

Université de Montréal

**Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes:
Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé**

**par
Pierre Pluye**

**Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé publique
option Promotion de la santé**

Mai, 2002

© Pierre Pluye, 2002



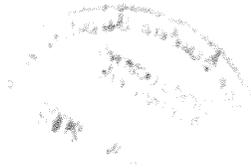
WA

5

U58

2002

v. 015



IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

**Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes:
Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé**

présentée par:
Pierre Pluye

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Pascale Lehoux
Président-rapporteur

Louise Potvin
Directrice de recherche

Jean-Louis Denis
Codirecteur

Ann Langley
Membre du jury

Blake D. Poland
Examineur externe

André Lapierre
Représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le:

27 / 09 / 02

RÉSUMÉ

Le modèle étapiste est le plus couramment utilisé pour représenter le déroulement des programmes en promotion de la santé. Le type idéal de ce modèle repose sur la succession de quatre étapes dont l'ordre est immuable et qui surviennent d'un seul tenant: planification, implantation, évaluation et pérennisation. Cependant, ce modèle est décevant sur le plan théorique et trompeur sur le plan pratique, notamment concernant la pérennisation.

En promotion de la santé, la pérennisation constitue une notion générale pour étudier la continuation des programmes. Ce travail conceptualise la pérennisation et il examine en particulier le processus primaire ou fondamental de la pérennisation, lequel consiste en une routinisation des programmes dans les organisations qui conduit à des activités routinisées. Il propose un moyen d'apprécier la présence ou l'absence de ces activités à tout moment. Il propose également que la routinisation constitue un processus concomitant de l'implantation.

Les résultats empiriques de ce travail soutiennent ces deux propositions. Pour examiner la première, nous avons étudié en 2000 les activités qui découlaient d'un projet pilote dans cinq centres locaux de services communautaires (CLSC). Les résultats suggèrent que les activités issues du projet étaient routinisées dans trois des cinq centres. Pour examiner la seconde, nous avons étudié les événements qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet pilote entre 1987 et 1997. Les résultats suggèrent que ces activités étaient routinisées en 2000 lorsque le processus de routinisation incluait des événements spécifiques de la routinisation, notamment la stabilisation des ressources, et ce dès les premières années de d'implantation des programmes.

Ensemble, ces résultats permettent de raffiner notre conceptualisation de la pérennisation des programmes en promotion de la santé.

Selon une théorie du temps, tout ceci indique deux configurations, deux type idéaux diachroniques, qui nous conduisent vers un nouveau modèle théorique de ce déroulement. Ce modèle rend compte des écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé. Finalement, ce travail suggère des nouvelles questions pour évaluer ces programmes, et il indique une nouvelle approche longitudinale pour étudier les processus organisationnels qui conduisent ces programmes à se pérenniser.

Mots-clés: Apprentissage organisationnel, évaluation, événements critiques, processus d'implantation, institutionnalisation, processus de pérennisation, planification, programmes en promotion de la santé, routines organisationnelles, routinisation, santé publique.

SUMMARY

The evolution of health promotion programs is most often represented by use of the stage model. The ideal type of this model is based on four successive stages occurring in a specific order and as a complete series: planning, implementation, evaluation and sustainability. This model is nevertheless deceptive at a theoretical level and misleading in its application, particularly with respect to sustainability.

In health promotion, sustainability is a general term used to study the continuation of programs. This work conceptualizes sustainability and looks specifically at its primary or fundamental process, the routinization of programs in organizations, a process that leads to routinized activities. It provides a means for detecting the presence or absence of routinized activities at any given time, and suggests that routinization as a process is concomitant with program implementation.

Our empirical results support both of these propositions. We examined the first proposition by looking at activities from a pilot project run in five community health centres in 2000; the results suggest that activities were routinized in three of the five centres. The second proposition was tested against project-related events that marked activities between 1987 and 1997; the results suggest that these activities were routinized in 2000 when the routinization process included specific routinization events (in particular, resource stabilization). Results also show that these events can occur in the first years of program implementation.

