dès le départ leurs intérêts organisationnels et de bien négocier le projet commun. Nos résultats le confirment. Néanmoins, il ne suffit pas d'exposer au grand jour ses intérêts pour qu'un processus délibératif fonctionne. Il faut aussi que tous les acteurs soient conscients des contraintes organisationnelles de tout un chacun. Comme l'a fait remarquer un répondant « ... quand tu ne sais pas tout ce que vis ton partenaire dans son organisation, quand tu ne connais pas bien sa structure, toutes les choses qu'ils doivent respecter... eh bien tu ne peux pas bien négocier ». Nous avons constaté que les partenaires de l'Initiative montréalaise ont pu arriver à un consensus uniquement lorsque le groupe de gouvernance intersectorielle a décidé de jouer cartes sur table et d'examiner les contraintes de chacun des partenaires. Ainsi, il convient d'instaurer un mécanisme qui permettrait aux différents acteurs sectoriels de bien faire connaître son secteur notamment les limites à ne pas franchir dès le début d'un processus délibératif.

### **5.3.6. Force et limites**

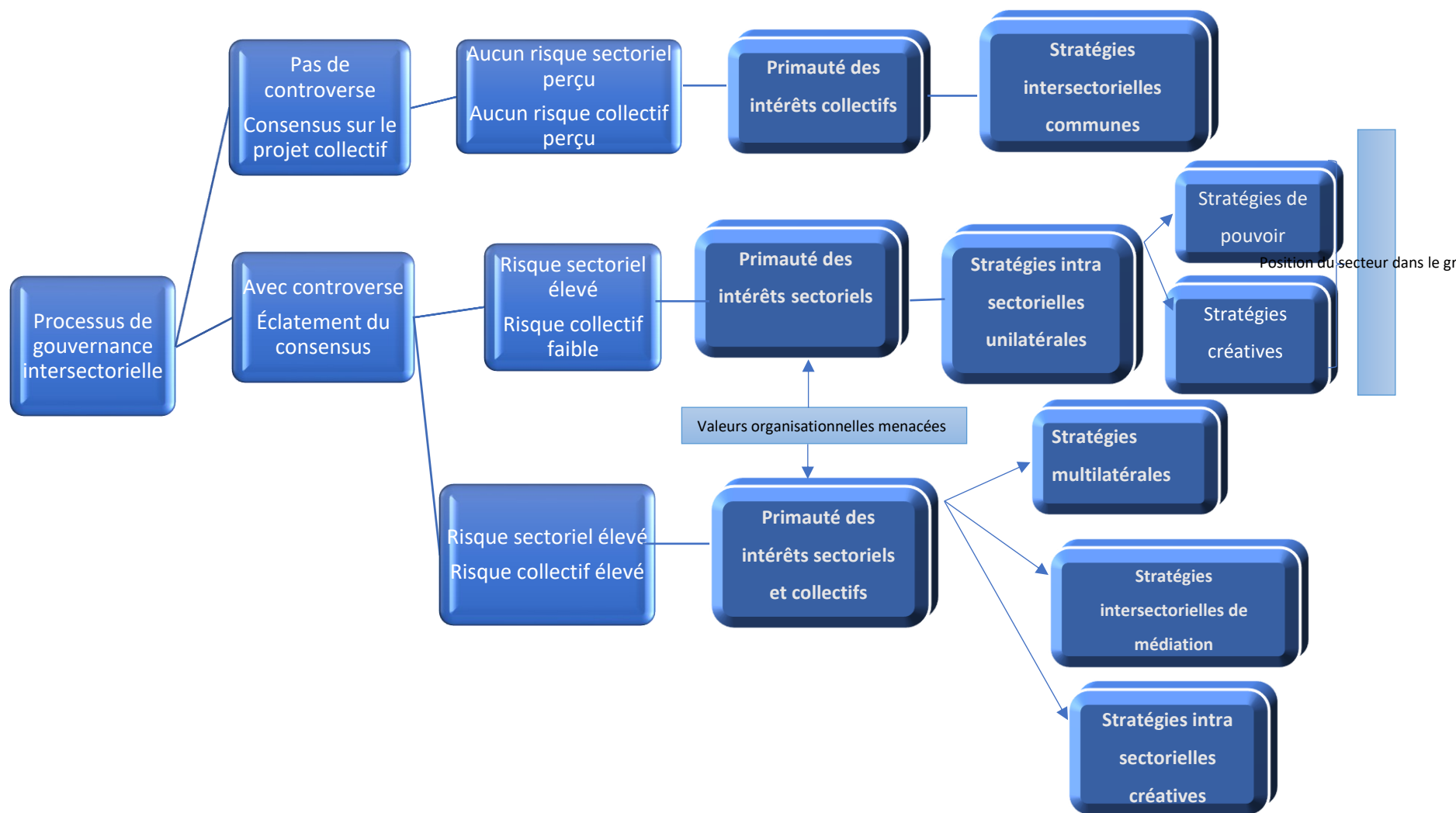
Cette étude porte sur un cas de gouvernance extrêmement critique : le processus délibératif de renégociation du Cadre de référence d'un programme. Nous devons reconnaître que ce genre d'évènements est rare dans les structures de gouvernance. Cependant, les recherches ont démontré que toutes les structures de gouvernance intersectorielle font face à des défis considérables dans leur fonctionnement. Si on part du principe qu'une intervention consiste en une série d'évènements positifs ou négatifs (Hawe et al., 2009), nous pouvons penser qu'il y a

moyen de transférer les apprentissages et les connaissances tirées de cette intervention à d'autres processus semblables.

Par ailleurs, notre objectif était d'analyser les conditions dans lesquelles les secteurs ont recours à des stratégies d'influence dans un processus de gouvernance intersectorielle de promotion de la santé aux niveaux régional et local. Cela dit, nous ne nous sommes pas questionnées sur l'efficacité de ces stratégies. D'autres études sont nécessaires pour non seulement examiner leur efficacité, mais aussi savoir s'il y en a parmi les stratégies intra sectorielles unilatérales qui sont plus efficaces que d'autres. Il serait aussi pertinent de chercher à savoir s'il existe d'autres conditions dans lesquelles ces stratégies pourraient être appliquées.

L'étude permet d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle pour la promotion de la santé. Elle met en lumière la façon dont les acteurs utilisent des stratégies pour influencer les décisions collectives et les conditions dans lesquelles ces stratégies sont déployées. Ainsi, cette recherche peut aider à améliorer la pratique et par conséquent réduire les frustrations générées par la gouvernance intersectorielle chez des acteurs et identifiées par beaucoup de chercheurs (Corbin et al., 2016; Corbin et Mittelmark, 2008; Emerson et al., 2012; Rigg et O'Mahony, 2013; Seaton et al., 2018).

Figure 7. – Figure 1\_Article 3. Processus de gouvernance intersectorielle et stratégies utilisées par les secteurs



### 5.3.7. Références

- Ansell, C. et Gash, A. (2008, October 1, 2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Baird, J., Plummer, R., Schultz, L., Armitage, D. et Bodin, Ö. (2019, February 01). How Does Socio-institutional Diversity Affect Collaborative Governance of Social–Ecological Systems in Practice? [journal article]. *Environ Manage*, 63(2), 200-214. <https://doi.org/10.1007/s00267-018-1123-5>
- Bickerstaff, K. et Walker, G. (2005). Shared visions, unholy alliances: Power, governance and deliberative processes in local transport planning. *Urban Studies*, 42(12), 2123-2144.
- Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D. et Galarneau, M. (2013). L'analyse des interventions complexes en santé publique: le cas de la prévention des ITSS à Montréal. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 104(2), e177-e182.
- Bilodeau, A., Laurin, I., Clavier, C., Rose, F. et Potvin, L. (2019). Multi-Level Issues in Intersectoral Governance of Public Action: Insights from the Field of Early Childhood in Montreal (Canada) [Multi-level issues in intersectoral governance of public action: Insights from the field of early childhood in Montreal (Canada)]. *Journal of Innovation Economics & Management*, 30(3), 163-190. <https://doi.org/10.3917/jie.pr1.0047>
- Bilodeau, A., Lefebvre, C., Deshaies, S., Gagnon, F., Bastien, R., Bélanger, J., Couturier, Y., Potvin, M. et Carignan, N. (2011, //). Les interventions issues de la collaboration école-communauté dans quatre territoires montréalais pluriethniques et défavorisés. *Service social*, 57(2), 37-54. <https://doi.org/10.7202/1006292ar>
- Bisset, S., Daniel, M. et Potvin, L. (2009). Exploring the intervention—context interface: a case from a school-based nutrition intervention. *American Journal of Evaluation*, 30(4), 554-571.

- Bisset, S., Potvin, L. et Daniel, M. (2013). The adaptive nature of implementation practice: case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation Program Planning, 39*, 10-18.
- Borvil, A. D., Kishchuk, N. et Potvin, L. (2018). The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *Int J Public Health, 63*(3), 429-430.
- Borvil, A. D., Kishchuk, N. et Potvin, L. (2021). Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab051>
- Bourne, H. et Jenkins, M. (2013). Organizational values: A dynamic perspective. *Organization Studies, 34*(4), 495-514.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-), 169-208*.
- Callon, M. et Rip, A. (1992). Humains, non humains: morale d'une coexistence. *La Terre Outragée, 140-156*.
- Corbin, J. H., Jones, J. et Barry, M. M. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International, 33*(1), 4-26.
- Corbin, J. H. et Mittelmark, M. B. J. H. P. I. (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *23*(4), 365-371.
- Dewulf, A. et Elbers, W. (2018). Power in and over cross-sector partnerships: Actor strategies for shaping collective decisions. *Administrative Sciences, 8*(3), 43.
- Emerson, K. (2018). Collaborative governance of public health in low-and middle-income countries: lessons from research in public administration. *BMJ Global Health, 3*(Suppl 4), e000381.

- Emerson, K., Nabatchi, T. et Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. d. S. M., Samico, I., Medina, M. G., de Sa, R. F. et Potvin, L. (2017). A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *International journal of public health*, 62(2), 177-186.
- Graddy, E. A. (2009). Cross-Sectoral Governance and Performance in Service Delivery. *International Review of Public Administration*, 13(sup1), 61-73. <https://doi.org/10.1080/12294659.2009.10805140>
- Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276.
- Herranz, J. (2008). The multisectoral trilemma of network management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(1), 1-31.
- Herranz, J. N. (2010). NETWORK PERFORMANCE AND COORDINATION: A Theoretical Review and Framework. *Public Performance & Management Review*, 33(3), 311-341.
- Huxham, C. et Vangen, S. (2013). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. et Eden, C. (2000). The challenge of collaborative governance. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358.
- Kickbusch, I. et Gleicher, D. E. (2011). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*.
- Klijn, E.-H. et Koppenjan, J. (2012). Governance network theory: past, present and future. *Policy & Politics*, 40(4), 587-606. <https://doi.org/10.1332/030557312X655431>
- Lascoumes, P. (2014). Controverse. Dans *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 172-179). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-172.htm>

[https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SCPO\\_BOUSS\\_2014\\_01\\_0172](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SCPO_BOUSS_2014_01_0172)

Littlecott, H. J., Fox, K. R., Stathi, A. et Thompson, J. L. (2015). Perceptions of success of a local UK public health collaborative†. *Health Promotion International*, 32(1), 102-112.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dav088> %J Health Promotion International

Matthews, P. (2014). Being Strategic in Partnership - Interpreting Local Knowledge of Modern Local Government. *Local Government Studies*, 40(3), 451-472.

<https://doi.org/10.1080/03003930.2013.859141>

Nederhand, J., Van Der Steen, M. et Van Twist, M. (2019). Boundary-spanning strategies for aligning institutional logics: a typology. *Local Government Studies*, 45(2), 219-240.

O'Leary, R. et Vij, N. (2012). Collaborative public management: Where have we been and where are we going? *The American review of public administration*, 42(5), 507-522.

Oliveira, S. R. d. A., Medina, M. G., Figueiró, A. C. et Potvin, L. (2017). Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de saude publica*, 33, e00063516.

Potvin, L., Aubry, F., Bernier, J., Clavier, C. et Couturier, Y. (2012). *Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Presses de l'Université de Montréal.

Potvin, L. et Aumaître, F. (2010). Les partenariats: espaces négociés de controversies et d'innovations. Dans *Réduire les inégalités sociales de santé*. .

Purdy, J. M. (2012). A framework for assessing power in collaborative governance processes. *Public Administration Review*, 72(3), 409-417.

Rigg, C. et O'Mahony, N. (2013). Frustrations in Collaborative Working: Insights from institutional theory. *Public Management Review*, 15(1), 83-108.

<https://doi.org/10.1080/14719037.2012.686231>



- Rivard, M., Collin, J.-P. et Tomàs, M. (2004). *La gouvernance métropolitaine à Montréal: le temps des réformes*. Ville de Montréal et INRS-Urbanisation, Culture et Société. Groupe de ....
- Robertson, P. J. et Choi, T. (2012). Deliberation, consensus, and stakeholder satisfaction: A simulation of collaborative governance. *Public Management Review*, 14(1), 83-103.
- Romestant, F. (2013). Enquêter sur des réseaux de parties prenantes. De l'intérêt d'une méthodologie basée sur le prisme de la théorie de la traduction. Dans. XXII Conférence Internationale de Management Stratégique, Clermont-Ferrand.
- Seaton, C. L., Holm, N., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C. M., Lamont, S., Johnson, S. T. et Healy, T. (2018). Factors that impact the success of interorganizational health promotion collaborations: a scoping review. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1095-1109.
- Semenowicz, P. (2014). Collaborer avec le secteur lucratif. *Revue internationale de l'économie sociale*, (333), 78-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1026045ar>
- Sullivan, H., Barnes, M. et Matka, E. (2006). Collaborative capacity and strategies in area-based initiatives. *Public Administration*, 84(2), 289-310.
- Sullivan, H. et Skelcher, C. (2002). *Working across boundaries: collaboration in public services*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-1-4039-4010-0>
- Thomson, A. M. et Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review*, 66, 20-32.
- Van der Wal, Z., De Graaf, G. et Lasthuizen, K. (2008). What's valued most? Similarities and differences between the organizational values of the public and private sector. *Public Administration*, 86(2), 465-482.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods*. Sage.

## 6. Synthèse et Discussion

La thèse visait à examiner les stratégies que les acteurs mettent en place pour concilier leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. Plus spécifiquement, elle cherchait à i) identifier et décrire les événements critiques qui ont marqué le processus délibératif de révision de l'Initiative montréalaise de 2011 à 2015, et ii) caractériser les événements critiques du point de vue des acteurs de chaque secteur afin d'identifier les stratégies d'influence des acteurs déployées pour concilier leurs intérêts. La thèse s'est appuyée sur une étude de cas combinée à la technique d'incidents critiques pour atteindre ses objectifs. Les données proviennent des focus groups et des entrevues individuelles réalisées auprès des acteurs impliqués dans le processus délibératif. Les résultats présentés ci-dessous sont discutés à partir de la littérature sur la gouvernance intersectorielle.

### **6.1. Objectif 1 : Reconstruire le processus délibératif de révision de l'Initiative montréalaise en identifiant les événements critiques qui l'ont marqué de 2011 à 2015 (Chapitre 5. Section 1).**

La démarche de recherche a fait que la reconstruction du processus de gouvernance intersectorielle de promotion de la santé s'est faite à travers une démarche rigoureuse et systématique d'identification et de sélection des événements critiques. La reconstruction s'est réalisée en deux étapes. La première a consisté en l'instauration d'un mécanisme de création d'une mémoire collective par les participants aux focus groups. Ce mécanisme, mis en place spontanément, s'avérait nécessaire pour que les participants puissent se réapproprier du processus délibératif de révision et avoir une même représentation des événements survenus environ quatre ans plus tôt. La deuxième étape est caractérisée par la mise en place d'une démarche délibérative de négociation ayant pour but de sélectionner les événements qu'ils jugent être les plus pertinents et de s'assurer de leur validité et de leur représentativité après de l'ensemble des participants.

Les évènements critiques retenus par les participants correspondaient aux quatre moments clés du processus. Ils ont été sélectionnés en raison de leur portée et de leur impact sur le déroulement du processus délibératif de révision du Cadre de référence. L'analyse des évènements critiques a montré qu'ils sont associés à la grande controverse survenue durant la renégociation du Cadre de référence. La controverse a été générée par la non-acceptation des rôles et responsabilités d'un des partenaires de l'Initiative. Ainsi donc, le premier évènement critique a mis en évidence la controverse camouflée pendant cinq ans. Le deuxième correspond à sa naissance et à son amplification. Le troisième évènement se réfère à la recherche de solution et le dernier coïncide à la résolution de la controverse.

Ces résultats apportent un éclairage supplémentaire sur la façon d'identifier et de sélectionner les évènements critiques dans un processus de prise de décision collective. L'utilisation de la technique d'incidents critiques dans la recherche sur les interventions de promotion de la santé est récente. De fait, Hawe et al. (2009) ont été les premiers à concevoir les interventions comme un ensemble d'évènements et à proposer de les « retracer » pour étudier une intervention de manière rétrospective. En se basant sur des évènements critiques pour reconstruire après coup le processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise, cette thèse s'ajoute aux travaux des chercheurs qui ont utilisé les évènements critiques comme unité d'analyse pour reconstruire ou suivre l'évolution des interventions de promotion de la santé (Bilodeau et al., 2018a; Figueiro et al., 2017; Oliveira et al., 2017). Par contre, la thèse se distingue de ces travaux du fait qu'elle a porté sur un processus délibératif de prise de décision collective. Le processus délibératif a comme particularité d'être une combinaison de circonstances, d'évènements, et d'interactions dynamiques entre eux (Bidart, 2013). Ce qui signifie que l'issue du processus n'est pas nécessairement prévisible compte tenu du fait qu'elle est le produit de négociation.

Les quatre évènements critiques retenus à l'unanimité par les participants pour reconstruire le processus délibératif avaient en commun des éléments de controverses. Ces résultats vont dans le même sens que les travaux de Figueiro et al. (2017) et de Oliveira et al. (2017) qui ont montré que les évènements critiques sont associés à des controverses. Les résultats mettent également en évidence le rôle de la controverse dans le fonctionnement interne du processus de gouvernance intersectorielle. À l'instar d'autres chercheurs (Bilodeau et al., 2011b; Bilodeau et al., 2018a; Marion, 2018; Potvin et Aumaître, 2010; Potvin et Clavier, 2012; 2013), la thèse renforce l'idée que la gouvernance intersectorielle est un processus non linéaire marqué de controverses. Aussi, sur la base de ces données, nous pouvons avancer que les controverses peuvent nous renseigner sur la dynamique et le fonctionnement d'un processus de gouvernance intersectorielle. En conclusion la thèse suggère que, pour reconstruire à postériori un processus de gouvernance à l'aide d'évènements critiques, il est important d'identifier les évènements en lien avec les controverses survenues au cours de son déroulement.

Par ailleurs, les résultats confirment ce qui est déjà connu dans la littérature concernant l'influence des rôles et responsabilités des acteurs sur le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle. Plus spécifiquement, nos résultats font écho aux recherches antérieures qui ont souligné l'influence négative de l'ambiguïté des rôles et responsabilités sur le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle pour la promotion de la santé (Alderwick et al., 2021; Bryson et al., 2015). Comme d'autres chercheurs (Cairns et Harris, 2011; Hodges et al., 2013), cette thèse montre que le manque de clarté des rôles des acteurs et l'incertitude quant aux responsabilités à assumer sont souvent source de frustration et objet de controverse. C'est pourquoi il est important pour les acteurs de bien définir les rôles lors de la mise en œuvre des structures de gouvernance. De plus, étant donné qu'ils ne sont pas figés, qu'un acteur peut à n'importe quel moment refuser le rôle qui lui est attribué (Potvin et Clavier, 2013), il s'avère essentiel de les renégocier et de les ajuster continuellement durant le déroulement du processus de gouvernance.