These results allows us to refine our understanding of the sustainability of health promotion programs. According to a theory of time, this points to two configurations, i.e. two diachronic ideal types, that lead us to propose a new theoretical model. This model both expresses and clarifies

empirical writing on the sustainability of health promotion programs. Finally, this work suggests new questions to be asked in program evaluation and indicates a new longitudinal approach to the study of the organizational processes that lead to program sustainability.

Key words: Critical events, evaluation, health promotion programs, implementation process, institutionalization, organizational learning, organizational routines, planning, routinization, public health, sustainability process.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ	III
SUMMARY	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
Liste des tableaux	X
Liste des figures	XII
Liste des sigles et abréviations	XV
REMERCIEMENTS	XVI
INTRODUCTION.....	1
RECENSION DES ÉCRITS	8
1. LE MODÈLE ÉTAPISTE: PRISE DE DÉCISION PONCTUELLE ET RATIONALITÉ INSTRUMENTALE	9
2. LE MODÈLE ÉTAPISTE: SAVOIR DES EXPERTS ET LÉGITIMITÉ ÉTATIQUE.....	11
3. LE MODÈLE ÉTAPISTE SELON LES ÉCRITS EMPIRIQUES SUR LA PÉRENNISATION	16
4. CRITIQUES DU TYPE IDÉAL DU MODÈLE ÉTAPISTE	20
5. PRISE DE DÉCISION ET RATIONALITÉ DANS LES ORGANISATIONS.....	21
5.1 Processus décisionnels.....	22
5.2 Rationalité limitée.....	25
5.3 Coalitions d'acteurs politiques.....	26
5.4 Savoir en action.....	27
6. CONCLUSION	31
ARTICLE 1 - MAKING PUBLIC HEALTH PROGRAMS LAST: CONCEPTUALIZING SUSTAINABILITY.....	34
ABSTRACT	36
INTRODUCTION	37
SOCIAL STRUCTURES OF SUSTAINABILITY	40
TEMPORALITY OF THE SUSTAINABILITY PROCESSES.....	47
THE CONCEPT OF SUSTAINABILITY: ROUTINES, STANDARDS AND THE CONCOMITANCE OF PROCESSES.....	54
A CONCLUSION, BY WAY OF AN EXAMPLE.....	55
ACKNOWLEDGEMENTS.....	57
REFERENCES	61

MÉTHODE.....	68
1. CONTEXTE D'ÉTUDE ET SÉLECTION DES CAS.....	71
2. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	73
ARTICLE 2 - PROGRAM SUSTAINABILITY (PART I): FOCUS ON ORGANIZATIONAL ROUTINES	77
SUMMARY.....	79
INTRODUCTION	80
LITERATURE REVIEW	80
BACKGROUND.....	85
METHOD	86
RESULTS	88
DISCUSSION	92
CONCLUSION.....	95
ACKNOWLEDGEMENTS.....	96
REFERENCES	100
ARTICLE 3 – PROGRAM SUSTAINABILITY (PART II) : SUSTAINABILITY BEGINS WITH THE FIRST EVENTS.....	103
INTRODUCTION	106
ROUTINIZATION EVENTS.....	107
Specific routinization events.....	107
Joint routinization and implementation events	109
IMPLEMENTATION EVENTS	112
BACKGROUND.....	113
METHOD	114
RESULTS	117
DISCUSSION	120
CONCLUSION.....	123
ACKNOWLEDGEMENTS.....	123
REFERENCES	133
DISCUSSION	137
1. RE-CONCEPTUALISATION DE LA PÉRENNISATION DES PROGRAMMES: CINQ TRAJECTOIRES	138
2. MODÈLE THÉORIQUE DE LA PÉRENNISATION: DEUX CONFIGURATIONS.....	147
2.1 Survie-renouvellement et mort-transformation des activités routinisées.....	148

2.2 Deux configurations: Survie-renouvellement et mort-transformation des programmes.....	150
3. LIMITES DU MODÈLE THÉORIQUE DE LA PÉRENNISATION	154
3.1 Limite du re-souvenir.....	154
3.2 Autres limites ou pistes de recherche.....	155
4. INTERPRÉTATION DES ÉCRITS EMPIRIQUES SELON LE MODÈLE DE LA PÉRENNISATION	157
5. IMPLICATION MÉTHODOLOGIQUE.....	166
6. IMPLICATION ONTOLOGIQUE.....	168
CONCLUSION	171
1. VERS UN NOUVEAU MODÈLE THÉORIQUE DU DÉROULEMENT DES PROGRAMMES	172
2. RE-CONCEPTUALISATION DU MODÈLE POUR LA PRATIQUE: MÉMOIRE-ATTENTE-INITIATIVE.....	174
3. UN DERNIER DÉFI: L'INTÉGRATION DE NOTRE MODÈLE DANS UNE THÉORIE DE LA SOCIÉTÉ.....	177
3.1 Monde vécu vs. systèmes administratifs.....	180
3.2 Triple médiation des organisations	182
4. DERNIER RETOUR SUR LE PROBLÈME	184
BIBLIOGRAPHIE.....	186
ANNEXE 1 – ARTICLE PUBLIÉ DANS RUPTURES.....	XIX
ANNEXE 2 - DOCUMENTS RELATIFS À L'ÉTHIQUE.....	XXXV
ANNEXE 3 - STRUCTURE DES ENTREVUES - PARTIE I : LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES EN 2000	XLIV
ANNEXE 4 - STRUCTURE DES ENTREVUES - PARTIE II : LES ÉVÉNEMENTS SURVENUS ENTRE 1987 ET 1997	XLVIII
ANNEXE 5 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - A.....	LVI
ANNEXE 6 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - B.....	LXXII
ANNEXE 7- HISTOIRE DE CAS: CENTRE - C.....	XCV
ANNEXE 8 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - D.....	CXVIII
ANNEXE 9 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - E.....	CXXXIII
ANNEXE 10 – ARTICLE SOUMIS À CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH.....	CLIII
ANNEXE 11- LISTE DES CO-AUTEURS - PERMISSION DES CO-AUTEURS - AUTORISATION DE L'ÉDITEUR.....	CLXX

LISTE DES TABLEAUX

		<u>Page</u>
Recension des écrits		
Tableau 1	La pérennisation selon le modèle étapiste du déroulement des programmes	17
Tableau 2	Prise de décision et rationalité selon le modèle étapiste et dans les organisations	22
Article 1		
Tableau 1	Illustration of types of event, either specific or common to implementation and sustainability of programs	60
Méthode		
Tableau 1	Démarche générale.....	70
Article 2		
Tableau 1	Overview of heart health promotion activities in the 5 centers, 1987-1997.....	97
Tableau 2	Distribution of the centers' activities in 2000 (activities derived from the pilot project)	98
Tableau 3	Distribution of the centers' activities in 2000 according to the characteristics of the routines (activities derived from the pilot project)	99
Article 3		
Tableau 1	Project actors and additional informants.....	126
Tableau 2	Critical events at Center A.....	127
Tableau 3	Critical events at Center B.....	128

	<u>Page</u>
Tableau 4	Critical events at Center-C.....129
Tableau 5	Critical events at Center D.....130
Tableau 6	Critical events at Center E131
 Discussion	
Tableau 1	La pérennisation des programmes en promotion de la santé159
 Conclusion	
Tableau 1	Pérennisation et société: Médiation des organisations entre le système de santé et le monde vécu179
 Annexe 10	
Tableau 1	Five criteria for coalition-effectiveness: Empirical illustrations..... clxviii
Tableau 2	Five dimensions of the coalition's interorganisational network: Empirical illustrations..... clxix