## **6.2. Objectif 2 : Caractériser les évènements critiques du point de vue des acteurs de chaque secteur afin d'identifier leurs stratégies d'influence (Chapitre 5. Sections 2 et 3\_ Articles 2 et 3)**

Rappelons que pour identifier les stratégies d'influence des acteurs, nous avons combiné trois approches dont la TAR, l'approche « purposive negotiation » d'Heckscher et celle de Dawulf et Elbers. À travers les concepts d'intéressement (TAR), de négociation par projet (Heckscher) et de pouvoir basé sur les ressources matérielles, la légitimité discursive ou l'autorité (Dawulf et Elbers), ces trois approches qui se complètent nous ont permis de cerner les stratégies des acteurs dans toutes leurs dimensions ». Ces trois concepts ont constitué les mécanismes de base des stratégies recensées.

Deux grandes catégories de stratégies sont émergées de l'analyse des données. Nous les avons qualifiées de stratégies intersectorielles et de stratégies intra sectorielles. Les premières comprennent les stratégies communes et les stratégies de médiation. Les stratégies intra sectorielles regroupent les stratégies unilatérales créatives, les stratégies de pouvoir et les stratégies multilatérales. Les deux catégories de stratégies se différencient principalement par leurs objectifs, leur lieu de déploiement et par leurs mécanismes de base. Les stratégies intersectorielles sont fondées sur des mécanismes d'intéressement (stratégies communes) et des mécanismes de négociation (stratégies de médiation). Elles sont déployées au niveau régional à la frontière des secteurs et visent la promotion ou la défense du projet commun. Les stratégies intra sectorielles développées dans les secteurs sont basées à la fois sur des mécanismes d'intéressement (stratégies créatives), des mécanismes de pouvoir (stratégies de pouvoir) et des mécanismes combinant l'intéressement, le pouvoir et les données probantes (stratégies multilatérales). Elles ont pour but de défendre l'intérêt sectoriel (Article 2).

Le déploiement de l'une ou l'autre de ces catégories par les secteurs varie selon les circonstances entourant le processus délibératif. L'étude montre que, exception faite des stratégies de pouvoir, les différents secteurs ont recours aux mêmes stratégies dans les mêmes conditions. Les principales conditions identifiées sont : a) le contexte interne de la gouvernance caractérisé par

l'existence ou non de conflit entre les intérêts sectoriels et collectifs; b) les contraintes organisationnelles définies par les valeurs, missions et objectifs de l'organisation d'appartenance des acteurs et c) les atouts qui désignent les ressources matérielles, la légitimité et l'autorité dont disposent les secteurs (Article 3).

Nos résultats confirment les travaux antérieurs qui stipulent que les acteurs ont recours à une variété de stratégies que ce soit pour faciliter la collaboration (Bilodeau et al., 2013; Nederhand et al., 2019; Sullivan et al., 2006) ; pour influencer les décisions prises collectivement à leurs avantages (Dewulf et Elbers, 2018; P. Matthews, 2014; Purdy, 2012), pour contrer les inégalités de pouvoir (Bickerstaff et Walker, 2005) ou encore pour aligner les intérêts (Bilodeau et al., 2019). Ils vont également dans le même sens que d'autres chercheurs (Akdere, 2011; Elbanna, 2006) qui ont démontré que les acteurs font des choix stratégiques différents selon qu'ils veulent influencer le processus de prise de décision collective dans l'intérêt de leur secteur ou dans celui du groupe de gouvernance. De plus, nos résultats rejoignent les travaux des chercheurs ayant montré que les acteurs peuvent utiliser des stratégies fondées sur des mécanismes d'intéressement (Bisset et al., 2009; 2013) ou sur des mécanismes de pouvoir (Dewulf et Elbers, 2018; Purdy, 2012).

Cette thèse se distingue des autres recherches qui ont pris en compte jusqu'à présent les stratégies d'acteurs en ce sens qu'elle met en lumière des catégories de stratégies potentiellement mises en œuvre dans la gouvernance intersectorielle régionale et locale. De plus, elle documente de manière systématique les stratégies déployées et les a caractérisées en fonction des objectifs poursuivis par les acteurs et des mécanismes sur lesquelles elles sont fondées. Ce qui a permis d'en élaborer une typologie. Comme il a déjà été mentionné dans cette thèse, il n'existe pratiquement pas d'études qui portent spécifiquement sur les stratégies d'influence des acteurs aux paliers régional et local. Cette étude constitue donc une première. En documentant les stratégies à la base des interactions entre les acteurs, cette thèse révèle l'importance de considérer les stratégies d'influence comme une variable non négligeable qui exerce une influence sur le fonctionnement de la collaboration au même titre que les variables les plus connues telle la confiance par exemple et dont on doit tenir compte dans les études sur le fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle.

### 6.2.1. Déploiement de stratégies dans la gouvernance intersectorielle

Pour ce qui est des conditions d'utilisation des stratégies, la thèse indique que le contexte interne de la gouvernance exerce une influence sur le type de stratégies adopté par les secteurs. En effet, ces derniers ont tendance à utiliser des stratégies intersectorielles communes lorsque le processus de gouvernance fonctionne convenablement. Autrement dit, dans des conditions de confiance et d'objectifs partagés, les secteurs se tournent vers des stratégies communes pour s'assurer de prendre en considération les intérêts de tous les secteurs. Par contre, quand le processus est dysfonctionnel, c'est-à-dire ponctué de conflit et de méfiance, les secteurs se tournent vers des stratégies intra sectorielles. Ces résultats réaffirment l'influence du conflit et de la confiance dans le fonctionnement de la gouvernance. Ce qui n'est pas surprenant, car la confiance a été maintes fois soulignée dans la littérature comme un des éléments de base de l'efficacité de la gouvernance (Armistead et al., 2007; Bryson et al., 2006, 2015; Jones et Barry, 2011; 2016; Provan et Kenis, 2008; Thomson et Perry, 2006b; Weiss et al., 2016).

Les résultats mettent également en évidence la relation entre la dynamique de la gouvernance et les stratégies des secteurs. De fait, nous avons constaté que les stratégies déployées par les secteurs lorsque le climat de confiance est instauré contribuent à améliorer la dynamique du processus de gouvernance. En revanche, celles déployées en l'absence de confiance entravent la dynamique de groupe et donc le fonctionnement du processus. En ce sens, ces éléments sont cohérents avec les conclusions des travaux de Cornforth et al. (2015) et de Stone et John (2010) qui indiquent que la collaboration réagit aux fluctuations de sa dynamique interne. Ils illustrent en même temps l'idée que la dynamique de groupe est une condition favorable au bon fonctionnement du processus de gouvernance (Brown, 2014; Lasker et al., 2001). Par ailleurs, Armistead et al. (2007), ont mentionné que la confiance est intangible et qu'elle se fait beaucoup plus sentir en son absence qu'en sa présence. Dans cette perspective, il y a lieu d'avancer que le type de stratégies développées par les secteurs pourrait être considéré comme une manifestation tangible de la confiance.

Deuxièmement, notre étude révèle que des contraintes organisationnelles définies par les valeurs, missions et objectifs de l'organisation d'appartenance des acteurs constituent des circonstances dans lesquelles des stratégies sont développées et appliquées. Ces résultats sont cohérents avec les recherches qui soulignent l'influence des caractéristiques des organisations sur le comportement stratégique des acteurs (Bryson et al., 2015; Chen et al., 2013; Chiarello, 2013; Hodges et al., 2013; Sharp et Brock, 2012). En effet, la littérature suggère que les valeurs organisationnelles façonnent la position éthique d'une organisation (Finegan et Theriault, 1997 cités par Bourne et Jenkins (2013); guident le comportement des membres et leurs préférences ainsi que leurs actions et décisions (Van der Wal et al., 2008). Notre étude va dans le même sens que les recherches empiriques qui montrent que les secteurs-champs partageant des valeurs semblables à celles de la santé publique et de la promotion de la santé sont plus susceptibles de comprendre et d'adhérer aux objectifs du secteur de la santé publique (Collins, 2012; Storm et al., 2016).

Troisièmement, nos résultats suggèrent que la position ou le statut du secteur dans le processus de gouvernance constitue également une condition d'application des stratégies d'influence. Comme on pouvait s'y attendre, les stratégies de pouvoir ont été déployées par les secteurs qui disposent de plus de ressources matérielles, de l'autorité et de légitimité. À cet égard, des stratégies de pouvoir ont été appliquées à des moments précis du processus soit pour modifier les règles régissant le fonctionnement de la gouvernance à son avantage, soit pour le bien commun. Cela rejoint les travaux de Dewulf et Elbers (2018) et de Purdy (2012) qui postulent que dans les partenariats intersectoriels les acteurs utilisent le pouvoir de manière épisodique et à des fins différentes. La thèse confirme les recherches qui ont rapporté que les acteurs utilisent des stratégies différentes en fonction de leur position dans le groupe (Brailsford et al., 2009; Janssens et Seynaeve, 2000a). Ainsi, face à une situation semblable, les secteurs qui occupent une position hiérarchique en raison de leurs atouts vont appliquer des stratégies de pouvoir alors que ceux qui possèdent des atouts limités ou qui sont dépendants financièrement des autres auront recours à d'autres stratégies. Elle illustre également les conclusions de Janssen sur le fait que des acteurs à capacité d'influence moins grande ont eu recours à des partenaires extérieurs pour augmenter leur capacité d'influence et changer de position dans le groupe. De plus, nos



résultats montrent qu'en plus des alliances avec des partenaires externes, les acteurs ont également utilisé des données probantes pour renforcer leur capacité d'influence. Ces stratégies sont qualifiées de « stratégies multilatérales ».

### **6.3. Stratégies d'influence : pivot de la conciliation des intérêts dans la gouvernance intersectorielle de promotion de la santé**

Il est démontré dans la littérature que la conciliation des intérêts comme processus de négociation de projet commun est essentielle à la réussite de la gouvernance intersectorielle. Comme tout processus, elle est dynamique et évolue dans des contextes qui sont eux-mêmes en évolution. La conciliation peut se produire à n'importe quelle phase d'un processus délibératif. Elle peut être réalisée au début dans la définition du problème (Lapointe, 2017), lors du recrutement de nouveaux acteurs, lors des controverses ou encore lors de prises de décision, etc. Les résultats ont révélé l'existence d'une relation entre la conciliation des intérêts et l'application de stratégies. En d'autres termes, le type de stratégie appliquée influence grandement l'alignement des intérêts. Par exemple, les stratégies intra sectorielles créatives ou de pouvoir utilisées pour défendre les intérêts sectoriels entravent la conciliation des intérêts alors que les stratégies intersectorielles communes la favorisent. Néanmoins, quel que soit l'impact (positif ou négatif) des stratégies, il n'en demeure pas moins que toute démarche de conciliation ne peut se réaliser sans l'application de stratégies par les acteurs. Dès lors, il convient d'avancer que les stratégies sont le pivot autour duquel se produit la conciliation des intérêts.

La non-convergence des intérêts est soulignée par la plupart des chercheurs comme problème rencontré dans beaucoup de processus de gouvernance intersectorielle (Bilodeau et al., 2018a; Touati et Maillet, 2018). Ce problème est attribué entre autres à la mauvaise gestion des conflits (Alderwick et al., 2021) ou à des controverses non résolues. À ce propos, il est suggéré de résoudre les controverses dès qu'elles apparaissent pour éviter qu'elles s'amplifient. Car, plus la controverse prend de l'ampleur, plus il est difficile de la contenir et plus son impact est grand (François-Joseph, 2010). D'autres chercheurs suggèrent de ne pas les ignorer non plus, car leur mépris peut provoquer de grands risques (Lascoumes, 2002) comme mettre en péril la survie de

la collaboration (Touati, 2018). Néanmoins, les controverses sont nécessaires pour produire l'innovation (Bilodeau et al., 2011b). Certains vont jusqu'à les considérer comme un « passage obligé » (Lascoumes, 2014). Plusieurs moyens, dont la médiation, sont proposés dans la littérature pour les résoudre et faciliter l'alignement des intérêts. Nos résultats étayent les conclusions des chercheurs qui soulignent l'importance de recourir à la médiation comme mécanisme de résolution de controverses. De fait, des stratégies intersectorielles de médiation avaient été appliquées par les différents secteurs pour dépasser les controverses et aboutir à un consensus.

Il a été démontré que les principaux facteurs qui peuvent freiner la conciliation des intérêts sont entre autres le déséquilibre de pouvoir, la méfiance, la diversité des intérêts et des attentes des secteurs qui peuvent être contradictoires. Le conflit d'intérêts est réputé pour être le facteur ayant le plus d'impact sur la conciliation, car généralement lors des conflits ou des controverses, les acteurs relèguent les intérêts collectifs au second rang (Auschra, 2018) et priorisent leurs propres intérêts, etc. La thèse appuie ces affirmations. Toutefois, nos résultats montrent d'une part que la diversité des intérêts peut représenter de vrais obstacles à l'alignement des intérêts uniquement quand les valeurs défendues par le secteur sont menacées ou sont en conflit avec l'objectif commun. Car, dans de telles situations, ce sont les stratégies intra sectorielles créatives ou de pouvoir qui sont développées. D'autre part, à l'instar de plusieurs autres chercheurs (de Montigny et al., 2017), les valeurs partagées facilitent les compromis. En nous basant sur ces données, nous pouvons avancer que dans les processus de gouvernance intersectorielle, les valeurs organisationnelles des secteurs peuvent faciliter ou contraindre la conciliation des intérêts. En conséquence, nous proposons aux praticiens de mettre en place un mécanisme de dialogue qui permettrait à chaque secteur potentiel d'exposer ouvertement ses valeurs en même temps que ses intérêts et attentes explicites aussi bien qu'implicites. Ce mécanisme devrait être institué au début du processus de gouvernance intersectorielle et répété tout au long de son déroulement. D'ailleurs, le dialogue est identifié dans la littérature comme un des facteurs de réussite des processus décisionnels (Booher et Innes, 2002; Roberts, 2002) (Degeling et al., 2015; Rychetnik et al., 2013). Ainsi donc, l'instauration d'un mécanisme de dialogue « authentique » et itératif sur les valeurs peut faciliter la conciliation des intérêts.

#### **6.4. Contributions de la recherche pour la pratique de la gouvernance intersectorielle**

Des décennies de recherches sur la gouvernance intersectorielle ont montré que beaucoup de cas de gouvernance ont échoué (Andrews et al., 2010; Auschra, 2018; Bryson et al., 2015; Doberstein, 2016; Gazley, 2017; Hodges et al., 2013). Certains ont rendu l'âme peu de temps après leur implantation (Gazley, 2017). Certains autres arrivent à survivre, mais produisent des résultats non proportionnels aux efforts qu'ils ont investis (Doberstein, 2016; Huxham et Vangen, 2005). Ce qui est qualifié dans la littérature d'« inertie collaborative » Huxham et Vangen (2005) ou de dysfonctionnement collaboratif (Doberstein, 2016). Les recherches ont démontré que la pratique de la gouvernance intersectorielle est peu documentée (Gazley, 2017). Ainsi, il existe un manque de connaissance sur la façon de renforcer les collaborations. En ce sens, la thèse répond à l'appel des chercheurs qui ont plaidé pour que la pratique de la gouvernance intersectorielle soit mieux documentée (Gazley, 2017; Vangen et al., 2015). Une meilleure documentation des processus internes des partenariats permettra d'apporter des éléments de réponses sur les raisons de l'échec des structures de gouvernance intersectorielles (Gazley, 2017).

En identifiant les stratégies d'influence des acteurs ainsi que les circonstances de leur application la thèse ajoute une pierre supplémentaire à l'édifice de la documentation de la pratique de la gouvernance intersectorielle. Ainsi, cette recherche permettra à une meilleure compréhension de la façon dont la gouvernance intersectorielle régionale et locale fonctionne dans la pratique. De surcroît, nous espérons qu'elle contribuera à améliorer leur efficacité et à minimiser les échecs. Pour les acteurs de terrain, les résultats peuvent les conscientiser davantage par rapport aux choix qu'ils devront faire lorsqu'ils s'engagent dans un processus de gouvernance intersectorielle. Par exemple, ils devraient penser à se demander quels compromis ils sont prêts à faire ou à ne pas faire. La gouvernance intersectorielle est aussi une démarche stratégique qui inclut à la fois des opportunités et des désavantages. Certains acteurs jouent parfois des coudes pour tirer le maximum de profit pour leur secteur. Or, étant interdépendante, chaque stratégie sectorielle déployée par un acteur a des conséquences (positives ou négatives) sur les autres acteurs et sur la structure de gouvernance. Des stratégies sectorielles surtout celles qui vont à l'encontre de l'intérêt commun peuvent causer l'échec de la gouvernance intersectorielle. Aussi,

il est important pour les acteurs de penser aux conséquences de leurs stratégies avant même de les déployer. De cette façon, ils seront mieux armés pour atteindre leurs objectifs organisationnels et collectifs.

## **6.5. Force et limites de la thèse**

La principale force de la thèse réside dans sa stratégie de recherche. De prime abord, nous avons combiné deux méthodes de recherche : la technique d'incidents critiques (CIT) et l'étude longitudinale de cas qui sont de traditions similaires (Creswell, 2007). Les deux sont compatibles avec l'approche rétrospective et permettent toutes deux d'identifier des modèles ou des catégories. Nous avons choisi une analyse longitudinale a posteriori pour bien comprendre le cheminement des actions et décisions ayant conduit à la co-construction du Cadre de référence. Cette approche nous a permis en même temps de suivre l'évolution des différentes stratégies développées et appliquées sur une période de quatre ans et de saisir leur nature dynamique ; ce qui aurait été impossible si nous nous étions concentrés sur un moment particulier du processus délibératif de révision.

L'analyse longitudinale nous a permis d'appréhender la dynamique du processus et les liens temporels entre les événements et les actions. Cette méthode nous a dévoilé la typologie (article 2) que nous n'avons pas anticipée. Le fait d'étaler la recherche dans le temps nous a permis de découvrir tous les types de stratégies développées au cours du processus. Par exemple, nous avons pu observer que les stratégies évoluent en fonction des différentes phases du processus délibératif, car chaque événement entraîne un changement de stratégies. C'est la raison pour laquelle, les stratégies émergent quand on se concentre sur les événements critiques. De plus, l'autre avantage est qu'on peut penser que les stratégies émergentes de même que les conditions d'utilisation ne sont pas éphémères parce qu'elles ont été constantes durant tout le déroulement du processus délibératif de révision.

La thèse comporte aussi certaines limites. La première, traditionnellement adressée à l'étude de cas unique, concerne sa validité externe. Il est un fait que la science traditionnelle a toujours cherché à généraliser les connaissances dans l'espace et le temps. Dans cette perspective, il est presque impossible de penser à toute forme de généralisation, car l'étude de cas est limitée dans

le temps et dans l'espace. De surcroit, étant lié à son contexte, le cas ne peut être représentatif d'autant plus que l'étude de cas fournit des informations précises et spécifiques sur un phénomène. En étudiant le processus délibératif de révision du Cadre de référence, nous avons consciemment opté pour la précision et la spécificité. Par ailleurs, il est reconnu qu'en recherche qualitative, on généralise à des propositions théoriques et non à des populations ou des univers (Collerette, 1997). Dans la mesure où on admet que l'étude de cas peut aussi servir à élaborer une théorie, à l'enrichir d'éléments nouveaux ou bien à la nuancer, certains auteurs estiment qu'il est aussi possible de parler de généralisation ou de transférabilité à condition de respecter certaines règles dont la triangulation (Ayerbe et Missonier, 2007; Collerette, 1997; Dahl et al., 2020; Merriam et Tisdell, 2009; Passeron, 2008; Yin, 2003). En référence à ces auteurs, nous avons utilisé deux types de triangulations pour augmenter la crédibilité des données : la triangulation entre méthodes (études de cas et incidents critiques) et la triangulation dans les méthodes (McFee, 1992) communément appelée triangulation des sources de données (méthodes et données). De surcroit, nous avons confronté nos résultats avec la littérature sur la gouvernance intersectorielle afin de maximiser leur validité externe (Yin, 2003).

L'autre limite a trait aux biais relatifs aux études rétrospectives et longitudinales. Les critiques argumentent que les données recueillies de manière rétrospective sont déficientes à cause de la défaillance du processus de remémoration. Pour éviter ces biais et par conséquent dépasser les critiques, nous avons pris plusieurs mesures dont la triangulation des sources de données mentionnée dans le paragraphe ci-dessus et d'autres qui sont décrites dans l'article 1. En outre, compte tenu de l'apport considérable de l'approche rétrospective dans l'étude de notre objet de recherche, nous pensons que ces limites ont un faible impact sur nos conclusions.