LISTE DES FIGURES

		<u>Page</u>
 Recension des écrits		
Figure 1	Le modèle PROCEED (d'après le schéma de Green et Kreuter, 1999, p. 35)	12
Figure 2	Les différentes formes de stratégie (d'après le schéma de Mintzberg, 1994, p. 41)	24
 Article 1		
Figure 1	Program sustainability: Components of the "concomitancy" conceptualization.....	59
 Article 3		
Figure 1	Routinization or implementation events	125
Figure 2	Distribution of events observed according to center, time and routinized activities in 2000	132
 Discussion		
Figure 1	Re-conceptualisation de la pérennisation des programmes: Cinq trajectoires.....	142
Figure 2	Prise de décision convergente et non linéaire (d'après le schéma de Langley et al., 1995, p. 266)	145
Figure 3	Modèle théorique de la pérennisation des programmes: Deux configurations.....	151
 Conclusion		
Figure 1	À l'intersection des théories sociologiques de l'action, des théories des organisations et des théories de l'histoire	173

Page**Annexe 5**

Figure 1	Centre-A: Activités issues du projet pilote en 2000 (développement local).....	lviii
Figure 2	Centre-A: Les acteurs-clés, les activités accomplies entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	lxi
Figure 3	Centre-A: Les événements qui ont jalonné le déroulement des activités entre 1987 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	lxiii

Annexe 6

Figure 1	Centre-B: Activités issues du projet pilote en 2000 (développement local).....	lxxiv
Figure 2	Centre-B : Les acteurs-clés, les activités accomplies entre 1987 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	lxxvii
Figure 3	Centre-B : Les événements qui ont jalonné le déroulement des activités entre 1987 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	lxxx

Annexe 7

Figure 1	Centre-C: Activités issues du projet pilote en 2000 (développement local et planification sociale)	xcvii
Figure 2	Centre-C : Les acteurs-clés, les activités accomplies entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	ci
Figure 3	Centre-C : Les événements qui ont jalonné le déroulement des activités entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	civ

Annexe 8

Figure 1	Centre-D: Activités issues du projet pilote en 2000 (développement local et planification sociale)	cxx
Figure 2	Centre-D : Les acteurs-clés, les activités accomplies entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	cxxiv
Figure 3	Centre-D : Les événements qui ont jalonné le déroulement des activités entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000.....	cxxvii

Annexe 9

Figure 1	Centre-E: Les acteurs-clés et les activités accomplies entre 1988 et 1997.....	cxxxvii
Figure 2	Centre-E: Les événements qui ont jalonné le déroulement des activités entre 1988 et 1997	cxxxix

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CHSRF	Canadian Health Services Research Foundation
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CLSC	Centre local de services communautaires
NHRDP	National Health Research Development Program
PNRDS	Programme national de recherche et développement en santé du Canada
PQDSC	Projet québécois de démonstration en santé du cœur

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué directement ou indirectement à ce travail. J'ai eu la chance extraordinaire de pouvoir partager les idées et les émotions, parfois critiques, qui en accompagnent le lent processus d'élaboration, tant avec mon entourage familial, qu'avec des amis ou des collègues. Tout ceci aurait été impossible sans le soutien de plusieurs organisations.

Je ne peux pas nommer toutes les personnes qui m'ont aidé et j'espère qu'elles m'en excuseront. D'abord, ce travail n'aurait pas existé sans les sacrifices professionnels et familiaux que ma conjointe Lucie Nadeau y a consacré. J'ai accompli ce travail grâce à notre amour, à son soutien, à sa patience et à sa résilience. Puis, pour mon plus grand bien, mes enfants Mathilde et Martin m'ont souvent forcé à prendre du recul par rapport à ce travail. Ensuite, j'ai bénéficié d'un incroyable soutien de mes directeurs. Louise Potvin a guidé mes travaux d'une manière méticuleuse et elle m'a inculqué la rigueur scientifique. Elle m'a fait vivre une aventure à la fois belle et difficile. Son amitié m'honore et j'espère que nous continuerons encore longtemps à partager bonne chère culinaire et intellectuelle. De son côté, Jean-Louis Denis a toujours orienté mes travaux dans une direction féconde et pertinente. Il m'a inculqué le doute scientifique sans jamais perdre patience ni perdre son flegme. Enfin, de nombreux amis ou collègues ont constamment soutenu ce travail grâce à nos échanges d'idées impromptus ou à leurs réflexions sur les ébauches de mes articles, notamment Daniel Campeau, Patrick Chabot, Kate Frohlich, Chantal Mannoni et Robert Leonard.

Deux organisations ont directement soutenu ce travail. D'une part, l'Université de Montréal, via le Département de médecine sociale et préventive ou le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, constitue un milieu académique dont les routines organisationnelles sont aidantes et stimulantes. Les

membres du personnel administratif m'ont toujours appuyé avec bienveillance, plusieurs subventions internes ont facilité ma progression, et lors des séminaires ou des conférences, les échanges avec les professeurs ont stimulé mon apprentissage de chercheur. D'autre part, ce travail a bénéficié d'une bourse doctorale du Programme national de recherche et développement en santé du Canada (PNRDS).

Finalement, je remercie profondément mes parents, André et Geneviève Pluye, qui m'ont inculqué le sens de l'effort sans jamais brimer ma nature de bon vivant. Ils ont toujours soutenu efficacement mes aventures et mes études, avec tact et discrétion. Grâce à eux, j'ai pu prendre des risques dont celui d'entreprendre à Montréal une deuxième formation doctorale.

Note

Dans ce travail, le genre masculin est appliqué aux êtres et aux choses sans rapport avec l'un ou l'autre sexe. De plus, le genre masculin est appliqué à tous les informateurs qui ont participé à cette étude pour préserver l'anonymat.

INTRODUCTION

En promotion de la santé, les programmes constituent des moyens d'action courants pour améliorer la santé des populations. Un programme constitue un ensemble d'activités et de ressources orientées vers des objectifs. Le déroulement des programmes est habituellement modélisé selon quatre étapes successives: planification, implantation, évaluation et pérennisation (type idéal du modèle étagé). La planification définit les ressources et les activités qui permettent d'atteindre les objectifs. L'implantation consiste en la mobilisation des ressources pour mettre en oeuvre les activités. L'évaluation examine la réalité de ces activités et de leurs effets. La pérennisation constitue le devenir des programmes, elle est centrée sur la continuation des activités relatives aux programmes. Pourtant, comme nous le verrons plus loin, ce modèle étagé est décevant sur le plan théorique et trompeur sur le plan pratique, notamment à propos de la quatrième et dernière étape. L'objectif de ce travail consiste à proposer un modèle théorique de la pérennisation qui pose les balises d'un nouveau modèle du déroulement des programmes.

Le modèle étagé représente mal la réalité empirique ou pratique du déroulement des programmes, et les problèmes associés à son utilisation ne sont pas nouveaux. Ce modèle offre comme avantages d'être simple et pédagogique : la représentation d'une succession d'étapes immuables et accomplies d'un seul tenant en facilite la vulgarisation dans des manuels. Pourtant, il demeure simpliste et débouche sur des prescriptions contradictoires. D'ailleurs, Scheirer (1994) propose des étapes « pour la clarté de la discussion mais en réalité les étapes se chevauchent » ou ne surviennent pas dans l'ordre ou souvent « requièrent de revenir en arrière à l'étape précédente » (p. 44). Selon Majone et Wildavski (1979), la distinction entre une première étape de planification et une deuxième étape d'implantation est « fatale » car la planification et l'implantation ne sont pas temporellement dissociables, en particulier on ne sait pas laquelle vient en premier (p. 178). Dit autrement, l'implantation ne se résume pas à l'application d'un plan, de nombreuses études « suggèrent que l'implantation est plus complexe » (Alexander, 1985, p. 407). La

planification de son côté peut consister en un exercice frustrant et démotivant lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune implantation. Par exemple, Hawe et Stickney (1997) ont examiné la formation d'une coalition inter-sectorielle qui n'a implanté aucune activité et qui a cessé de fonctionner après un an de planification intensive. Tout se passait comme si les membres essayaient de justifier leur présence dans la coalition avec « toute cette planification stratégique et tous ces documents de travail » (p. 220).