## **7. Conclusion**

Cette thèse vient de démontrer encore une fois le rôle et l'importance des stratégies des acteurs dans le fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle. En nous basant sur les résultats de la recherche, il est possible d'affirmer que les stratégies d'influence sont déterminantes dans la conciliation des intérêts et du même coup dans la dynamique interne de la gouvernance. Nous pensons que les chercheurs gagneraient à inclure le concept de stratégie à la liste des facteurs qui favorisent ou qui entravent le bon fonctionnement de la gouvernance intersectorielle.

### **7.1. Principales contributions**

La thèse a contribué à la littérature sur la gouvernance intersectorielle de plusieurs façons. D'une part, elle a permis de corroborer certains éléments sur le fonctionnement de la gouvernance. D'autre part, elle a proposé un nouvel indicateur à prendre en compte dans l'étude du fonctionnement et amélioré la méthodologie pour reconstruire à posteriori les processus de gouvernance intersectorielle.

Une première contribution de la thèse concerne la démarche délibérative du choix des événements critiques. Cette démarche a permis d'éviter les biais de mémoire relatifs à la méthode rétrospective habituellement signalés par des chercheurs (Angelides, 2001; Gremler, 2004; Viergever, 2019). À ce propos, la construction de la mémoire collective s'était révélée très pertinente pour éviter les biais de rappel d'une part et constituer un facteur de cohérence permettant ainsi l'exactitude des faits reportés d'autre part. Cette démarche délibérative répond par ailleurs à l'appel d'Angelides (2001) quant aux biais indésirables relatifs aux émotions. En effet l'auteur a mis les chercheurs en garde contre le danger des émotions soulevées par le souvenir des événements passés. En adoptant une démarche délibérative, une occasion a été offerte aux acteurs participants aux focus groups d'exprimer leurs émotions. Cette opportunité d'exposer les émotions vécues en groupe a permis en quelque sorte aux participants de les analyser et de les relativiser étant donné que les événements n'avaient pas produit le même effet chez les acteurs. Les résultats montrent que les participants ont vécu les événements

différemment selon le rôle qu'ils avaient à y jouer. Ce qui a permis non seulement de dédramatiser les émotions, mais aussi d'en prendre du recul et d'analyser les événements de manière objective. De cette façon, le risque de choisir des événements en fonction des émotions qu'ils ont provoquées à la fois chez les individus impliqués et dans le groupe a diminué. Tout bien considéré, nous pouvons avancer que pour reconstruire un processus délibératif de prise de décision collective, le choix des événements critiques doit être fait selon une démarche délibérative rigoureuse pour éviter de choisir les événements ayant suscité le plus d'émotions chez les acteurs impliqués.

Une autre contribution de la thèse est la typologie de stratégies d'influence déployées par les acteurs. Cette typologie constitue un apport théorique majeur dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé. Le rôle et l'importance des stratégies ont été déjà soulignés dans la littérature, mais il s'agit de la première étude empirique à les décrire systématiquement. Généralement les études mettent en évidence soit les stratégies développées dans les secteurs (Baird et al., 2019; Herranz, 2008) soit celles élaborées à la frontière des secteurs (Bilodeau et al., 2011; Bisset et al., 2009; Marion, 2018). Cette typologie a le mérite de combiner les deux. C'est ce qui fait son originalité. Elle a le potentiel de stimuler le développement de la recherche sur le fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle qui est peu étudiée. Cet outil élaboré à partir d'une étude de gouvernance intersectorielle régionale et locale peut être appliqué aux niveaux national et international. Cette typologie fournit la preuve que la stratégie doit être considérée comme un des facteurs qui influencent le fonctionnement de la gouvernance intersectorielle.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs (Weiss et al., 2002) avaient déjà signalé le manque d'indicateurs valides pour documenter l'efficacité des processus de gouvernance intersectorielle. Ce nouvel indicateur que nous venons d'ajouter à la liste pourrait bien contribuer à une meilleure évaluation des initiatives de promotion de la santé afin de mieux documenter leur efficacité.

Une autre contribution importante de la thèse a trait à l'identification des conditions dans lesquelles les stratégies d'influence sont utilisées. En fait, les conditions d'application des stratégies sont très peu ou pas explicitées dans la littérature sur la gouvernance intersectorielle en promotion de la santé. La thèse propose à la communauté scientifique quelques repères pour alimenter leur recherche. À ce propos, nous pensons que ces résultats inciteront les chercheurs à examiner les stratégies des acteurs sous l'angle de leurs conditions d'utilisation et ainsi contribueront à ouvrir de nouvelles perspectives de recherche pour mieux documenter le processus interne de la gouvernance intersectorielle qui est peu documenté (Potvin et Aumaître, 2010). De même que la typologie, les conditions ont été identifiées dans un contexte donné. Compte tenu de la complexité des processus de gouvernance intersectorielle et du fait qu'elles fonctionnent dans des contextes diversifiés (Bryson et al., 2015), il est plus que nécessaire que cet outil ainsi que les conditions soient mis à l'épreuve dans le futur.

## **7.2. Pistes pour les recherches futures**

La thèse ouvre la voie à d'autres recherches empiriques pour documenter le fonctionnement interne de la gouvernance intersectorielle. Premièrement, comme nous l'avons mentionné antérieurement, la démarche délibérative entreprise pour sélectionner les événements critiques s'était avérée efficace pour pallier les problèmes de fiabilité et de validité que reprochent certains chercheurs à la méthode d'incidents critiques (Gremler, 2004). Il serait intéressant de vérifier s'il est toujours nécessaire de choisir les événements critiques par un processus délibératif pour faire face aux émotions, remédier aux problèmes de validité et s'assurer de la qualité des données.

Deuxièmement, comme signalée dans le chapitre précédent, la typologie a été élaborée dans le cadre de la gouvernance régionale locale. Bien que les défis de la gouvernance intersectorielle soient plus grands au niveau local, il n'en demeure pas moins qu'ils sont également présents aux niveaux national et international. Il serait important de tester la typologie de stratégies en l'appliquant à d'autres formes et niveaux de gouvernance pour pouvoir l'enrichir. Par exemple, les chercheurs qui étudient la gouvernance intersectorielle du point de vue unique de l'action du secteur public (Graham et al., 2015; Shankardass et al., 2012) ou qui se concentrent sur la gouvernance inter organisationnelle (Leurs et al., 2008) auraient intérêt à l'appliquer pour voir



comment elle réagit. De même, les conditions d'application de ces stratégies pourraient faire l'objet de recherches plus approfondies pour savoir s'il existe d'autres circonstances dans lesquelles elles sont appliquées. Enfin, il pourrait être pertinent de se demander ce qui fait qu'une stratégie fonctionne ou ne fonctionne pas. Y en a-t-il qui sont plus efficaces que d'autres ?

### **7.3. Réflexion sur la promotion de la santé**

En 1986 avec la charte d'Ottawa, le mouvement de la promotion de la santé s'est institutionnalisé et a présenté officiellement les valeurs et principes d'équité et de participation citoyenne comme fondement de toute action publique visant à améliorer la santé de la population. Pendant les 25 années qui ont suivi son institutionnalisation, la promotion de la santé a connu un essor fulgurant au point de devenir une des fonctions de la santé publique au même titre que la surveillance, la protection et la prévention (Potvin et Jones, 2011). Toujours selon Potvin et Jones (2011), « les valeurs et principes de promotion de la santé ont été intégrés à tous les niveaux des gouvernements » p. 245. Toutefois, la promotion de la santé devait faire face à certains défis, dont celui de développer des méthodes de production des connaissances.

Lors de la célébration des 30 ans de la promotion de la santé, plusieurs chercheurs (Breton, 2016; de Leeuw et Harris-Roxas, 2016; Lacouture et Satilmis, 2017) se sont exprimés sur sa progression et surtout sur ses défis. Les principaux défis mentionnés concernaient la marginalisation de la promotion par rapport aux aspects biomédicaux de la santé (de Leeuw et Harris-Roxas, 2016), l'assistanat des acteurs locaux (à la place de leur autonomisation) (Breton, 2016) et la méconnaissance et l'incompréhension de l'approche de promotion de la santé (Lacouture, 2017). Que dire de la promotion de la santé en 2021? Son déploiement est-il toujours restreint par quelques obstacles?

La gouvernance intersectorielle (ou l'action intersectorielle) est la pierre angulaire de la promotion de la santé. Elle est le mécanisme par lequel il convient de renforcer l'action communautaire qui est l'une des cinq stratégies établies par la charte d'Ottawa. Par renforcement de l'action communautaire, la promotion de la santé entend l'autonomisation des citoyens et leur participation concrète aux décisions et actions qui concernent leur santé. La gouvernance intersectorielle locale est l'approche qui permettrait l'autonomisation et la participation qui sont

deux principes fondamentaux de la promotion de la santé (Potvin et Jones, 2011). Nos données semblent indiquer d'une part, que ces deux notions sont interprétées et appliquées différemment par certains secteurs qui confondent partenariat et « *pater nariat* » (assistantat). D'après nos résultats, certains acteurs locaux seraient considérés comme de simples exécutants sans pouvoir de décision. Dans d'autres cas, ils auraient été reconnus comme des contractuels et en tant que tels ils ne doivent pas déplaire à leur contractant « *ils n'ont pas le droit de mordre la main de celui qui les nourrit* ». C'est d'ailleurs cette vision du partenariat qui a été à la base de la crise qu'a connu le processus délibératif de révision de l'Initiative montréalaise.

« ...d'autres disent que c'est incompréhensible que la ville finance un organisme communautaire qui est comme une table de quartier. Organisme multi réseau de concertation qui est la table de quartier pour que cette table vienne au conseil municipal local se plaindre pour une décision que la ville a prise. Parce que quand tu es un partenaire de la ville avec un contrat tu ne viens mordre la main de celui qui te nourrit ».

D'autre part, la promotion de la santé aurait été dévalorisée sur le terrain et dans le système de santé publique. Même si elle y est intégrée en théorie, la promotion de la santé ne semble pas avoir la place qui lui revient dans la pratique. Par exemple, jusqu'à tout récemment, les praticiens de la santé publique qui adhéraient aux valeurs de promotion de la santé ont affirmé qu'ils devaient se battre pour implanter un programme de développement de communautés qui est un des axes d'intervention de promotion de la santé sur le terrain. L'application des principes de promotion de la santé se fait difficilement pour deux raisons. La première est que les intervenants priorisaient la prestation de services et reléguaient les actions de promotion au second rang. Deuxièmement, la promotion de la santé était méconnue à la fois par les intervenants et les professionnels qui les supervisaient. Cette méconnaissance de la promotion de la santé a eu des impacts sur le processus de gouvernance que nous avons étudié.

« ...ce qui n'était pas une mince affaire non plus, parce que les gens étaient très occupés, je vais dire ça comme ça, ou très engagé dans la prestation de services, mais connaissaient peu la promotion. Et l'autre phénomène, c'est que tous les gens qui

soutenaient les intervenants, dont les gens qui supportaient professionnellement les intervenants, ne connaissaient pas la promotion, alors il n’y avait pas support non plus de formation. »

À la lumière de ces résultats, il y a lieu de se demander dans quelle mesure la pratique suit le discours. Nous ne sommes pas en train d’insinuer que la promotion de la santé n’est pas réelle dans la pratique. Les nombreuses interventions de réduction des inégalités de santé mises sur pied sont réelles même s’il y a des doutes quant à leur efficacité. Toutefois, 35 ans plus tard, certains défis persistent. La promotion de la santé a encore du chemin à faire pour s’imposer et se faire accepter par les autres disciplines y compris la santé publique. Dans environ cinq ans nous allons fêter les 40 ans de la promotion de la santé réussira-t-elle à avoir « une vraie place » dans le système de santé publique?

## Références bibliographiques

- Agence de santé publique du Canada. (2007). *Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Agence de santé publique du Canada. [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/phac-aspc/crossing\\_sectors-f/HP5-45-2007F.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/phac-aspc/crossing_sectors-f/HP5-45-2007F.pdf)
- Agence de santé publique du Canada. (2020). *Du risque à la résilience : UNE APPROCHE AXÉE SUR L'ÉQUITÉ CONCERNANT la COVID-19*. Agence de santé publique du Canada,.
- Akdere, M. (2011). An analysis of decision-making process in organizations: Implications for quality management and systematic practice. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(12), 1317-1330.
- Akrich, M. (1993). Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action. Dans. Les objets dans l'action.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). À quoi tient le succès des innovations? 1: l'art de l'intéressement; 2: le choix des porte-parole. Dans. Gérer et comprendre. Annales des mines.
- Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A. et Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21(1), 753-753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
- Andrews, R., Entwistle, T. et Theory. (2010). Does cross-sectoral partnership deliver? An empirical exploration of public service effectiveness, efficiency, and equity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(3), 679-701.
- Angelides, P. (2001). The development of an efficient technique for collecting and analyzing qualitative data: The analysis of critical incidents. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 14(3), 429-442.
- Ansell, C. et Gash, A. (2008, October 1, 2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Armistead, C., Pettigrew, P. et Aves, S. (2007). Exploring leadership in multi-sectoral partnerships. *Leadership*, 3(2), 211-230.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International journal of integrated care*, 18(1).
- Ayache, M. et Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? *Le libellio d'Aegis*, 7(2-Eté), 33-46.
- Ayerbe, C. et Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en oeuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.
- Baird, J., Plummer, R., Schultz, L., Armitage, D. et Bodin, Ö. (2019, February 01). How Does Socio-institutional Diversity Affect Collaborative Governance of Social–Ecological Systems in Practice? [journal article]. *Environmental Management*, 63(2), 200-214. <https://doi.org/10.1007/s00267-018-1123-5>
- Baker, E. A., Wilkerson, R. et Brennan, L. K. (2012). Identifying the role of community partnerships in creating change to support active living. *American journal of preventive medicine*, 43(5), S290-S299.

- Baraize, F. (1996). La notion de secteur est-elle encore centrale? La négociation du sens dans l'enseignement supérieur. *Pôle sud*, 4(1), 107-122.
- Barbaza, E. et Tello, J. E. (2014). A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health policy*, 116(1), 1-11.
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical education*, 39(7), 742-750.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Basiletti, M. et Townsend, E. J. B. J. o. O. T. (2012). Group decision making in an intersectoral mental health community partnership. 75(5), 223-229.
- Baum, F. (2019). Local Government and Health Governance. Dans *Governing for Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190258948.003.0009>
- Baum, F., Ollila, E. et Peña, S. (2013). History of HiAP. Dans K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar et S. Cook (dir.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies* (p. 25-42). Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Baum, F. E., Legge, D. G., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R. et Jolley, G. M. (2013a). The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health*, 13(1), 1-13.
- Beierle, T. C. (2000). The quality of stakeholder-based decisions: Lessons from the case study record. *Resources for the Future, Washington*.
- Beierle, T. C. (2002). The quality of stakeholder-based decisions. *Risk analysis*, 22(4), 739-749.
- Belley, S. et Gaboury-Bonhomme, M.-È. (2013). Le défi de la coordination et de l'innovation dans les collaborations intersectorielles: Le cas des services-conseils agricoles au Québec. *The Innovation Journal*, 18(2), 0\_1.
- Bérard, C. (2009). Le processus de décision dans les systèmes complexes: une analyse d'une intervention systémique.
- Bernier, J., Clavier, C. et Giasson, G. (2010). Développement social local à Montréal: approche concertée de lutte contre les inégalités. Dans M. M.-J. Potvin L., Jones C. (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 168-177). Saint-Denis : INPES.
- Beuret, J.-E. (2010). De la négociation conflictuelle à la négociation concertative: un «Point de Passage Transactionnel». *Négociations*, (1), 43-60.
- Bickerstaff, K. et Walker, G. (2005). Shared visions, unholy alliances: Power, governance and deliberative processes in local transport planning. *Urban Studies*, 42(12), 2123-2144.
- Bilodeau, A. (2005). Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local. *Promotion & Education*, 20-22.
- Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D. et Galarneau, M. (2013). L'analyse des interventions complexes en santé publique: le cas de la prévention des ITSS à Montréal. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(2), e177-e182.
- Bilodeau, A., Chamberland, C. et White, D. (2002). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(2), 59.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M. et Potvin, L. (2011b). L'Outil diagnostique de l'action en partenariat: fondements, élaboration et validation. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 298-302.

- Bilodeau, A., Laurin, I., Clavier, C., Rose, F. et Potvin, L. (2019). Multi-Level Issues in Intersectoral Governance of Public Action: Insights from the Field of Early Childhood in Montreal (Canada) [Multi-level issues in intersectoral governance of public action: Insights from the field of early childhood in Montreal (Canada)]. *Journal of Innovation Economics & Management*, 30(3), 163-190. <https://doi.org/10.3917/jie.pr1.0047>
- Bilodeau, A., Laurin, I., Giguère, N. et Potvin, L. (2018a). Understanding the challenges of intersectoral action in public health through a case study of early childhood programmes and services. *Critical Public Health*, 28(2), 225-236.
- Bilodeau, A., Lefebvre, C., Deshaies, S., Gagnon, F., Bastien, R., Bélanger, J., Couturier, Y., Potvin, M. et Carignan, N. (2011). Les interventions issues de la collaboration école-communauté dans quatre territoires montréalais pluriethniques et défavorisés. *Service social*, 57(2), 37-54. <https://doi.org/10.7202/1006292ar>
- Bilodeau, A. et Potvin, L. (2018). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor–Network Theory. *Health promotion international*, 33(1), 173-181.
- Birnbaum, S., Bodin, Ö. et Sandström, A. (2015). Tracing the sources of legitimacy: the impact of deliberation in participatory natural resource management. *Policy Sciences*, 48(4), 443-461.
- Bisset, S., Daniel, M. et Potvin, L. (2009). Exploring the intervention—context interface: a case from a school-based nutrition intervention. *American Journal of Evaluation*, 30(4), 554-571.
- Bisset, S., Potvin, L. et Daniel, M. (2013). The adaptive nature of implementation practice: case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation Program Planning*, 39, 10-18.
- Bjorna, H. et Aarsaether, N. (2009). Combating Depopulation in the Northern Periphery: Local Leadership Strategies in two Norwegian Municipalities. *Local Government Studies*, 35(2), 213-233. <https://doi.org/10.1080/03003930902742997>
- Blacksher, E., Diebel, A., Forest, P.-G., Goold, S. D. et Abelson, J. (2012). What is public deliberation? *The Hastings Center Report*, 42(2), 14.
- Booher, D. E. et Innes, J. E. (2002). Network Power in Collaborative Planning. *Journal of Planning Education and Research*, 21(3), 221-236. <https://doi.org/10.1177/0739456x0202100301>
- Borvil, A. D., Kishchuk, N. et Potvin, L. (2018). The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *International Journal of Public Health*, 63(3), 429-430.
- Borvil, A. D., Kishchuk, N. et Potvin, L. (2021). Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada. *Health promotion international*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab051>
- Bourgault, J., Dupuis, S. et Turgeon, J. (2008). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels: rapport de recherche*. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé.
- Bourne, H. et Jenkins, M. (2013). Organizational values: A dynamic perspective. *Organization studies*, 34(4), 495-514.
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). *Développement des communautés, santé publique et CLSC*. Université du Québec en Outaouais, UQO.