Cependant, en promotion de la santé, aucune solution satisfaisante n'est apportée aux problèmes associés au type idéal du modèle étapiste. Le principal problème réside dans la difficulté à prendre en compte la dimension du temps. Concernant l'implantation, Scheirer et Griffith (1990) indiquent « plusieurs chemins » possibles pour implanter les programmes (p. 176) et suggèrent qu'il est inadéquat d'étudier une « image instantanée » pour estimer ce qui contribue le plus à l'implantation (p. 176). Ils proposent de résoudre ce problème avec des études de cohortes (études épidémiologiques longitudinales) mais doutent de la généralisabilité de cette solution en raison de son coût élevé. Ce coût contribue probablement à expliquer pourquoi Nutbeam (1998) a recensé une seule étude longitudinale de qualité sur l'implantation.

Ces problèmes sont encore plus évidents dans les écrits sur la pérennisation. Selon le modèle étapiste, les programmes passent d'une étape à la suivante après une décision ponctuelle dont la rationalité est instrumentale, cette prise de décision étant fondée sur le savoir des experts et idéalement sur des données probantes. Ce modèle suggère que les programmes se pérennisent suite à une décision ponctuelle fondée sur le savoir des experts qui évaluent les programmes. En d'autres termes, seuls les programmes efficaces se pérennisent, c'est-à-dire les programmes pour lesquels les résultats des évaluations montrent que les activités accomplies permettent d'atteindre les objectifs. Comme nous le montrerons dans ce travail, plusieurs écrits empiriques vont à l'encontre de cette

assertion et mettent en doute l'existence de la pérennisation en tant qu'étape finale du déroulement des programmes dont la rationalité serait instrumentale.

Par conséquent, il faut se demander en quoi consiste la pérennisation sur les plans ontologique ou épistémologique, et nous pensons que répondre à cette question peut contribuer à forger un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes qui remplace le type idéal du modèle étapiste. Étant donné que mieux comprendre la pérennisation permet certainement de mieux l'influencer, la littérature en promotion de la santé suggère que cette question est importante pour les organisations et pour les acteurs impliqués dans les programmes. En l'absence de pérennisation, ces organisations et ces acteurs perdent leur investissement. Cette perte entrave leur mobilisation ultérieure pour d'autres programmes. La littérature suggère également que cette question est d'importance pour les chercheurs. L'étude des effets des programmes à long terme représente un défi des recherches sur l'efficacité de la promotion de la santé mais cette étude est rendue très difficile en l'absence de pérennisation.

Dans ce travail, la pérennisation est examinée principalement selon une perspective organisationnelle. La pérennisation des programmes dans les organisations est étudiée en référence au concept de routines organisationnelles qui constitue un concept-clé de la littérature sur l'apprentissage dans les organisations, ainsi qu'au concept de routinisation défini par Weber (1995). Autrement dit, le temps est pris en compte en observant à tout moment la présence ou l'absence d'activités routinisées auxquelles la routinisation des programmes conduit, et en examinant ce processus de routinisation via l'observation des événements critiques qui jalonnent le déroulement des programmes. Ces propositions théoriques sont développées dans un premier article qui aboutit à une conceptualisation de la pérennisation.

Compte tenu de cette perspective organisationnelle, ce travail contribue principalement aux connaissances sur les programmes de type

planification sociale ou combinant planification sociale et développement local. Selon le type idéal de la planification sociale, les intervenants du système de santé prennent les décisions, et les membres des communautés participent aux activités des programmes en tant que simples exécutants. Les programmes les plus fréquents en promotion de la santé combinent planification sociale et développement local, la prise de décision étant partagée entre les acteurs des organisations de santé et les membres des communautés (par exemple dans les coalitions communautaires). Dit autrement, ce travail contribue moins aux connaissances sur les nouveaux mouvements sociaux qui ne sont pas contrôlés par le système de santé. D'ailleurs, sous sa forme la plus radicale, le fonctionnement de ces mouvements ne se situe pas forcément dans un cadre programmatique, et il est plus anarchique que celui des organisations les plus indéterminées ou innovatrices.