- Bourque, D., Lachapelle, R. et Sénéchal, J. (2010). Formes et dynamiques des partenariats locaux entre CSSS et organismes communautaires. *Rapport de recherche. Cahier de la CRCOC, 1103*.
- Boussaguet, L. et Jacquot, S. (2009). Les nouveaux modes de gouvernance: quelle nouveauté pour quelle gouvernance? Dans *Politiques européennes* (p. 409-428). Presses de Sciences Po.
- Brailsford, S., Harper, P., Patel, B. et Pitt, M. (2009). An analysis of the academic literature on simulation and modelling in health care. *Journal of simulation, 3*(3), 130-140.
- Brandsen, T. et Karré, P. M. (2011). Hybrid Organizations: No Cause for Concern? *International Journal of Public Administration, 34*(13), 827-836. <https://doi.org/10.1080/01900692.2011.605090>
- Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? [The Ottawa Charter: 30 Years without an Action Plan?]. *Santé publique, 28*(6), 721-727. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0721>
- Brown, W. A. (2014). Antecedents to board member engagement in deliberation and decision-making. *Nonprofit governance: Innovative perspectives, 84-100*.
- Brullot, S., Maillefert, M. et Joubert, J. (2014). Stratégies d'acteurs et gouvernance des démarches d'écologie industrielle et territoriale. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie, 5*(1).
- 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*, 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.
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E. et Maglio, A.-S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative Research, 5*(4), 475-497. <https://doi.org/10.1177/1468794105056924>
- Butterfield, L. D., Maglio, A.-S. T., Borgen, W. A. et Amundson, N. E. (2009). Using the enhanced critical incident technique in counselling psychology research. *Canadian Journal of Counselling, 43*(4), 265-282.
- Butterfoss, F. D., Kegler, M. C. et research. (2009). Toward a comprehensive understanding of community coalitions. *Emerging theories in health promotion practice, 157-193*.
- Caillouette, J., Lévesque, N., Savard, S., Bourque, D., Laforest, R. et Larose-Hébert, K. (2018). *La spatialité des rapports de partenariat entre l'État et le milieu communautaire en santé mentale et dépendance au Québec dans la région de l'Estrie*. Centre de recherche sur les innovations sociales.
- Cairns, B. et Harris, M. (2011). Local cross-sector partnerships: Tackling the challenges collaboratively. *Nonprofit Management Leadership, 21*(3), 311-324.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-), 169-208*.
- Callon, M. (2006). Sociologie de l'acteur-réseau. 267-276.
- Callon, M. et Ferrary, M. (2006a). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau.
- Callon, M., Lhomme, R. et Fleury, J. (1999). Pour une sociologie de la traduction en innovation. *Formation & Recherche, 31*(1), 113-126.

- Callon, M. et Rip, A. (1992). Humains, non humains: morale d'une coexistence. *La Terre Outragée*, 140-156.
- Callon, M. J. L. A. s. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *36*, 169-208.
- Chaskin, R., Khare, A. et Joseph, M. (2012). Participation, Deliberation, and Decision Making: The Dynamics of Inclusion and Exclusion in Mixed-Income Developments. *Urban Affairs Review*, 48(6), 863-906. <https://doi.org/10.1177/1078087412450151>
- Chen, B. (2010). Antecedents or processes? Determinants of perceived effectiveness of interorganizational collaborations for public service delivery. *International Public Management Journal*, 13(4), 381-407.
- Chen, K. K., Lune, H. et Queen, E. L. (2013). How Values Shape and Are Shaped by Nonprofit and Voluntary Organizations: The Current State of the Field. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 42(5), 856-885. <https://doi.org/10.1177/0899764013480273>
- Chevallier, J. (2003). La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? [Governance: A New State Paradigm?]. *Revue française d'administration publique*, 105-106(1), 203-217. <https://doi.org/10.3917/rfap.105.0203>
- Chiarello, E. (2013). How organizational context affects bioethical decision-making: Pharmacists' management of gatekeeping processes in retail and hospital settings. *Social Science & Medicine*, 98, 319-329.
- Choi, T. (2011). *Information sharing, deliberation, and collective decision-making: A computational model of collaborative governance* [Ph.D., University of Southern California]. <http://search.proquest.com/docview/884234666?accountid=12543>
- Choi, T. et Robertson, P. J. (2013). Deliberation and decision in collaborative governance: a simulation of approaches to mitigate power imbalance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(2), 495-518.
- Christensen, J. H., Bloch, P., Møller, S. R., Søggaard, C. P., Klinker, C. D., Aagaard-Hansen, J., Bentsen, P. et management. (2019). Health in All local Policies: Lessons learned on intersectoral collaboration in a community-based health promotion network in Denmark. *The International journal of health planning*, 34(1), 216-231.
- Clavier, C. (2010). Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans M. M.-J. Potvin L., Jones C. (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 326-333). Saint-Denis : INPES.
- Clavier, C. et Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 18(2), 17.
- Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 50, 81-88.
- Collin, P.-M., Livian, Y. et Thivant, E. (2016). Michel Callon et Bruno Latour: La théorie de l'Acteur-Réseau. Dans *Les grands auteurs en management de l'innovation et de la créativité*.
- Collins, P. A. (2012). Do great local minds think alike? Comparing perceptions of the social determinants of health between non-profit and governmental actors in two Canadian cities. *Health education research*, 27(3), 371-384.



- Commission des déterminants sociaux de la Santé/OMS. (2008). *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. OMS.
- Connelly, S., Richardson, T. et Miles, T. (2006). Situated legitimacy: Deliberative arenas and the new rural governance. *Journal of Rural Studies*, 22(3), 267-277. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jrurstud.2005.11.008>
- Convercité. (2011). *Rapport final. Évaluation quinquennale de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local*.
- Corbin, J. H., Jones, J. et Barry, M. M. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health promotion international*, 33(1), 4-26.
- Corbin, J. H. et Mittelmark, M. B. (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health promotion international*, 23(4), 365-371.
- Cornforth, C., Hayes, J. P. et Vangen, S. (2015). Nonprofit–Public Collaborations: Understanding Governance Dynamics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44(4), 775-795. <https://doi.org/10.1177/0899764014532836>
- Cresswell, K. M., Worth, A. et Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC medical informatics and decision making*, 10(1), 67.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design-Choosing among Five Approaches*. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Crosby, B. C., Stone, M. M. et Bryson, J. M. (2015). Governance in an Era of Partnerships. *Handbook of Public Administration, 3rd ed., edited by James L. Perry and Robert K. Christensen, 3854*. Hoboken, NJ: Wiley., 38-54.
- Dahl, K., Larivière, N. et Corbière, M. (2020). L'étude de cas. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*.
- Davies, B. B., Blackstock, K. et Rauschmayer, F. (2005). 'Recruitment', 'Composition', and 'Mandate' Issues in Deliberative Processes: Should we Focus on Arguments Rather than Individuals? *Environment and Planning C: Government and Policy*, 23(4), 599-615. <https://doi.org/10.1068/c04112s>
- De Koninck, M. et Fassin, D. (2004). Les inégalités sociales de santé, encore et toujours. *Santé, société et solidarité*, 3(2), 5-12.
- de Leeuw, E. (2015). Intersectoral action, policy and governance in European Healthy Cities. *Public Health Panorama*, 1(2), 175-182.
- de Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual review of public health*, 38, 329-349.
- de Leeuw, E. (2021). Intersectoral action – a bibliographic review. 1-23. <https://glocalhealthconsultants.com/a-bibliographic-review-of-intersectorality>
- de Leeuw, E. et Harris-Roxas, B. (2016). L'ingénierie de la promotion de la santé: d'Ottawa à l'après-Shanghai. *Environnement, Risques et Santé*, 15(6), 456-460.

- de Montigny, J. G., Desjardins, S. et Bouchard, L. (2017). The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Glob Health Promotion*, 26(2), 41-50. <https://doi.org/10.1177/1757975917714036>
- Defarges, P. M. (2001). Gouvernance. *Le Debat*, (3), 165-172.
- Degeling, C., Carter, S. M. et Rychetnik, L. (2015). Which public and why deliberate?—A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Social Science & Medicine*, 131, 114-121.
- Desportes, V. (2014). La stratégie en théories [Theorizing Strategy]. *Politique étrangère*, Eté(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/pe.142.0165>
- Dewulf, A. et Elbers, W. (2018). Power in and over cross-sector partnerships: Actor strategies for shaping collective decisions. *Administrative Sciences*, 8(3), 43.
- Divay, G., Belley, S. et Prémont, M.-C. (2013). Présentation du thème et des contributions à ce numéro spécial: La collaboration intersectorielle: spécificités, questionnements et perspectives. *The Innovation Journal*, 18(2), 1.
- Divay, G. et Slimani, Y. (2013). La revitalisation urbaine intégrée à Montréal: L'intersectorialité dans l'action collective locale. *The Innovation Journal*, 18(2), 0\_1.
- Doberstein, C. (2016). Designing Collaborative Governance Decision-Making in Search of a 'Collaborative Advantage'. *Public Management Review*, 18(6), 819-841. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1045019>
- Edwards, N. et Di Ruggiero, E. (2011). Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 suppl), 43-49. <https://doi.org/10.1177/1403494810393558>
- Elbanna, S. (2006). Strategic decision-making: Process perspectives. *International Journal of Management Reviews*, 8(1), 1-20.
- Elbers, W. et Schulpen, L. (2013). Corridors of power: The institutional design of north–south NGO partnerships. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary Nonprofit Organizations*, 24(1), 48-67.
- Emerson, K. (2018). Collaborative governance of public health in low-and middle-income countries: lessons from research in public administration. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 4), 1-9.
- Emerson, K., Nabatchi, T. et Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29.
- Favre, P. (2003). Qui gouverne quand personne ne gouverne ? Dans *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca* (p. 257-271). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/etre-gouverne-etudes-en-l-honneur-de-jean-leca--2724609115-page-257.htm> / [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SCPO\\_FAVRE\\_2003\\_01\\_0257](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SCPO_FAVRE_2003_01_0257)
- Federau, A. (2011). La sociologie des objets. *La Vie des Idées*. [https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20110707\\_nonhumains.pdf](https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20110707_nonhumains.pdf)
- Fenton, C. et Langley, A. (2011). Strategy as practice and the narrative turn. *Organization studies*, 32(9), 1171-1196.
- Ferland, M. et Pampalon, R. (2004). Évolution des inégalités de santé selon le revenu au Québec de 1987 à 1998. *Santé, société et solidarité*, 3(2), 17-28.
- Figueiro, A. C., de Araújo Oliveira, S. R., Hartz, Z., Couturier, Y., Bernier, J., Freire, M. d. S. M., Samico, I., Medina, M. G., de Sa, R. F. et Potvin, L. (2017). A tool for exploring the dynamics

- of innovative interventions for public health: the critical event card. *International journal of public health*, 62(2), 177-186.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327-358.
- Foster-Fishman, P., Berkowitz, S., Lounsbury, D., Jacobson, S. et Allen, N. (2001). Building Collaborative Capacity in Community Coalitions: A Review and Integrative Framework. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 241-261. <https://doi.org/10.1023/A:1010378613583>
- Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E. et O'Campo, P. J. J. E. C. H. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). 67(12), 1068-1072.
- Freiwirth, J. (2013). Community-engagement Governance. Dans W. A. B. Chris Cornforth (dir.), *Nonprofit governance: Innovative Perspectives and Approaches* (p. 183-209). Routledge. [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=tQ5\\_bPraw2cC&oi=fnd&pg=PA183&dq=COMMUNITY-ENGAGEMENT+GOVERNANCE&ots=Ke6qMQm2KN&sig=QNULfRbB5LIN6D5OUVv8XZ8DAJM#v=onepage&q=COMMUNITY-ENGAGEMENT%20GOVERNANCE&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=tQ5_bPraw2cC&oi=fnd&pg=PA183&dq=COMMUNITY-ENGAGEMENT+GOVERNANCE&ots=Ke6qMQm2KN&sig=QNULfRbB5LIN6D5OUVv8XZ8DAJM#v=onepage&q=COMMUNITY-ENGAGEMENT%20GOVERNANCE&f=false)
- Gagnon, F. o. et Kouri, D. (2008). *Gouvernance intégrée et politiques publiques favorables à la santé deux exemples canadiens*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy = Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://site.ebrary.com/id/10270479>
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Lepage-Savary, D., Gagnon, J., St-Pierre, M., Rhainds, M., Lemieux, R., Gauvin, F. P., Pollender, H. et Légaré, F. (2011). Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A systematic review of international experiences. *Int J Technol Assess Health Care*, 27(1), 31-42. <https://doi.org/10.1017/s0266462310001315>
- Gaudin, J.-P. (2002). *Pourquoi la gouvernance ?* Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/pourquoi-la-gouvernance--9782724608992.htm>
- Gazley, B. (2017). The Current State of Interorganizational Collaboration: Lessons for Human Service Research and Management. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/23303131.2015.1095582>
- Germain, A., Morin, R. et Sénécal, G. (2004). L'évolution du mouvement associatif montréalais: un retour au territoire programmé par l'État? *Lien social et Politiques*, (52), 129-138.
- Getha-Taylor, H., Grayer, M. J., Kempf, R. J. et O'Leary, R. (2019). Collaborating in the Absence of Trust? What Collaborative Governance Theory and Practice Can Learn From the Literatures of Conflict Resolution, Psychology, and Law. *The American review of public administration*, 49(1), 51-64.
- Getrich, C. M., Bennett, A. M., Sussman, A. L., Solares, A. et Helitzer, D. L. (2015). Viewing Focus Groups Through a Critical Incident Lens. *Qualitative Health Research*, 26(6), 750-762. <https://doi.org/10.1177/1049732315579178>
- Girard, C. et Sobczak, A. (2010). Pour une cartographie des parties prenantes fondée sur leur engagement: une application aux sociétaires d'une banque mutualiste française. *Management & Avenir*, (3), 157-174.

- Graddy, E. A. (2009). Cross-Sectoral Governance and Performance in Service Delivery. *International Review of Public Administration*, 13(sup1), 61-73. <https://doi.org/10.1080/12294659.2009.10805140>
- Graham, R., Sibbald, S. L. et Patel, P. (2015). Public health partnerships: Does the evidence justify the enthusiasm? *Healthcare management forum*, 28(2), 79-81.
- Gray, B. et Purdy, J. M. (2018). *Collaborating for our future : multistakeholder partnerships for solving complex problems* (First<sup>e</sup> éd.). Oxford University Press. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198782841.001.0001/oso-9780198782841>
- Greenhalgh, T. et Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1285-1294.
- Gregory, J., Watson, R. et Hartz-Karp, J. (2008). Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Australia New Zealand Health Policy*, 5(1).
- Gremler, D. D. (2004). The Critical Incident Technique in Service Research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65-89. <https://doi.org/10.1177/1094670504266138>
- Grossetti, M. (2007). Les limites de la symétrie. À propos de l'ouvrage de Bruno Latour *Changer de société. Refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006. *Sociologies*.
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health policy*, 122(3), 284-292.
- Haddad, S., Nougara, A. et Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, société et solidarité*, 3(2), 199-210.
- Halpern, C. et Jacquot, S. (2015). Aux frontières de l'action publique. L'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation. Dans *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?* (p. 57-84). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/une-french-touch-dans-l-analyse-des-politiques-pub--9782724616453-page-57.htm>
- Hamel, P. et Jouve, B. (2006). *Un modèle québécois?: gouvernance et participation dans la gestion publique*. PUM.
- Harris, P., Baum, F., Friel, S., Mackean, T., Schram, A. et Townsend, B. (2020). A glossary of theories for understanding power and policy for health equity. *Epidemiol Community Health*, 74(6), 548-552.
- Hawe, P., Shiell, A. et Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276.
- Heckscher, C. (2013). Purposive Negotiation [Purposive Negotiation]. *Négociations*, 20(2), 113-129. <https://doi.org/10.3917/neg.020.0113>
- Heckscher, C. et Thuderoz, C. J. N. (2015). Il existe un autre type de négociations: quand les parties essaient d'envisager collectivement un objectif qu'elles souhaitent atteindre ensemble. *Négociations*, (1), 23-28.
- Henderson, T. S. (2010). *The foundation to collaborate understanding the role of participant interests*. [Portland State University]. <http://archives.pdx.edu/ds/psu/4731>
- Hendriks, C. M. et Grin, J. (2007). Contextualizing Reflexive Governance: the Politics of Dutch Transitions to Sustainability. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 9(3-4), 333-350. <https://doi.org/10.1080/15239080701622790>

- Herranz, J. (2008). The multisectoral trilemma of network management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(1), 1-31.
- Herranz, J. N. (2010). NETWORK PERFORMANCE AND COORDINATION: A Theoretical Review and Framework. *Public Performance & Management Review*, 33(3), 311-341.
- Hodges, S., Ferreira, K., Mowery, D. et Novicki, E. (2013). Who's in Charge Here? Structures for Collaborative Governance in Children's Mental Health. *Administration in Social Work*, 37(4), 418-432. <https://doi.org/10.1080/03643107.2012.758062>
- Holstein, J. A. et Gubrium, J. F. (2004). Context: Working it up, down and across. *Qualitative research practice*, 297-311.
- Honta, M. (2019). L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, S13-S18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.12.059>
- Huxham, C. et Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate : the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=214493>
- Huxham, C. et Vangen, S. (2013). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. et Eden, C. (2000). The challenge of collaborative governance. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358.
- Initiative montréalaise de soutien au développement social local. (2015a). *Cadre de référence Initiative montréalaise de soutien au développement social local : Des quartiers où il fait bon vivre!* .
- Initiative montréalaise de soutien au développement social local. (2015b). *Bilan annuel. 1er avril 2011 au 31 mars 2012. Pour le financement 2012-2013*.
- Jäger, U. P. et Kreutzer, K. (2011). Strategy's Negotiability, Reasonability, and Comprehensibility A Case Study of How Central Strategists Legitimize and Realize Strategies Without Formal Authority. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(6), 1020-1047.
- Jansen, M. W., De Leeuw, E., Hoeijmakers, M. et De Vries, N. K. (2012). Working at the nexus between public health policy, practice and research. Dynamics of knowledge sharing in the Netherlands. *Health Res Policy Syst*, 10(1), 33.
- Jansen, M. W., De Vries, N. K., Kok, G. et Van Oers, H. A. (2008). Collaboration between practice, policy and research in local public health in the Netherlands. *Health policy*, 86(2), 295-307.
- Janssens, M. et Seynaeve, K. (2000a). Collaborating to Desegregate a "Black" School:How Can a Low-Power Stakeholder Gain Voice? , 36(1), 70-90. <https://doi.org/10.1177/0021886300361004>
- Janssens, M. et Seynaeve, K. (2000b). Collaborating to desegregate a black school: how can a low power stakeholder gain voice? *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36(1), 70-90. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0021886300361004>
- Jarzabkowski, P., Balogun, J. et Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.
- Jean, B. et Bisson, L. (2008). La gouvernance partenariale: un facteur déterminant du développement des communautés rurales. *Canadian journal of regional science*, 31(3).

- Jóhannesson, G. T. et Bærenholdt, J. O. (2009). Actor-network theory/network geographies. Dans R. K. N. Thrift (dir.), *International Encyclopedia of Human Geography* (p. 15-19). Elsevier. <https://doi.org/DOI : 10.1016/B978-008044910-4.00657-X>
- Johnston, E. W., Hicks, D., Nan, N. et Auer, J. C. (2010). Managing the inclusion process in collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(4), 699-721. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1093/jopart/muq045>
- Jones, J. et Barry, M. M. (2011). Exploring the relationship between synergy and partnership functioning factors in health promotion partnerships. *Health promotion international*, 26(4), 408-420.
- Jones, J. et Barry, M. M. (2016). Factors influencing trust and mistrust in health promotion partnerships. *Glob Health Promotion*, 25(2), 16-24. <https://doi.org/10.1177/1757975916656364>
- Kania, J. et Kramer, M. (2011). *Collective impact* (Leblanc Stanford Jr. University<sup>e</sup> éd.). Stanford social innovation review [https://ssir.org/articles/entry/collective\\_impact](https://ssir.org/articles/entry/collective_impact)
- Kapiriri, L., Norheim, O. F. et Martin, D. K. (2007, 6//). Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health policy*, 82(1), 78-94. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.09.001>
- Kazancigil, A. (2009). La gouvernance : itinéraires d'un concept. Dans R. internationales (dir.), *À la recherche de la démocratie* (p. 121-131). Éditions Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.santi.2009.01.0121>
- Kegler, M. C., Rigler, J. et Honeycutt, S. (2011). The role of community context in planning and implementing community-based health promotion projects. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 246-253.
- Kegler, M. C. et Swan, D. W. (2012). Advancing coalition theory: the effect of coalition factors on community capacity mediated by member engagement. *J Health education research*, 27(4), 572-584.
- Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. Dans I. Kickbusch et K. Buckett (dir.), *Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide: government of south Australia*.
- Kickbusch, I. (2010a). *Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal health governance* (vol. 2010).
- Kickbusch, I. (2010b). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. Dans *Implementing health in all policies: Adelaide* (vol. 2010, p. 11-24).
- Kickbusch, I. (2010a). Health in all policies: where to from here? *Health promotion international*, 25(3), 261-264. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daq055>
- Kickbusch, I. et Gleicher, D. E. (2011). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*.
- Kim, S. S., Avula, R., Ved, R., Kohli, N., Singh, K., van den Bold, M., Kadiyala, S. et Menon, P. (2017). Understanding the role of intersectoral convergence in the delivery of essential maternal and child nutrition interventions in Odisha, India: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 161.
- Klijin, E.-H. (2008). Governance and governance networks in Europe: An assessment of ten years of research on the theme. *Public Management Review*, 10(4), 505-525.

- Klijin, E.-H. et Koppenjan, J. (2012). Governance network theory: past, present and future. *Policy & Politics*, 40(4), 587-606. <https://doi.org/10.1332/030557312X655431>
- Koelen, M. A., Vaandrager, L. et Wagemakers, A. (2008). What is needed for coordinated action for health? *Family practice*, 25(suppl\_1), i25-i31.
- Koelen, M. A., Vaandrager, L. et Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*, 29(suppl\_1), i132-i138.
- Krinks, R., Kendall, E., Whitty, J. A. et Scuffham, P. A. (2016). Do consumer voices in health-care citizens' juries matter? *Journal of Health Expectations*, 19(5), 1015-1022.
- Lacouture, A. et Satilmis, L. (2017). L'après 30 ans de la Charte d'Ottawa: «gueule de bois» ou bonnes résolutions? *Santé publique*, 29(3), 309-310.
- Lacroix, I. et St-Arnaud, P.-O. (2012). La gouvernance: tenter une définition. *Cahiers de recherche en politique appliquée*, 4(3), 19-37.
- Lamari, M. et Landry, R. (2003). Contexte sociopolitique de la prise de décision dans le domaine de la préservation des ressources naturelles. *Environnement et santé publique: fondements et pratiques*, 957-974.
- Lamy, P. (2005). La gouvernance, utopie ou chimère? *Études internationales*, 402(2), 153-162.
- 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. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>
- Lascoumes, P. (2014). Controverse. Dans *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 172-179). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-172.htm>
- Lasker, R. D., Weiss, E. S. et Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 179-205.
- Latour, B. (2003). La valse-hésitation des années soixante-dix. Dans *Aramis ou l'amour des techniques* (p. 76-107). La Découverte. <https://www.cairn.info/aramis-ou-l-amour-des-techniques--9782707121202-page-76.htm>
- Latour, B. (2007). *Changer de société : Refaire de la sociologie*. Découverte.
- Laurin, I., Bilodeau, A. et Chartrand, S. (2012). School readiness and community mobilization: Study retrospective in a Montreal area. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de sante publique*, 103(7 Suppl 1), eS32-36.
- Law, J. (1992). Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. *Systems practice*, 5(4), 379-393.
- Le Galès, P. (2014). Gouvernance. Dans *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 299-308). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-299.htm>
- Leclerc, A. et Niedhammer, I. (2004). Les inégalités sociales de santé en France. *Santé, société et solidarité*, 3(2), 29-35.
- Lee, A. C. K. et Morling, J. (2020). Coronavirus disease 2019: emerging lessons from the pandemic. *Public Health*, 186, A1-A2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.012>
- Lee, H.-W., Robertson, P. J., Lewis, L., Sloane, D., Galloway-Gilliam, L. et Nomachi, J. (2012). Trust in a Cross-Sectoral Interorganizational Network: An Empirical Investigation of Antecedents. 41(4), 609-631. <https://doi.org/10.1177/0899764011414435>

- Lefevre, S. et Berthiaume, A. (2017). Les partenariats entre secteur public et fondations philanthropiques au Québec: genèse, contestation et épilogue d'une réforme de l'action publique. *Revue française d'administration publique*, (3), 491-506.
- Leurs, M. T., Mur-Veeman, I. M., van der Sar, R., Schaalma, H. P. et de Vries, N. K. (2008). Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion—a case study. *BMC public health*, 8(1), 1-15.
- Lévesque, B. (2007). *Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général*. CRISES.
- Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G. et Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: Experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 771-777. <https://doi.org/10.1177/1403494813496600>
- Littlecott, H. J., Fox, K. R., Stathi, A. et Thompson, J. L. (2015). Perceptions of success of a local UK public health collaborative. *Health promotion international*, 32(1), 102-112. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav088>
- Logsdon, J. M. (1991). Interests and interdependence in the formation of social problem-solving collaborations. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 27(1), 23-37.
- Marion, É. (2018). *Construire la collaboration intersectorielle pour favoriser la réussite scolaire des jeunes en situation de placement: naviguer entre problématisations et controverses* [École nationale d'administration publique].
- Marteache, N. (2012). Deliberative processes and attitudes toward sex offenders in Spain. *European Journal of Criminology*, 9(2), 159-175.
- Marvin, F. (2002). Consensus is primary to group facilitation. *Group Facilitation: A Research and Applications Journal*, 4(1), 56-58.
- Matthews, P. (2014, Jun). Being Strategic in Partnership - Interpreting Local Knowledge of Modern Local Government. *Local Government Studies*, 40(3), 451-472. <https://doi.org/10.1080/03003930.2013.859141>
- Matthews, P. (2014). Being Strategic in Partnership – Interpreting Local Knowledge of Modern Local Government. *Local Government Studies*, 40(3), 451-472. <https://doi.org/10.1080/03003930.2013.859141>
- McFee, G. (1992). Triangulation in research: two confusions. *Educational Research*, 34(3), 215-219. <https://doi.org/10.1080/0013188920340305>
- McQueen, D., M., W., V., L., Jones, C. M. et M., D. (2012). *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences*. World Health Organization
- Menassa, C. C. et Baer, B. (2014). A framework to assess the role of stakeholders in sustainable building retrofit decisions. *J Sustainable Cities and Society*, 10, 207-221. <https://doi.org/DOI : 10.1016/j.scs.2013.09.002>
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2009). *Qualitative research : a guide to design and implementation*. Jossey-Bass.
- Merrien, F.-X. (1998 ). De la gouvernance et des Etats-providence contemporains. *Revue internationale des sciences sociales.*, 155, 61-71.
- Merrill, M. L., Taylor, N. L., Martin, A. J., Maxim, L. A., D'Ambrosio, R., Gabriel, R. M., Wendt, S. J., Mannix, D. et Wells, M. E. (2012). A mixed-method exploration of functioning in safe schools/healthy students partnerships. *Evaluation and Program Planning*, 35(2), 280-286.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.



- Milton, B., Taylor-Robinson, D., Lloyd-Williams, F., Lloyd-Williams, M. et Capewell, S. (2008). Obesity reduction or the polypill? A qualitative study of UK policy makers' priorities in relation to the treatment and prevention of Coronary Heart Disease (submitted). Dans *J Epidemiol Community Health*.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R. et Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A. et Shankardass, K. (2016). Using win-win strategies to implement health in all policies: a cross-case analysis. *PLoS one*, 11(2), 1-19.
- Moore, M. H. (2000). Managing for Value: Organizational Strategy in For-Profit, Nonprofit, and Governmental Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 29(suppl 1), 183-208. <https://doi.org/10.1177/089976400773746391>
- Morin, R. (1998). Gouvernance locale et développement économique des quartiers de Montréal/Local governance and economic development at Montreal's neighbourhoods. *Géocarrefour*, 73(2), 127-134.
- MSSS. (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2003). *PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus :*
- 5e bilan*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Muller, P. (2014). Secteur. Dans *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 591-599). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-591.htm>
- Murdock, B. S., Wiessner, C. et Sexton, K. (2005). Stakeholder Participation in Voluntary Environmental Agreements: Analysis of 10 Project XL Case Studies. *Science, Technology & Human Values*, 30(2), 223-250. <https://doi.org/10.1177/0162243904266104>
- Nederhand, J., Van Der Steen, M. et Van Twist, M. (2019). Boundary-spanning strategies for aligning institutional logics: a typology. *Local Government Studies*, 45(2), 219-240.
- Nelson, J. D., Moore, J. B., Blake, C., Morris, S. F. et Kolbe, M. B. (2013). Characteristics of successful community partnerships to promote physical activity among young people, North Carolina, 2010–2012. *Preventing Chronic Disease*, 10(12), E208. <https://doi.org/DOI:10.5888/pcd10.130110>
- Nooraie, M. (2012). Factors influencing strategic decision-making processes. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(7), 405-429.
- O'Leary, R. et Vij, N. (2012). Collaborative public management: Where have we been and where are we going? *The American review of public administration*, 42(5), 507-522.
- Okeyo, I., Lehmann, U. et Schneider, H. (2020). The impact of differing frames on early stages of intersectoral collaboration: the case of the First 1000 Days Initiative in the Western Cape Province. *Health Research Policy Systems*, 18(1), 3.
- Oliveira, S. R. d. A., Medina, M. G., Figueiró, A. C. et Potvin, L. (2017). Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cadernos de saude publica*, 33, e00063516.

- Ollila, E. (2011). Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6\_suppl), 11-18.
- Ollila, E., Baum, F. et Peña, S. (2013). Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. Dans K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar et S. Cook (dir.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies* (p. 3-23). Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève: OMS.
- OMS. (1987). *Action intersectorielle en faveur de la santé: le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2013). *Santé 2020 : Cadre politique et stratégie*. OMS. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
- Oral, M. (2012). Action research contextualizes DEA in a multi-organizational decision-making process. *Expert Systems with Applications*, 39(7), 6503-6513. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eswa.2011.12.054>
- Ovseiko, P. V., O'Sullivan, C., Powell, S. C., Davies, S. M. et Buchan, A. M. (2014). Implementation of collaborative governance in cross-sector innovation and education networks: evidence from the National Health Service in England. *BMC health services research*, 14(1), 552.
- Pampalon, R. et Raymond, G. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité*, 2(1), 191-208.
- Passeron, J.-C. (2008). *Penser par cas*. Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Paye, O. (2005). La gouvernance: D'une notion polysémique à un concept politologique. *Études internationales*, 36(1), 13-40.
- Plochg, T., Schmidt, M., Klazinga, N. S. et Stronks, K. (2013). Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. *The European Journal of Public Health*, 939-946.
- Pollitt, C. (2003). Joined-up government: a survey. *J Political studies review*, 1(1), 34-49.
- Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: More research is needed! *International Journal of Public Health*, 57(1), 5-6. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0330-0>
- Potvin, L. et Aubry, F. (2013). *Construire l'espace sociosanitaire expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Presses de l'Université de Montréal. <http://site.ebrary.com/id/10690408>
- Potvin, L., Aubry, F., Bernier, J., Clavier, C. et Couturier, Y. (2012). *Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, L. et Aumaître, F. (2010). Les partenariats: espaces négociés de controverses et d'innovations. Dans *Réduire les inégalités sociales de santé*. .
- Potvin, L. et Clavier, C. (2012). La théorie de l'acteur-réseau. Dans *Construire l'espace sociosanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé* (p. 75-98). Presses de l'Université de Montréal.

- Potvin, L. et Clavier, C. (2013). Actor-Network Theory: The governance of intersectoral initiatives. Dans C. Clavier, De Leeuw, E. (dir.), *Health Promotion and the Policy Process* (p. 82-103). Oxford University Press, Oxford.
- Potvin, L. et Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante Publique*, 102(4), 244-248.
- Proulx, J., Bourque, D. et Savard, S. (2005). *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*. Université du Québec en Outaouais.
- Provan, K. G. et Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Public Health Agency of Canada. (2020). *From Risk to Resilience: AN EQUITY APPROACH to COVID-19*. Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-eng.pdf>
- Purdy, J. M. (2012). A framework for assessing power in collaborative governance processes. *Public Administration Review*, 72(3), 409-417.
- Rantala, R. (2013). *Local Government as a key player in implementing Health in All Policies: Background document*. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 10-14 June 2013, Helsinki.
- Rantala, R., Bortz, M. et Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health promotion international*, 29(suppl 1), i92-i102.
- Rasanathan, K., Bennett, S., Atkins, V., Beschel, R., Carrasquilla, G., Charles, J., Dasgupta, R., Emerson, K., Glandon, D. et Kanchanachitra, C. (2017). Governing multisectoral action for health in low-and middle-income countries. *PLoS medicine*, 14(4), e1002285. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002285>
- Raynaud, D. (2006). Le contexte est-il un concept légitime de l'explication sociologique? *L'Année sociologique*, 56(2), 309-329.
- Reed, M. S. (2008). Stakeholder participation for environmental management: a literature review. *Biological conservation*, 141(10), 2417-2431.
- Rigg, C. et O'Mahony, N. (2013). Frustrations in Collaborative Working: Insights from institutional theory. *Public Management Review*, 15(1), 83-108. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.686231>
- Ritter, A. (2009). How do drug policy makers access research evidence? *Int J Drug Policy*, 20(1), 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.017>
- Rivard, M., Collin, J.-P. et Tomàs, M. (2004). *La gouvernance métropolitaine à Montréal: le temps des réformes*. Ville de Montréal et INRS-Urbanisation, Culture et Société. Groupe de ....
- Roberts, N. (2004). Public deliberation in an age of direct citizen participation. *The American review of public administration*, 34(4), 315-353.
- Roberts, N. C. (2002). Keeping public officials accountable through dialogue: Resolving the accountability paradox. *Public Administration Review*, 62(6), 658-669.
- Robertson, P. J. et Choi, T. (2012). Deliberation, consensus, and stakeholder satisfaction: A simulation of collaborative governance. *Public Management Review*, 14(1), 83-103.

- Robson, M. et Kant, S. (2009). The influence of context on deliberation and cooperation in community-based forest management in Ontario, Canada. *J Human ecology*, 37(5), 547-558.
- Romestant, F. (2013). Enquêter sur des réseaux de parties prenantes. De l'intérêt d'une méthodologie basée sur le prisme de la théorie de la traduction. Dans. XXII Conférence Internationale de Management Stratégique, Clermont-Ferrand.
- Roussos, S. T. et Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *J Annual review of public health*, 21(1), 369-402.
- Rychetnik, L., Carter, S. M., Abelson, J., Thornton, H., Barratt, A., Entwistle, V. A., Mackenzie, G., Salkeld, G. et Glasziou, P. (2013). Enhancing citizen engagement in cancer screening through deliberative democracy. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(6), 380-386.
- Saboga-Nunes, L., Diane, L.-Z., Uwe, B., Paolo, C., Paulo, P., Ivassenko, V., Okan, O., Comeau, L., Margaret, B., Stephan, V. d. B. et Didier, J. (2020). Une réflexion prospective des acteurs de la promotion de la santé en réponse à l'épidémie COVID-19. Promouvoir la santé de tous en temps de crise et au-delà ! *EUPHA-HP, UIPES, Chaire UNESCO EducationS & Santé*, 12.
- Sagie, A. et Aycan, Z. (2003). A Cross-Cultural Analysis of Participative Decision-Making in Organizations. *Human Relations*, 56(4), 453-473. <https://doi.org/10.1177/0018726703056004003>
- Sakakibara, H. et Kimura, K. (2013). Experimental study on negotiation process in participatory decision making process in a community. *Group Decision and Negotiation*, 22(1), 71-84.
- Sarker, M. et Joarder, T. (2012). Intersectoral collaboration: a novel path to promote community health promotion. *Glob Health Promotion*, 19(4), 7-8. <https://doi.org/10.1177/1757975912464596>
- Savard, S. et Proulx, J. (2012). Les organismes communautaires au Québec: De la coexistence à la supplémentarité. *Canadian journal of nonprofit social economy research*, 3(2), 24-42.
- Scott, J. et Trubek, D. M. (2002). Mind the gap: law and new approaches to governance in the European Union. *European Union*, 8(1), 1-18.
- Seaton, C. L., Holm, N., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C. M., Lamont, S., Johnson, S. T. et Healy, T. (2018). Factors that impact the success of interorganizational health promotion collaborations: a scoping review. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1095-1109.
- Semenowicz, P. (2014). Collaborer avec le secteur lucratif. *Revue internationale de l'économie sociale*, (333), 78-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1026045ar>
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84858765102&partnerID=40&md5=a22fe5137d5492f6390660d600b73c0b>
- Sharp, Z. et Brock, D. M. (2012). Implementation Through Risk Mitigation: Strategic Processes in the Nonprofit Organization. *Administration & Society*, 44(5), 571-594. <https://doi.org/10.1177/00953997111418325>
- Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K. et Knight, R. (2015). A critical examination of representations of context within research on population health

interventions. *Critical Public Health*, 1-14.  
<https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1117577>

- Simoulin, V. (2003). La gouvernance et l'action publique : le succès d'une forme simmélienne [Governance and Public Action: The Success of a Simmelian Form]. *54*(2), 307-326.  
<https://doi.org/10.3917/drs.054.0307>
- Smith, K., Bambra, C., Joyce, K., Perkins, N., Hunter, D. et Blenkinsopp, E. (2009). Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008. *Journal of Public Health*, *31*(2), 210-221.  
<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/31/2/210.full.pdf>
- Smouts, M.-C. (1998). Du bon usage de la gouvernance en relations internationales. *Revue internationale des sciences sociales*, *155*, 85-94.
- Solomon, S. et Abelson, J. (2012). Why and when should we use public deliberation? *Hastings Center Report*, *42*(2), 17-20.
- Soum-Pouyalet, F., Regnier, V., Querre, M., Jacquin, J., Hubert, A. et Debled, M. (2009). Influence des facteurs socioculturels dans la prise de décision médicale en cancérologie. *Bulletin du Cancer*, *96*(6), 733-739.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. et Leppo, K. (2006). *Health in all policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health Helsinki.
- Stake, R. E. (2010). *The art of case study research*. Sage Publ.
- Stone, M. M., Crosby, B. C. et Bryson, J. M. (2010). Governing public–nonprofit collaborations: understanding their complexity and the implications for research. *Voluntary Sector Review*, *1*(3), 309-334.
- Stone, M. M. B. C. C. et John, M. B. (2010). Governing PublicNonprofit Collaborations: Understanding Their Complexity and the Implications for Research. *Voluntary Sector Review*, *1*(3), 309-334.
- Storm, I., den Hertog, F., Van Oers, H. et Schuit, A. (2016). How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities?—A study in sixteen municipalities in the Netherlands. *International journal for equity in health*, *15*(1), 15-97.
- Street, J., Duszynski, K., Krawczyk, S. et Braunack-Mayer, A. (2014, May). The use of citizens' juries in health policy decision-making: a systematic review. *Soc Sci Med*, *109*, 1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.005>
- Sullivan, H., Barnes, M. et Matka, E. (2006). Collaborative capacity and strategies in area-based initiatives. *Public administration*, *84*(2), 289-310.
- Sullivan, H. et Skelcher, C. (2002). *Working across boundaries: collaboration in public services*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-1-4039-4010-0>
- Taylor-Robinson, D., Milton, B., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M. et Capewell, S. (2008). Policy-makers' attitudes to decision support models for coronary heart disease: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy*, *13*. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008045>
- Taylor-Robinson, D. C., Milton, B., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M. et Capewell, S. (2008). Planning ahead in public health? A qualitative study of the time horizons used in public health decision-making [journal article]. *BMC Public Health*, *8*(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-415>

- Thaler, T., Levin-Keitel, M. et Policy. (2016). Multi-level stakeholder engagement in flood risk management—A question of roles and power: Lessons from England. *J Environmental Science*, 55, 292-301.
- Thoenig, J.-C. (2014). Politique publique. Dans *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 420-427). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-420.htm>
- Thomson, A. M. et Perry, J. L. (2006a). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review*, 66(s1), 20-32.
- Thomson, A. M. et Perry, J. L. (2006b). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review*, 66, 20-32.
- Thomson, A. M., Perry, J. L. et Miller, T. K. (2009). Conceptualizing and measuring collaboration. *J Journal of Public Administration Research Theory*, 19(1), 23-56.
- Tooher, R., Collins, J., Braunack-Mayer, A., Burgess, T., Skinner, S. R., O'Keefe, M., Watson, M. et Marshall, H. S. (2016). Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health promotion international*, 32(2), 312-321. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav120>
- Touati, N. et Maillet, L. (2018). Co-creation within hybrid networks: what can be learnt from the difficulties encountered? The example of the fight against blood- and sexually-transmitted infections. *International Review of Administrative Sciences*, 84(3), 469-485. <https://doi.org/10.1177/0020852317741679>
- Touati, N., Maillet, L., Paquette, M.-A., Denis, J.-L. et Rodríguez, C. (2019). Understanding Multilevel Governance Processes through Complexity Theory: An Empirical Case Study of the Quebec Health-Care System. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>
- Tremblay, J.-M. (2005). Ginette Paquet, Les facteurs sociaux de la santé. Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux.
- Valade, M. (2013). La gouvernance partagée en devenir au Québec: les conditions d'une relation partenariale et dynamique État-régions. *Télescope: revue d'analyse comparée en administration publique*, 19(1), 135-155.
- Van der Wal, Z., De Graaf, G. et Lasthuizen, K. (2008). What's valued most? Similarities and differences between the organizational values of the public and private sector. *Public administration*, 86(2), 465-482.
- Van Solinge, H. et Henkens, K. (2014). Work-related factors as predictors in the retirement decision-making process of older workers in the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(09), 1551-1574.
- Vangen, S., Hayes, J. P. et Cornforth, C. (2015). Governing Cross-Sector, Inter-Organizational Collaborations. *Public Management Review*, 17(9), 1237-1260. <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.903658>
- Varda, D., Shoup, J. A. et Miller, S. (2012). A systematic review of collaboration and network research in the public affairs literature: implications for public health practice and research. *American Journal of Public Health*, 102(3), 564-571.
- Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: method or methodology? *Qualitative Health Research*, 29(7), 1065-1079.

- Vroom, V. H. (2003). Educating managers for decision making and leadership. *Management Decision*, 41(10), 968-978.
- Wagner Mainardes, E., Ferreira, J. J. et Raposo, M. L. (2014). Strategy and strategic management concepts: are they recognised by management students? *Business Administration and Management*, 17-60(1).
- Weiss, D., Lillefjell, M. et Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs—a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, 16(1), 140.
- Weiss, E. S., Anderson, R. M. et Lasker, R. D. (2002). Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education Behavior*, 29(6), 683-698.
- White, D. (2008). *La gouvernance intersectorielle à l'épreuve*. Centre de recherche sur les politiques et le développement social , Université de Montréal
- WHO. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
- WHO. (2018). *Concept Note. Assessment tool for governance for health and well-being*. <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2018/concept-note-assessment-tool-for-governance-for-health-and-well-being-2018>
- WHO. (2020). *ASSESSING GOVERNANCE FOR HEALTH AND WELL-BEING: OPERATIONALIZING WHOLE-OF-GOVERNMENT APPROACHES*. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2020/assessing-governance-for-health-and-well-being-operationalizing-whole-of-government-approaches.-technical-paper-2020>
- WHO. (2020a). *Multisectoral preparedness coordination framework: best practices, case studies and key elements of advancing multisectoral coordination for health emergency preparedness and health security*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332220>
- WHO, W. H. O. (1978). *Declaration of Alma Ata*. World Health Organization.
- WHO, W. H. O. (1986). *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. World Health Organization.
- WHO, W. H. O. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Wilkinson, R. G. et Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé: les faits*. Copenhague: OMS Bureau régional de l'Europe.
- Wise, M. (2007). The role of governance in health promotion effectiveness. Dans *Global perspectives on health promotion effectiveness* (p. 259-278). Springer.
- Wismar, M., Eero, L., Timo, S., Eeva, O. et Kimmo, L. (2006). Introduction. Dans *Health in All Policies: Prospects* (p. XVii-XXX).
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M. et Davies, M. J. E. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *18*(4), 3-7.

- Woulfe, J., Oliver, T. R., Siemering, K. Q. et Zahner, S. J. (2010). Peer reviewed: Multisector partnerships in population health improvement. *Preventing Chronic Disease*, 7(6).
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : design and methods*. Sage Publications.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods*. Sage.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.
- Zakocs, R. C. et Edwards, E. M. (2006). What explains community coalition effectiveness?: A review of the literature. *American journal of preventive medicine*, 30(4), 351-361.

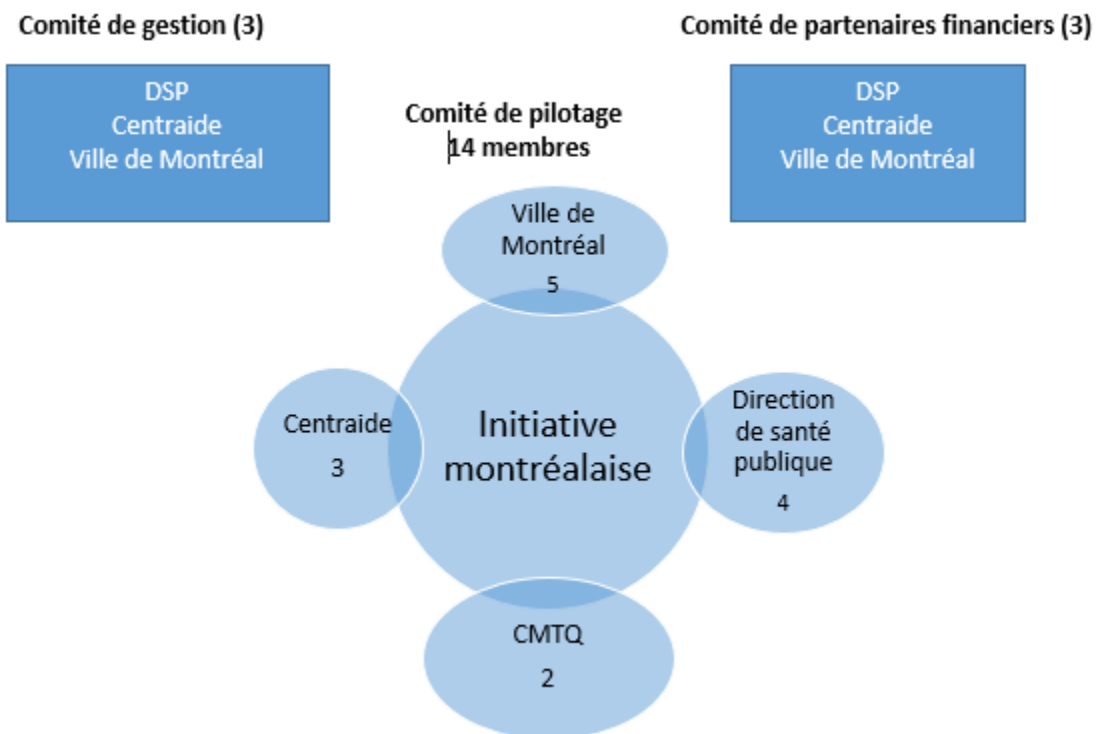


# Annexes

## Annexe 1. Organigramme de l'Initiative montréalaise



### Organigramme de l'Initiative montréalaise



## Annexe 2. Grilles focus group

Processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative Montréalaise  
Grille de focus group : partie 1

Participants : Représentants des partenaires

Préambule

À partir des comptes rendus du comité de pilotage de l'Initiative je vous ai préparé une première ligne de temps des événements marquants du processus de révision. Comme convenu, la rencontre d'aujourd'hui a pour objectif de discuter de cette ligne de temps et de l'enrichir. Vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue de groupe à tout moment. Vous n'avez pas à dévoiler des informations que votre organisme d'appartenance voudrait garder secrètes. Je vous rappelle que les informations recueillies sont confidentielles.

1. Comment percevez-vous la ligne de temps que je viens de vous présenter ? Correspond-elle à ce qui s'est réellement passé ?
2. Quels sont, selon vous, les grands événements qui ont marqué le processus de révision du Cadre de référence de 2011 à 2015 ?
3. Pour chaque événement précisez :
  - Les partenaires impliqués
  - Le rôle de chaque partenaire impliqué
4. Y-a-t-il eu un suivi de cet événement ?
5. Qu'est-ce qui s'est passé lors de ce suivi ?
  - Quel partenaire a fait quoi ?
  - Quelles ressources avaient été utilisées ?
  - Quels moyens de communication avaient été utilisés ?
    - Y-a-t-il des documents produits lors de cet événement ?
6. Quel a été le résultat de ce suivi ?
7. Quelles ont été les stratégies mises en place par le comité de pilotage de l'Initiative pour faciliter la transition de cet événement ?

**Merci.**

Processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative Montréalaise  
Grille de focus group : partie 2

Participants : Représentants des partenaires

Préambule

À la suite de notre rencontre, je vous ai préparé un tableau des grands événements marquants du processus de révision. Comme convenu, la rencontre d'aujourd'hui a pour objectif de valider la liste des grands événements et de choisir ceux que vous considérez critiques. Je vous rappelle que vous êtes libre d'y mettre fin à tout moment. Vous n'avez pas à dévoiler des informations que votre organisme d'appartenance voudrait garder secrètes. Les informations recueillies demeureront confidentielles.

Je vous rappelle que :

- Un événement peut être considéré critique si :
  - Au moins trois d'entre vous le considèrent comme tel ;
  - Il a produit un changement significatif (positif ou négatif) dans le processus de révision c'est-à-dire si l'évènement a accéléré le processus, l'a réorienté ou retardé.

1. Est-ce que le tableau que je viens de vous présenter est une image fidèle des grands événements qui ont marqué le processus de révision ?
2. Quelles sont les modifications que vous souhaitez apporter au tableau ?
3. Quels sont parmi ces événements ceux qui sont critiques ? Pourquoi ?
4. Parmi les événements critiques en lien avec la révision du cadre de référence que vous avez retenus, y-en-a-t-il qui sont plus révélateurs que d'autres ? Ou que vous considérez comme essentiels ?
5. Si oui lesquels ? Pourquoi ?
6. Pour chaque événement critique j'aimerais préciser :
  - a. Partenaires impliqués
  - b. Problématique discutée
  - c. Actions entreprises / réactions
  - d. Inscription (documents produits)
  - e. Début
  - f. Fin

**Merci.**

## **Annexe 3. Grille d'entrevues individuelles**

**Processus délibératif de révision du Cadre de référence de l'Initiative Montréalaise**

**Grille d'entrevue individuelle**

**Participants : acteurs impliqués dans les événements retenus (anciens et actuels)**

### Préambule

Nous cherchons à reconstruire les événements du processus de révision du cadre de référence de votre point de vue en tant que représentant de votre organisation. Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue à tout moment. Vous avez aussi le droit de ne pas répondre à des questions si vous êtes inconfortable. Vous n'avez pas à dévoiler des informations que votre organisme d'appartenance préférerait garder à l'interne. Je vous rappelle que les informations recueillies sont confidentielles.

1. À quel titre avez-vous participé au processus de révision du cadre de référence
  - Quelle était votre fonction
  - Quelle était votre responsabilité dans votre organisation ?
  
2. Avez-vous changé de fonction en cours du processus ?
  
3. Quelle a été votre marge de manœuvre dans votre organisation par rapport à ce processus ?
  
4. Pouvez-vous me parler de cet événement ?
  - Qu'est-ce qui s'est passé selon vous ?
  
5. Quels étaient les intérêts de votre organisation dans cet événement ?
  - Qu'est-ce que vous cherchiez à gagner ?
  - Qu'est-ce que vous aviez à perdre ?
  - Qu'est-ce que vous étiez prêts à perdre ?
  - Quels étaient les risques pour vous ?
  
6. Quels étaient les intérêts des partenaires suivants dans cet événement ?

- DSP
  - CSSS
  - Centraide
  - CMTQ
  - Ville de Montréal
  - Arrondissements
7. Comment percevez-vous les intérêts des autres partenaires dans cet évènement ?
- Prioritaires
  - Importants
  - Pas très importants
8. Quelles sont les actions que vous avez mises en place lors de cet évènement ?
- Quelles alliances / compromis avez-vous faits ou que vous n'avez pas faits ?
  - Quels arguments avez-vous utilisés pour défendre les intérêts de votre organisation ?
  - Qu'est-ce que vous auriez pu faire d'autres ?
  - Quels étaient les contraintes de vos choix ?
9. Quels sont les ressources que vous avez utilisées pour faire valoir l'intérêt de votre organisation ?
- Ressources financières
  - Influence (notoriété /légitimité)
10. Quels sont les moyens de communication que vous avez utilisés lors de cet évènement ?
- Courriels, téléphone, bouche à oreille, réunion informelle (café, dîner /souper) etc.
11. Quelles ont été les actions mises en place par les autres partenaires lors de cet évènement ?  
Alliances / compromis ? Lesquels, par qui, quelles étaient les implications pour vous ?  
Arguments avancés ? ? Lesquels, par qui ?
12. Avez-vous des commentaires sur cet évènement ?

**Merci !**

## Annexe 4. Approbation éthique

Université  
de Montréal

Comité d'éthique de la recherche en santé

28 juillet 2016

Objet: Approbation éthique - « Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'initiative montréalaise de soutien au développement social local »

Mme Achille Dadly Borvil,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. 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,

Dominique Langelier, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive

Nathalie Kishchuk, professeure associée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive


TGDE - PhD Santé publique

p.j. Certificat #16-117-CERES-D

**adresse postale**

C.P. 6128, suce. Centre-ville  
Montréal QC H3C 317

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

**Projet**

**Titre du projet**                      **Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'initiative montréalaise de soutien au développement social local**

**Étudiante requérante**                      **Achille Dadly Borvil (ND)**, Candidate au Ph. D. 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 & Nathalie Kishchuk, professeure associée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

**Financement**

Organisme                      Non financé

Programme

Titre de l'octroi si différent

Numéro d'octroi

Chercheur principal

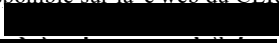
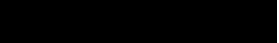
No de compte

**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 le web du CERES.


  
  
Dominique Langelier, résidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

**28 juillet 2016**  
Date de délivrance

**1er mai 2018**  
Date de fin de validité

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

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca



Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

Le 21 mars 2017

Louise Potvin,  
Ph.D.  
Professeure  
École de santé  
publique Université  
de Montréal

Achille Dadly Borvil  
Candidate au  
doctorat École de  
santé publique  
Université de  
Montréal

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE SEULEMENT

**Objet :** Autorisation de réaliser la recherche suivante :

**Titre :** «*Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local*»  
**Numéro attribué au projet par le CÉR évaluateur :** MP-DIS-1617-22

Mesdames,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux du Centre-Sud de l'île de Montréal. Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche à la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CÉR DIS,

- qui agit comme CER évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 8 février 2017 le résultat positif de l'examen scientifique et dans sa lettre du 21 mars 2017, le résultat positif de l'examen éthique du projet et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER évaluateur puisse en prendre connaissance; et
- respecter les exigences fixées par le CER évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

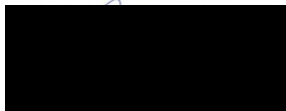
L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, est Christine Brassard ([christine.brassard.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:christine.brassard.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)).

En terminant, nous vous demandons de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs.



Sylvie Simard  
Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche  
Personne mandatée par l'établissement pour autoriser la réalisation des projets de recherche

SS/cb

c. c. : Élodie Petit, présidente, CER DIS  
Natalie Kishchuk, co-directrice de recherche, présidente, Évaluation de programmes – Vers l'avant inc.



PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

<b>Projet n°</b>	MP-DIS-1617-22
<b>Titre</b>	<i>Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local</i>
<b>Chercheur principal, affiliation</b>	Achille Dadly Borvil, candidate au doctorat, École de santé publique, Université de Montréal
<b>Co-chercheur(s) et collaborateur(s)</b>	Louise Potvin, directrice de thèse, École de santé publique, Université de Montréal Kishchuk, Natalie, co-directrice, présidente, Évaluation de programmes – Vers l'avant inc.
<b>Date du dépôt de la demande</b>	8 février 2017
<b>Documents examinés et approuvés</b>	Reçus le 8 février 2017 <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulaire Demande d'évaluation d'un projet;</li><li>• Attestation de la réussite de la soutenance du protocole de recherche, datée du 25 mai 2016;</li><li>• Protocole de thèse, version du 21 avril 2016;</li><li>• Résumé du projet;</li><li>• Approbation éthique du CERES, datée du 28 juillet 2016;</li><li>• Grille d'entrevue individuelle;</li><li>• Lettre d'invitation au groupe de discussion;</li><li>• Formulaire d'information et de consentement.</li></ul>
<b>Date d'évaluation</b>	20 mars 2017

**1. DÉCISION DU COMITÉ**

Le Comité d'éthique de la recherche en Dépendances, inégalités sociales et santé publique (CÉR-DIS) du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a évalué le projet de recherche en titre. Le CÉR est d'avis que ce projet respecte les normes éthiques généralement acceptées pour ce genre de recherche. Il est favorable à l'émission du certificat de conformité éthique.

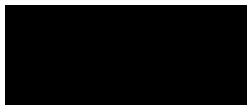
Le certificat de conformité éthique du projet est **valide** pour une période d'**un an** à compter du **21 mars 2017**, si et seulement si les chercheurs respectent les engagements énoncés au point 2.

**2. ENGAGEMENTS DES CHERCHEURS**

Pour que le présent certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs<sup>1</sup> :

1. **Fourniront au comité en temps opportun les documents suivants :**
  - **Grille d'entrevue de groupe pour la 3<sup>e</sup> phase de l'étude ;**
2. Obtiendront l'autorisation de la personne formellement mandatée de l'établissement sollicité de réaliser leur projet de recherche ;
3. Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
4. Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
5. Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
6. Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
7. Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;
8. Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;
9. Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
10. Fourniront annuellement au CÉR un rapport d'étape, condition nécessaire au renouvellement du présent certificat, le cas échéant;
11. Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.



21 mars

2017 Élodie Petit  
Présidente du Comité d'éthique de la recherche  
Dépendance, inégalités sociales et santé publique

ÉP/cb

---

<sup>1</sup> Adapté de : Ministère de la santé et des services sociaux (2007), Note de clarification relative au suivi continu de l'éthique des projets. Direction générale adjointe de l'évaluation, de la recherche et des affaires extérieures, Unité de l'éthique, p.4-5

Montréal, le 28 novembre 2017

Louise Potvin, Ph. D.  
École de santé publique  
Université de Montréal

N Réf CER évaluateur (DIS): MP-DIS-1617-22  
N Réf CIUSSS NIM : 2018-1499 (P)

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**

- Titre du projet «Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local»

---

Madame,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans les lieux suivants :

- CLSC de Bordeaux-Cartierville;
- CLSC de Saint-Laurent

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CER DIS:

- qui agit comme CER évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 8 février 2017 le résultat positif de l'examen scientifique et dans sa lettre du 21 mars 2017 le résultat de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Nous accusons réception du formulaire d'information et de consentement que vous avez préparé pour notre établissement à partir de la version réseau et nous le joindrons à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CER évaluateur. La date de la présente autorisation peut figurer sur ce formulaire de consentement.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER évaluateur puisse en prendre connaissance; et

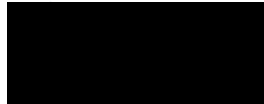
- respecter les exigences fixées par le CER évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, est Madame Julie Hammamji au [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] ou [julie.hammamji.hsc@ssss.gouv.qc.ca](mailto:julie.hammamji.hsc@ssss.gouv.qc.ca).

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veuillez recevoir, Madame, l'assurance de nos salutations distinguées.



Frédéric Abergel, Ph. D, CHE  
Président-directeur général  
adjoint  
Personne mandatée pour autoriser la réalisation des recherches

p. j.

- *Formulaire d'information et de consentement, version française, en date du 12 octobre 2017*

c. c. : Elodie Petit, Présidente du CER évaluateur (CER DIS)  
Elodie Petit, Présidente du CER de l'établissement (CIUSSS NIM)  
Achille Dadly Borvil, Candidate au doctorat, École de santé publique, Université de Montréal

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

**RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

<b>Projet n°</b>	MP-DIS-1617-22
<b>Titre</b>	<i>Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local</i>
<b>Chercheur principal, affiliation</b>	Achille Dadly Borvil, candidate au doctorat, École de santé publique, Université de Montréal
<b>Co-chercheurs, affiliations</b>	Louise Potvin, directrice de thèse, École de santé publique, Université de Montréal Kishchuk, Natalie, co-directrice, présidente, Évaluation de programmes – Vers l'avant inc.
<b>Date d'émission du premier certificat</b>	21 mars 2017
<b>Document examiné dans le cadre du suivi continu</b>	Formulaire d'état d'avancement du projet, reçu le 14 mars 2018
<b>Établissement(s) dans le(s)quel(s) se déroule le projet</b>	CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (DRSP) CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

Le Comité d'éthique de la recherche Dépendance, Inégalités sociales et Santé publique (CÉR-DIS) agit comme CÉR pour l'évaluation éthique et le suivi des projets de recherche menés dans le CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal. Après examen du document précité, le CÉR décide de renouveler le certificat d'éthique du projet en titre, pour une période d'un an à compter du **21 mars 2018**.

Pour que le certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs :

1. Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
2. Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée à un projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
3. Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
4. Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
5. Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;

6. Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;
7. Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
8. Fourniront au CÉR un rapport d'étape annuel, condition nécessaire à un renouvellement du présent certificat, le cas échéant;
9. Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.



**24 avril 2018**

Élodie Petit, Présidente

Comité d'éthique de la recherche - Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique



PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

**RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

<b>Projet n°</b>	MP-DIS-1617-22
<b>Titre</b>	<i>Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local</i>
<b>Chercheur principal, affiliation</b>	Achille Dadly Borvil, candidate au doctorat, École de santé publique, Université de Montréal
<b>Co-chercheurs, affiliations</b>	Louise Potvin, directrice de thèse, École de santé publique, Université de Montréal Kishchuk, Natalie, co-directrice, présidente, Évaluation de programmes – Vers l'avant inc.
<b>Date d'émission du premier certificat</b>	21 mars 2017
<b>Document(s) examiné(s) dans le cadre du suivi continu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire d'état d'avancement du projet, daté du 6 mai 2019</li> </ul>
<b>Établissement(s) dans le(s)quel(s) se déroule le projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (DRSP)</li> <li>• CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal</li> </ul>

Le Comité d'éthique de la recherche Dépendance, Inégalités sociales et Santé publique (CÉR-DIS) agit comme CÉR pour l'évaluation éthique et le suivi des projets de recherche menés dans le CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal. Après examen du document précité, le CÉR décide de renouveler le certificat d'éthique du projet en titre, pour une période d'un an à compter du **21 mars 2019**.

Pour que le certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs :

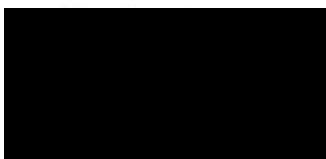
1. Tiendront et conserveront à jour la liste des sujets de recherche recrutés;
2. Obtiendront l'approbation préalable du CÉR de toute modification autre qu'administrative apportée à un projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche – auquel cas le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
3. Notifieront tout incident ou toute réaction indésirable et inattendue pouvant être liés à une procédure du projet;
4. Notifieront tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou le caractère éthique du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
5. Notifieront toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou réglementaire;

6. Notifieront tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre

en question l'intégrité ou le caractère éthique du projet ainsi que la décision du CÉR;

7. Notifieront de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet qui doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
8. Fourniront au CÉR un rapport d'étape annuel, condition nécessaire à un renouvellement du présent certificat, le cas échéant;
9. Transmettront au CÉR une copie du rapport final des résultats de l'étude lorsque celle-ci sera terminée.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.



15 mai 2019

Rossitza Nikolova

Coordonnatrice

Comité d'éthique de la recherche - Dépendances, Inégalités sociales, Santé publique

## Annexe 5. Lettre d'invitation au focus group



Montréal, le .... août 2016

Aux membres du Comité  
Conseil de recherche avec les partenaires

Par courrier électronique seulement

**OBJET : Rappel de la rencontre du ...août 2016**

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous rappeler que notre rencontre (focus group) pour discuter des grands événements qui ont marqué le processus de révision du Cadre de référence de l'Initiative aura lieu dans une semaine. Pour l'occasion, je vous demanderais d'apporter vos agendas ou vos cahiers de notes (si vous les avez). La mémoire étant ce qu'elle est, je vous suggère d'apporter tout ce qui pourra vous aider à vous remémorer du processus de révision.

Comptant sur votre collaboration, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Achille Dadly Borvil  
Candidate au doctorat en Santé Publique, option Promotion de la santé  
Chaire de recherche sur les inégalités en santé (CACIS)  
Département de Médecine Sociale et Préventive  
ESPUM / Université de Montréal  
Pavillon 7101, Avenue du Parc, Local 3139  
Téléphone : [REDACTED]  
Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

## Annexe 6. Formulaire de consentement pour les focus group



Faculté : École de santé publique

Département : Médecine sociale et préventive

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

**Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local**

Chercheur

**Achille Dadly Borvil**

Candidate au doctorat

École de santé publique – Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Téléphone :

Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

Ce projet n'est pas financé

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.

### RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

#### 1. Objectif de la recherche

Ce projet cherche à comprendre comment les acteurs intersectoriels concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif.

## **2. Participation à l'étude**

Nous vous invitons à participer à deux focus group d'environ une heure pour discuter des grands événements qui ont marqué le processus de révision du Cadre de référence de l'Initiative. Le focus group sera enregistré.

## **3. Risques et inconvénients**

Nous n'anticipons pas d'inconvénients à part le temps consacré à la rencontre.

## **4. Avantages et bénéfices**

Veillez noter que vous n'aurez pas de bénéfice direct. Cependant votre participation à ce projet peut vous aider à être plus réflexif quant à l'influence de votre secteur d'appartenance sur le processus décisionnel et ainsi améliorer votre capacité à collaborer efficacement afin de renforcer les actions dans la communauté.

## **5. Confidentialité**

Différentes mesures seront prises pour assurer la confidentialité des données recueillies. Les enregistrements, les transcriptions de verbatim et l'original du formulaire de consentement seront conservés sous clé au bureau de la CACIS pendant tout le temps nécessaire et détruits plus tard. Les noms des personnes seront remplacés par des pseudonymes dans les fichiers de données. Étant donné que ce projet s'inscrit dans un projet de recherche interventionnelle plus large, l'accès aux données brutes sera limité aux directrices de recherche et aux membres du groupe de recherche. Toutes les informations pouvant conduire à l'identification individuelle et sectorielle seront enlevées lors de la diffusion des résultats. Je vous rappelle également que la confidentialité des échanges de ce focus group dépend aussi de votre engagement à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes qui n'ont pas participé à la rencontre.

## **6. Compensation**

Pas de compensation.

## **7. Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue de groupe à tout moment. Vous avez aussi le droit de ne pas répondre à des questions si vous êtes inconfortables. Vous n'avez pas à dévoiler des informations que votre organisme d'appartenance voudrait garder secrètes. Je vous rappelle que les entrevues seront effectuées sur votre temps de travail. Votre refus de participer ou votre retrait en cours d'étude ne portera aucune atteinte à votre emploi.

## **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique, Université de Montréal au [REDACTED] ou à l'adresse courriel [louise.potvin@umontreal.ca](mailto:louise.potvin@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](mailto:ceres@umontreal.ca)  
Téléphone au [REDACTED]  
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](mailto: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 assuré 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 :

## Annexe 7. Lettre d'invitation à participer à l'entrevue



Montréal, le .... 2017

Aux acteurs (anciens et actuels)  
Ayant participé au processus de révision  
Du Cadre de référence de l'Initiative Montréalaise

Par courrier électronique seulement

### **Objet : Invitation à participer à la recherche sur l'Initiative montréalaise**

Bonjour,

Je m'appelle Achille Dadly Borvil. Je suis étudiante au doctorat à l'école de santé publique de l'Université de Montréal. Je m'intéresse au processus décisionnel dans la gouvernance intersectorielle et travaille sous la direction de Natalie Kishchuk et de Louise Potvin directrice de la CACIS. L'objectif de ma recherche est de comprendre comment les acteurs intersectoriels concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif en me basant sur l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local. Vous trouverez en fichier attaché une présentation de mon projet de recherche pour plus de détails.

Comme vous pouvez le voir dans le document joint, il est prévu de réaliser une vingtaine d'entrevues individuelles semi-structurées auprès des acteurs-clés qui ont été impliqués dans le processus de révision du cadre de référence de l'Initiative. C'est dans ce but que je vous contacte aujourd'hui. Votre participation à cette recherche est importante dans la mesure où elle permettra de faire avancer la connaissance sur la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Plus concrètement, elle pourra sensibiliser les acteurs de terrains de l'influence de leur secteur d'appartenance sur le processus décisionnel et ainsi améliorer leur capacité à collaborer efficacement afin de renforcer les actions communautaires.

J'aimerais vous rencontrer pour avoir votre opinion sur le processus de révision du Cadre de référence de l'Initiative montréalaise qui s'est déroulé de 2011 à 2015. Vous avez été sélectionnés parce que vous avez été impliqués dans au moins un des événements marquants du processus. Je suis prête à vous rencontrer sur votre lieu de travail selon vos disponibilités. L'entrevue durera environ 2h. Si vous acceptez d'y participer, je vous prie de choisir la date et l'heure qui vous conviendront en cliquant sur ce lien : <http://doodle.com/...>

Veuillez noter que je vous ferai parvenir la liste des événements sur lesquels portera l'entrevue ainsi que la grille d'entrevue deux semaines précédents notre rencontre pour vous aider à mieux vous y préparer.

Comptant sur votre collaboration je vous prie de recevoir, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Achille Dadly Borvil

Candidate au doctorat en Santé Publique, option Promotion de la santé

Chaire de recherche sur les inégalités en santé (CACIS)

Département de Médecine Sociale et Préventive

ESPUM / Université de Montréal

Pavillon 7101, Avenue du Parc, Local 3139

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca



## Annexe 8. Lettre de confirmation de participation à l'entrevue



Montréal, le .... 2017

Monsieur ... / Madame ...  
Membre du comité de pilotage  
Initiative Montréalaise de soutien au développement social local

Par courrier électronique seulement

### **Objet : Confirmation de participation**

Bonjour Monsieur ... / Madame...

Je vous remercie d'avoir choisi de participer à la recherche. Je vous confirme que l'entrevue aura lieu le ... 2017 à ... à votre bureau. Vous recevrez sous peu la grille d'entrevue ainsi que la liste des événements sélectionnés comme convenu.

Au plaisir,

Achille Dadly Borvil  
Candidate au doctorat en Santé Publique, option Promotion de la santé  
Chaire de recherche sur les inégalités en santé (CACIS)  
Département de Médecine Sociale et Préventive  
ESPUM / Université de Montréal  
Pavillon 7101, Avenue du Parc, Local 3139  
Téléphone : [REDACTED]  
Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

## Annexe 9. Lettre de rappel de participation à l'entrevue



Montréal, le ... 2017

Monsieur .... / Madame ...  
Membre du comité de pilotage  
Initiative Montréalaise de soutien au développement social local

Par courrier électronique seulement

### **Objet : Rappel de rendez-vous**

Bonjour Monsieur... / Madame...

La présente est pour confirmer la date de notre entretien prévu le ... 2017 à .... à votre bureau. Je vous rappelle que notre rencontre aura pour objectif de recueillir votre point de vue sur des événements qui se sont produits durant la révision du cadre de référence de l'Initiative montréalaise. Pour vous préparer à l'entrevue, je vous saurais gré de bien vouloir vous remémorer des principaux intérêts en jeu (organisationnels et collectifs) ainsi que des actions que vous avez posées pour chacun des événements. Pour vous aider dans votre préparation, je vous joins la liste des événements sélectionnés et le protocole d'entrevue.

Dans l'attente de vous rencontrer, je vous prie de recevoir, Madame ... / Monsieur ..., mes respectueuses salutations.

Achille Dadly Borvil  
Candidate au doctorat en Santé Publique, option Promotion de la santé  
Chaire de recherche sur les inégalités en santé (CACIS)  
Département de Médecine Sociale et Préventive  
ESPUM / Université de Montréal  
Pavillon 7101, Avenue du Parc, Local 3139  
Téléphone : [REDACTED]  
Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

## Annexe 10. Formulaire de consentement pour les entrevues



Faculté : École de santé publique

Département : Médecine sociale et préventive

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

**Processus de prise de décision dans la gouvernance intersectorielle au niveau régional. Le cas de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local**

Chercheur

**Achille Dadly Borvil**

Candidate au doctorat

École de santé publique – Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Téléphone :

Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca

Ce projet n'est pas financé

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.

#### RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

#### 8. Objectif de la recherche

Ce projet cherche à comprendre comment les acteurs intersectoriels concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif.

## **9. Participation à l'étude**

Votre participation implique :

- a) Une entrevue individuelle d'une durée de deux heures. L'entrevue vise à recueillir votre point de vue des événements critiques qui ont marqué le processus de révision du cadre de référence auquel vous avez participé et à documenter votre perception de la conciliation des intérêts organisationnels et collectifs. Elle sera enregistrée sur un support audio et se déroulera à l'endroit de votre choix et au moment qui vous conviendra.
- b) Un focus group d'environ une heure pour discuter et valider les résultats de l'analyse des entrevues. Le focus group aura lieu dans les locaux de votre organisation d'appartenance et sera enregistré.

## **10. Risques et inconvénients**

Nous n'anticipons pas d'inconvénients à part le temps consacré aux différentes rencontres.

## **11. Avantages et bénéfiques**

Veillez noter que vous n'aurez pas de bénéfice direct. Cependant votre participation à ce projet peut vous aider à être plus réflexif quant à l'influence de votre secteur d'appartenance sur le processus décisionnel et ainsi améliorer votre capacité à collaborer efficacement afin de renforcer les actions dans la communauté.

## **12. Confidentialité**

Différentes mesures seront prises pour assurer la confidentialité des données recueillies. Les photocopies des documents internes de l'Initiative non accessibles au public consultés, les enregistrements, les transcriptions de verbatim et l'original du formulaire de consentement seront conservés sous clé au bureau de la CACIS pendant tout le temps nécessaire et détruits plus tard. Les noms des personnes seront remplacés par des pseudonymes dans les fichiers de données. Étant donné que ce projet s'inscrit dans un projet de recherche interventionnelle plus large, l'accès aux données brutes sera limité aux directrices de recherche et aux membres du groupe de recherche. Toutes les informations pouvant conduire à l'identification individuelle et sectorielle seront enlevées lors de la diffusion des résultats. Je vous rappelle également que la confidentialité des échanges des groupes de discussion dépend aussi de votre engagement à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes qui n'ont pas participé à la rencontre.

## **13. Compensation**

Pas de compensation.

## **14. Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue à tout moment. Vous avez aussi le droit de ne pas répondre à des questions si vous êtes inconfortables. Vous n'avez pas à dévoiler des informations que votre organisme d'appartenance voudrait garder secrètes. Je vous rappelle que les entrevues seront effectuées sur votre temps de travail. Votre refus de participer ou votre retrait en cours d'étude ne portera aucune atteinte à votre emploi.

## Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Louise Potvin, professeure titulaire, École de santé publique, Université de Montréal au (514) 343-6111, poste 44025 ou à l'adresse courriel [louise.potvin@umontreal.ca](mailto:louise.potvin@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](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone au [REDACTED]

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](mailto: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 assuré 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 : \_\_\_\_\_

## **Annexe 11. Article\_ La nature de la relation chercheur-participants dans les focus group : leçons apprises**

**Auteurs** : Achille Dadly Borvil

Ce manuscrit a été publié dans la Cahiers Scientifiques de la Chaire RÉALISME : de la Chaire RÉALISME: REcherches AppLIquées Interventionnelles en Santé Mondiale et Équité en 2018.

### **Référence**

Achille Dadly Borvil (2018). La nature de la relation chercheur-participants dans les focus group : leçons apprises. Cahiers Scientifiques de la Chaire RÉALISME : REcherches AppLIquées Interventionnelles en Santé Mondiale et Équité. Hors-série, Juin 2018, 33-37.

*Achille Dadly Borvil, Étudiante au doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal. Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca*

## Introduction

Il existe une variété d'approches en recherche qualitative pour réussir nos études qualitatives dont l'une est la réflexivité. Elle est définie ici comme « un terme pour décrire le degré d'influence du chercheur dans le processus de la recherche; que cette influence soit intentionnelle ou pas » (traduction libre) (Jootum, 2009 : 42). C'est un outil méthodologique qui sert à valider et légitimer les pratiques de recherche qualitative (Pillow, 2003; Dowlin, 2006; Jootum, 2009; Berger, 2013; Underwood, 2010). Certains auteurs suggèrent de l'exiger de tous les chercheurs qualitatifs (Underwood et al 2010) et de la considérer dans toutes les étapes de la recherche (Hangue, 2003 cité par Dowlin, 2006 : 15) incluant la collecte de données. Les focus group s'avèrent être une des méthodes de collecte de données très populaire dans la recherche qualitative en sciences sociales (Kitzinger, 1994) et en sciences de la santé (Barbour, 2005; Liamputtong, 2011; Flynn, 2018). La manière dont la réflexivité est appliquée dans les focus group est un peu négligée dans la littérature. L'article cherche à documenter la nature de la relation chercheur-participants dans la collecte de données par focus group et à identifier des leçons apprises de mon expérience.

### **La relation chercheur-participants dans les Focus group : pourquoi'y intéresser ?**

L'importance de la réflexivité dans la recherche qualitative est indiscutable. Néanmoins, son approche varie d'un auteur à l'autre et très peu décrivent la façon dont ils l'utilisent dans leur pratique de recherche (Pillow, 2003; Underwood, 2010). La littérature regorge de stratégies et d'approches quant à l'utilisation de la réflexivité dans la validation de la recherche (Pillow, 2003). Toutefois, la tendance la plus répandue dans l'utilisation de la réflexivité est de porter attention à l'influence du chercheur sur les participants (Underwood, 2010). Cette notion d'influence du chercheur par rapport à son rôle est basée sur la dynamique des entrevues individuelles ou d'observation dans laquelle le chercheur joue le rôle central. Sa position d'« expert » lui confère un rôle supérieur dans la relation chercheur-participants. C'est ce qui justifie l'appel incessant fait aux chercheurs qualitatifs d'utiliser la réflexivité pour donner « la voix aux participants » et

ainsi diminuer leur influence dans la collecte.

Les focus group sont « des groupes de discussion organisés pour explorer un ensemble de sujets ou de problèmes précis liés aux opinions et aux expériences des gens. Le groupe est « centré » dans le sens où il implique une activité collective » (Kitzinger, 1999:104). L'interaction entre les participants est ce qui les distingue des autres méthodes de collecte (Kitzinger, 1994; Barbour, 2005). Dans les focus group, le chercheur devient un « animateur » qui « maintient la communication au sein du groupe et qui veille à la qualité de la communication » (Guillemette et al, 2011 :194). Le chercheur-animateur n'interagit pas directement avec les participants, mais avec le groupe (Parker et Tritter, 2007). La documentation sur les focus groups abonde en stratégies relatives à l'organisation, la conduite du focus group. Il existe tout un débat méthodologique sur le recrutement et la sélection des participants, le fait d'indemniser les participants ou pas; la facilitation et la participation, les rôles et responsabilités éthiques du chercheur-animateur et sur la transférabilité des résultats (Parker et Tritter, 2007; Liamputtong, 2011).

Introduits dans la santé publique en 1980 pour évaluer et améliorer les interventions de santé (Liamputtong, 2011), les focus group sont devenus une méthode populaire, autonome et bien établie (Parker et Tritter, 2007). Pourtant, malgré sa popularité et tout le débat méthodologique qui l'entoure, peu d'attention est accordée à l'utilisation de la réflexivité dans les focus group. « De nombreux auteurs nous implorent d'être réflexifs, mais peu nous disent comment procéder dans la pratique » (traduction libre) (Underwood, 2010 : 1593). Si dans les focus group le chercheur joue un rôle périphérique (Parker et Tritter, 2007) et interagit avec le groupe, il s'avère important de se questionner sur la nature de la relation chercheur-participants, car la dynamique de groupe est totalement différente de celle des entrevues individuelles. En me basant sur mes expériences, je voudrais alimenter la réflexion sur la nature de la relation chercheur-participants par un processus réflexif et dégager des leçons qui pourront profiter au chercheur débutant qui généralement n'est pas préparé à l'imprévisibilité de la dynamique de groupe.



## **La relation chercheur-participants : nature et leçons apprises**

### ***A- Nature de la relation chercheur-participants***

Le focus group utilisé ici provient d'une collecte de données plus large pour un projet de recherche collaborative ayant pour but de comprendre comment les acteurs intersectoriels concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. Le focus group avait pour objectif d'identifier, de sélectionner et de valider les événements critiques survenus lors d'un processus de révision du cadre de référence d'une intervention intersectorielle de développement social à Montréal. La démarche utilisée pour identifier et sélectionner les événements critiques est décrite dans Borvil et al. (2017). Le focus group d'une heure a été réalisé avec quatre acteurs représentant les quatre partenaires impliqués dans le processus pendant toute la période de révision. Ces acteurs sont des collègues qui ont une longue tradition de collaboration, qui se respectent mutuellement et qui ont l'habitude de participer à d'autres projets de recherche. Ils entretiennent un excellent rapport de travail avec le groupe de recherche auquel j'appartiens. Ce rapport de travail préexiste à mon arrivée dans le groupe de recherche.

#### **1. Le chercheur-animateur face à l'effet de groupe**

Au début de la session, j'ai remis aux participants une recension de tous les événements provenant d'une étude approfondie des documents de l'intervention pour réduire les biais de mémoire inhérents au processus de révision. Dix minutes plus tard, je leur ai demandé si la recension correspondait à ce qui s'était réellement passé. Tout d'abord, les participants ont été surpris du nombre d'événements recensés. Ils étaient très contents de voir sur papier tout le chemin qu'ils avaient parcouru en 4 ans. Certains avaient plus de difficultés que d'autres à se souvenir de certains événements. Au fur et à mesure que la discussion prenait corps et que la synergie entre les participants s'installait, j'avais l'impression d'assister à une soirée de 5@7 entre amis qui riaient constamment et se taquinaient en se rappelant des événements passés. Certains riaient jusqu'à avoir des larmes aux yeux. C'était la première fois, depuis la fin du processus, qu'ils s'étaient rencontrés pour revivre le moment ensemble et s'en reparler, disaient-ils. Cela leur « a fait un drôle d'effet ». Durant les premières minutes de discussion, ils ont exprimé toutes sortes d'émotions. Ils parlaient presque tous en même temps. Quelle attitude

dois-je adopter devant ce fou rire partagé qu'on peut qualifier « d'effet de groupe », ces expressions émotionnelles et ces chevauchements de parole ? Comment dois-je m'y prendre pour les ramener à l'objectif de la rencontre ? Dois-je les interrompre pour leur rappeler le but du focus group ? Dois-je attendre qu'ils aient fini avant de relancer la discussion ? Ce sont toutes ces questions qui me travaillaient l'esprit et pour lesquelles je n'avais pas de réponse. Finalement, j'ai attendu en silence jusqu'à ce qu'ils décident eux-mêmes de « se mettre au travail » dans une ambiance détendue.

## 2. Le chercheur-animateur confronté aux imprévus

La discussion allait bon train et la dynamique de groupe demeurait décontractée jusqu'à ce qu'un des participants affirme d'un ton cordial la chose suivante : « ... il manque quelque chose d'important dans ta liste...madame ». Cette phrase était suivie d'un bref rire partagé et d'un échange de regards. Je comprenais tout de suite qu'il s'agissait d'un évènement important. Jem'y attendais, car la rencontre avait été organisée justement pour compléter la recension étant donné qu'en général toutes les informations ne sont pas inscrites dans les procès-verbaux des réunions. Après quelques secondes de silence arrivait ce qui suit :

P1

*Est-ce qu'on peut en parler ?... (Silence). Oui, je suppose... C'est pour la recherche.*

*D'après ce que j'ai compris, Cédric était allé voir Olivier pour lui dire...*

Phase interrompue par P2. (NB : Les noms ont été modifiés pour assurer la confidentialité)

P2

*Ah bon c'était ça, moi je pensais que c'était Castel qui a été raconter à Olivier...*

Phase interrompue par P3 et P4.

P3 et P4 (ensemble)

*Non, P1 a raison. C'est effectivement Cédric et Olivier qui se sont rencontrés au...Et après ils ont dit à Castel...*

Rires partagés

P2

*Maintenant, on peut en rire... Ça prouve que nous avons fait du chemin... (rires)...Hein... (rires)*

*N'est-ce pas ? À l'époque, on était tellement en colère...(rires).*

Dans cette séquence, les participants parlaient d'un évènement majeur qui avait changé le cours du processus. Cependant, cet évènement ainsi que les noms cités (Cédric, Olivier, Castel) n'apparaissaient dans aucun des documents auxquels j'avais accès. Pour comprendre de quoi ils parlaient, je les ai interrompus et leur ai demandé des explications. En accord avec les autres, l'un d'entre eux m'a raconté l'histoire. Cette information était fondamentale pour comprendre l'ensemble. Toutefois, le participant avait cité les noms de Cédric, Olivier et Castelen me racontant l'histoire sans préciser à quel secteur ces personnes étaient rattachées. Une situation inattendue s'est produite quand je suis intervenue pour savoir qui étaient ces gens et leur secteur d'appartenance. Je leur ai expliqué que j'étais soumise à la loi de confidentialité, que les noms m'intéressaient peu et que c'était leur fonction et leur organisme d'attache qui étaient importants pour la recherche. Mon intervention a changé la dynamique interactionnelle du groupe. Les participants étaient devenus froids et silencieux. Leur malaise par rapport à mon intervention était palpable. Je venais de briser la dynamique de groupe que j'étais censée favoriser. Pour y remédier, j'ai pris le temps de m'excuser pour l'inconfort provoqué, de bien m'expliquer et de reformuler mes phrases.

### 3. Le chercheur-animateur et le sentiment d'impuissance

Une fois l'étape de clarification passée, la dynamique de groupe était redevenue décontractée et tous les participants s'étaient à nouveau engagés dans la discussion. Soudain, l'un d'entre eux s'est demandé si je compte aborder tel aspect dans mon projet et que ce serait bien de « mettre ça sur papier ». Ayant appris de ma récente expérience, j'ai pris quelques secondes pour réfléchir avant de répondre avec prudence : « oui, effectivement ça aurait été une excellente idée, mais dans le cadre de ce projet, je dois satisfaire les exigences académiques aussi. C'est la raison pour laquelle nous avons privilégié cet aspect ». L'un d'entre eux m'a fait remarquer (en riant) que je ne pourrais pas satisfaire les exigences académiques s'ils décident de ne pas participer à la collecte. Cette remarque a suscité le rire de tous. Les participants savaient qu'ils étaient « des experts » qui possédaient les informations dont j'avais besoin pour faire aboutir mon projet de recherche. À cette étape du focus group, ce sont les participants qui avaient le « pouvoir » puisqu'ils détenaient les informations. Je me sentais impuissante et prise au piège. En

même temps, je ne pouvais pas laisser paraître mon inconfort et ma gêne de peur de créer un autre malaise dans le groupe ; ce qui aurait pu nuire à ma collecte. Comme stratégie, j'ai dû admettre avec eux leur pouvoir (sans le nommer), leur rappeler qu'ils pouvaient mettre fin à la discussion de groupe à tout moment comme indiqué dans le formulaire de consentement.

### ***B- Leçons apprises***

L'article visait à documenter la relation chercheur-participants dans un focus group et à identifier des leçons qui pourront aider d'autres chercheurs débutants à mieux se préparer avant d'entreprendre un focus group. Les principales leçons tirées de mes expériences sont les suivantes :

1. Premièrement, le chercheur-animateur doit être conscient du fait qu'il peut être confronté à des imprévues inhérentes au dynamique de groupe ; que ces imprévues peuvent avoir des impacts nocifs sur lui-même et sa collecte. Il doit être ouvert, flexible et prêt à adopter une posture stratégique pour y faire face en fonction du contexte ;
2. Deuxièmement, le chercheur-animateur doit être prudent dans ses interventions de clarification et de précision. Il doit prendre le temps de formuler clairement ses demandes et s'assurer que ses propos soient bien compris pour éviter toute incompréhension ou malentendu qui peut briser la dynamique de groupe ;
3. Troisièmement, le chercheur-animateur doit être humble et reconnaître qu'il n'est plus l'expert qui possède les connaissances et le pouvoir, mais un « ignorant » pour reprendre le terme de Berger (2013) à la merci des participants. Au cas où il se sentirait inconfortable dans sa nouvelle posture, il doit constamment surveiller ses émotions pour éviter de créer des malaises dans le groupe.

## Références

- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus group. *Medical Education*, 39, 742-750.
- Berger, R (2013). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234.
- Borvil, A.D., et al. (2017). The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *International Journal of Public Health*, 63(3), 429-430. doi: 10.1007/s00038-017-1057-3
- Dowling, M. (2006). Approaches to Reflexivity in qualitative research. *Nurse Researcher*, 13 (3), 7-21.
- Flynn, R. et al. (2018). Two Approaches to Focus Group Data Collection for Qualitative Health Research: Maximizing Resources and Data Quality. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1).
- Getrich, C.M. et al (2015). Viewing Focus Groups Through a Critical Incident Lens. *Qualitative health research*, 26 (6), 750-762.
- Guillemette, F. et al (2011). Quand le chercheur devient animateur. *Recherches Qualitatives*, 29 (3), 193-197.
- Jootun D et al (2009). Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard*, 23 (23), 42-46.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, 16 (1), 103-121.
- Liamputtong, P. (2011). *Focus group methodology: Principle and practice*. Sage Publication.
- Morgan, D.L. & Bottorff, J.L. (2010). *Advancing our craft: Focus group methods and practice*. SagePublications.
- Parker, A. & Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*, 29 (1), 23-37.
- Underwood, M. et al (2010). Reflexivity and minimization of the impact of age-cohort differences between researcher and research participants. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1585-1595.

## **Annexe 12. Permis de reproduction**

**SPRINGER NATURE LICENSE  
TERMS AND CONDITIONS**

Nov 10, 2021

---

This Agreement between Mrs. Achille Dadly Borvil ("You") and Springer Nature ("Springer Nature") consists of your license details and the terms and conditions provided by Springer Nature and Copyright Clearance Center.

License Number	5185020909340
License date	Nov 09, 2021
Licensed Content Publisher	Springer Nature
Licensed Content Publication	International Journal of Public Health
Licensed Content Title	The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned
Licensed Content Author	Achille Dadly Borvil et al
Licensed Content Date	Nov 15, 2017
Type of Use	Thesis/Dissertation
Requestor type	academic/university or research institute
Format	electronic
Portion	full article/chapter
Will you be translating?	no
Circulation/distribution	1 - 29





**2. 2.** A separate licence may be required for any additional use of the Licensed Material, e.g. where a licence has been purchased for print only use, separate permission must be obtained for electronic re-use. Similarly, a licence is only valid in the language selected and does not apply for editions in other languages unless additional translation rights have been granted separately in the licence. Any content owned by third parties are expressly excluded from the licence.

**2. 3.** Similarly, rights for additional components such as custom editions and derivatives require additional permission and may be subject to an additional fee. Please apply to [Journalpermissions@springernature.com/bookpermissions@springernature.com](mailto:Journalpermissions@springernature.com/bookpermissions@springernature.com) for these rights.

**2. 4.** Where permission has been granted **free of charge** for material in print, permission may also be granted for any electronic version of that work, provided that the material is incidental to your work as a whole and that the electronic version is essentially equivalent to, or substitutes for, the print version.

**2. 5.** An alternative scope of licence may apply to signatories of the [STM Permissions Guidelines](#), as amended from time to time.

### 3. Duration of Licence

**3. 1.** A licence for is valid from the date of purchase ('Licence Date') at the end of the relevant period in the below table:

Scope of Licence	Duration of Licence
Post on a website	12 months
Presentations	12 months
Books and journals	Lifetime of the edition in the language purchased

### 4. Acknowledgement

**4. 1.** The Licensor's permission must be acknowledged next to the Licenced Material in print. In electronic form, this acknowledgement must be visible at the same time as the figures/tables/illustrations or abstract, and must be hyperlinked to the journal/book's homepage. Our required acknowledgement format is in the Appendix below.

### 5. Restrictions on use

**5. 1.** Use of the Licensed Material may be permitted for incidental promotional use and minor editing privileges e.g. minor adaptations of single figures, changes of format, colour and/or style where the adaptation is credited as set out in Appendix 1 below. Any other changes including but not limited to, cropping, adapting, omitting material that affect the meaning, intention or moral rights of the author are strictly prohibited.

**5. 2.** You must not use any Licensed Material as part of any design or trademark.

**5. 3.** Licensed Material may be used in Open Access Publications (OAP) before publication by Springer Nature, but any Licensed Material must be removed from OAP

sites prior to final publication.

## 5. Ownership of Rights

6. 1. Licensed Material remains the property of either Licensor or the relevant third party and any rights not explicitly granted herein are expressly reserved.

## 7. Warranty

IN NO EVENT SHALL LICENSOR BE LIABLE TO YOU OR ANY OTHER PARTY OR ANY OTHER PERSON OR FOR ANY SPECIAL, CONSEQUENTIAL, INCIDENTAL OR INDIRECT DAMAGES, HOWEVER CAUSED, ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE DOWNLOADING, VIEWING OR USE OF THE MATERIALS REGARDLESS OF THE FORM OF ACTION, WHETHER FOR BREACH OF CONTRACT, BREACH OF WARRANTY, TORT, NEGLIGENCE, INFRINGEMENT OR OTHERWISE (INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, DAMAGES BASED ON LOSS OF PROFITS, DATA, FILES, USE, BUSINESS OPPORTUNITY OR CLAIMS OF THIRD PARTIES), AND WHETHER OR NOT THE PARTY HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. THIS LIMITATION SHALL APPLY NOTWITHSTANDING ANY FAILURE OF ESSENTIAL PURPOSE OF ANY LIMITED REMEDY PROVIDED HEREIN.

## 8. Limitations

8. 1. **BOOKS ONLY**: Where 'reuse in a dissertation/thesis' has been selected the following terms apply: Print rights of the final author's accepted manuscript (for clarity, NOT the published version) for up to 100 copies, electronic rights for use only on a personal website or institutional repository as defined by the Sherpa guideline ([www.sherpa.ac.uk/romeo/](http://www.sherpa.ac.uk/romeo/)).

8. 2. For content reuse requests that qualify for permission under the [STM Permissions Guidelines](#), which may be updated from time to time, the STM Permissions Guidelines supersede the terms and conditions contained in this licence.

## 9. Termination and Cancellation

9. 1. Licences will expire after the period shown in Clause 3 (above).

9. 2. Licensee reserves the right to terminate the Licence in the event that payment is not received in full or if there has been a breach of this agreement by you.

## Appendix 1 — Acknowledgements:

### **For Journal Content:**

Reprinted by permission from [the Licensor]: [Journal Publisher (e.g. Nature/Springer/Palgrave)] [JOURNAL NAME] [REFERENCE CITATION (Article name, Author(s) Name), [COPYRIGHT] (year of publication)]

**For Advance Online Publication papers:**

Reprinted by permission from [the Licensor]: [Journal Publisher (e.g. Nature/Springer/Palgrave)] [JOURNAL NAME] [REFERENCE CITATION (Article name, Author(s) Name), [COPYRIGHT] (year of publication), advance online publication, day month year (doi: 10.1038/sj.[JOURNAL ACRONYM].)]

**For Adaptations/Translations:**

Adapted/Translated by permission from [the Licensor]: [Journal Publisher (e.g. Nature/Springer/Palgrave)] [JOURNAL NAME] [REFERENCE CITATION (Article name, Author(s) Name), [COPYRIGHT] (year of publication)]

**Note: For any republication from the British Journal of Cancer, the following credit line style applies:**

Reprinted/adapted/translated by permission from [the Licensor]: on behalf of Cancer Research UK: : [Journal Publisher (e.g. Nature/Springer/Palgrave)] [JOURNAL NAME] [REFERENCE CITATION (Article name, Author(s) Name), [COPYRIGHT] (year of publication)]

**For Advance Online Publication papers:**

Reprinted by permission from The [the Licensor]: on behalf of Cancer Research UK: [Journal Publisher (e.g. Nature/Springer/Palgrave)] [JOURNAL NAME] [REFERENCE CITATION (Article name, Author(s) Name), [COPYRIGHT] (year of publication), advance online publication, day month year (doi: 10.1038/sj.[JOURNAL ACRONYM])]

**For Book content:**

Reprinted/adapted by permission from [the Licensor]: [Book Publisher (e.g. Palgrave Macmillan, Springer etc)] [Book Title] by [Book author(s)] [COPYRIGHT] (year of publication)

**Other Conditions:**

Version 1.3

Questions? [customercare@copyright.com](mailto:customercare@copyright.com) or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

**OXFORD UNIVERSITY PRESS LICENSE  
TERMS AND CONDITIONS**

Nov 10, 2021

---

---

This Agreement between Mrs. Achille Dadly Borvil ("You") and Oxford University Press ("Oxford University Press") consists of your license details and the terms and conditions provided by Oxford University Press and Copyright Clearance Center.

License Number	5185030058671
License date	Nov 09, 2021
Licensed content publisher	Oxford University Press
Licensed content publication	Health Promotion International
Licensed content title	Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada
Licensed content author	Borvil, Achille Dadly; Kishchuk, Natalie
Licensed content date	Apr 19, 2021
Type of Use	Thesis/Dissertation
Institution name	
Title of your work	Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada
Publisher of your work	Université de Montréal
Expected publication date	Nov 2021

Publisher of your work Université de Montréal

Expected publication date Nov 2021

Permissions cost 0.00 CAD

Value added tax 0.00 CAD

Total 0.00 CAD

Title Typology of actors' influence strategies in intersectoral governance process in Montreal, Canada

Institution name Université de Montréal  
Expected presentation date Nov 2021

Portions Figures 1-2 , table 1, and also full text

Mrs. Achille Dadly Borvil

Requestor Location

Montréal, [REDACTED]  
Canada  
Attn: Mrs. Achille Borvil

Publisher Tax ID GB125506730

Total 0.00 CAD

Terms and Conditions

**STANDARD TERMS AND CONDITIONS FOR REPRODUCTION OF MATERIAL FROM AN OXFORD UNIVERSITY PRESS JOURNAL**

1. Use of the material is restricted to the type of use specified in your order details.
2. This permission covers the use of the material in the English language in the following territory: world. If you have requested additional permission to translate this material, the terms and conditions of this reuse will be set out in clause 12.
3. This permission is limited to the particular use authorized in (1) above and does not allow you to sanction its use elsewhere in any other format other than specified above, nor does it apply to quotations, images, artistic works etc that have been reproduced from other sources which may be part of the material to be used.
4. No alteration, omission or addition is made to the material without our written consent. Permission must be re-cleared with Oxford University Press if/when you decide to reprint.

1. The following credit line appears wherever the material is used: author, title, journal, year, volume, issue number, pagination, by permission of Oxford University Press or the sponsoring society if the journal is a society journal. Where a journal is being published on behalf of a learned society, the details of that society must be included in the credit line.

2. For the reproduction of a full article from an Oxford University Press journal for whatever purpose, the corresponding author of the material concerned should be informed of the proposed use. Contact details for the corresponding authors of all Oxford University Press journal contact can be found alongside either the abstract or full text of the article concerned, accessible from [www.oxfordjournals.org](http://www.oxfordjournals.org) Should there be a problem clearing these rights, please contact [journals.permissions@oup.com](mailto:journals.permissions@oup.com)

3. If the credit line or acknowledgement in our publication indicates that any of the figures, images or photos was reproduced, drawn or modified from an earlier source it will be necessary for you to clear this permission with the original publisher as well. If this permission has not been obtained, please note that this material cannot be included in your publication/photocopies.

4. While you may exercise the rights licensed immediately upon issuance of the license at the end of the licensing process for the transaction, provided that you have disclosed complete and accurate details of your proposed use, no license is finally effective unless and until full payment is received from you (either by Oxford University Press or by Copyright Clearance Center (CCC)) as provided in CCC's Billing and Payment terms and conditions. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of CCC's Billing and Payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute copyright infringement and Oxford University Press reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials.

5. This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned or transferred by you to any other person without Oxford University Press's written permission.

6. Oxford University Press reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

7. You hereby indemnify and agree to hold harmless Oxford University Press and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

8. Other Terms and Conditions:

v1.4

Questions? [customercare@copyright.com](mailto:customercare@copyright.com) or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.