Pour mettre à l'épreuve les propositions mentionnées, nous avons effectué une étude de cas multiple qui examine la déroulement d'un projet pilote en promotion de la santé du coeur dans cinq Centres locaux de services communautaires au Québec. Ce projet constitue le site rural du Projet québécois de démonstration en santé du coeur au sein de l'Initiative fédérale provinciale en santé du coeur. Il a bénéficié d'un financement fédéral et provincial pendant cinq ans. Les activités du projet étaient coordonnées par une Unité régionale de santé publique. Pour chaque centre, les activités étaient de type planification sociale ou de type développement local. Les premières étaient accomplies directement par les acteurs des centres, notamment la diffusion de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias. Les secondes étaient accomplies par des comités de bénévoles qui recevaient un soutien de la part des acteurs des centres, en particulier un soutien technique. Par exemple, les bénévoles organisaient des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire dans la population générale de leurs municipalités.

Dans un deuxième article, nous étudions les activités issues du projet qui sont potentiellement devenues des routines trois ans après la fin du financement fédéral et provincial. Dit simplement, nous avons examiné, au moment de l'enquête, dans quels centres le projet était routinisé. Pour ce faire, les caractéristiques des routines organisationnelles sont déduites de la littérature, et la routinisation du projet est définie comme étant la routinisation des activités du projet (les activités routinisées possédant toutes les caractéristiques des routines). Selon ces caractéristiques et selon les centres, nous avons observé une variation de ces activités en terme de présence ou d'absence d'activités routinisées. En somme, cet article propose un instrument d'observation des routines qui contribue au domaine des recherches sur les organisations.

Dans un troisième article, nous étudions le processus de routinisation du projet de manière rétrospective. Nous avons examiné les événements critiques qui ont ponctué la routinisation du projet dans les centres. Pour ce faire, des événements types sont déduits de la littérature dont deux événements spécifiques de la routinisation. Selon ces événements, selon les résultats précédents et selon les centres, nous avons observé une variation des processus depuis le début des activités relatives au projet. Pour arriver à ces événements, cet article combine une analyse de contenu des écrits empiriques sur la routinisation des programmes en promotion de la santé avec une méthode d'étude des processus organisationnels et une technique d'observation des événements critiques. Ce faisant, il propose une nouvelle méthode pour étudier les proverbiales boîtes noires des processus en promotion de la santé.

Tout ceci suggère un modèle de la pérennisation qui contribue à mieux représenter le déroulement des programmes que le type idéal du modèle étapeiste. Sur le plan théorique, notre modèle se situe à l'intersection des théories sociologiques de l'action, des théories des organisations et des théories de l'histoire. Sur le plan pratique, deux applications principales découlent de ce modèle. Il contribue à clarifier le diagnostic de continuation ou discontinuation

des programmes qui est habituellement porté dans les écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé. Il indique un pronostic de survie des programmes et il fournit des moyens pour le modifier que les acteurs des organisations peuvent mettre à profit en fonction de leurs intentions. Enfin, notre travail suggère qu'aux mains des ces acteurs, la rationalité de la pérennisation oscille entre celle du système administratif de santé et celle du monde vécu des gens ordinaires qui participent aux programmes de promotion de la santé. Notre proposition concernant cette médiation, par les acteurs des organisations, entre les systèmes administratifs et le monde vécu contribue de manière originale aux connaissances.

RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits explore le problème du type idéal du modèle étapiste, lequel représente de manière inadéquate le déroulement des programmes en promotion de la santé, et en particulier la pérennisation de ces programmes. Ce modèle consiste en une succession immuable d'étapes qui sont accomplies d'un seul tenant. Cette recension mobilise des écrits empiriques pour signaler des imperfections de ce type idéal. Elle mobilise ensuite la littérature sur les organisations pour intégrer ces critiques. Dans cette recension, le modèle étapiste est examiné selon deux perspectives. Selon une perspective ontologique, la succession idéale typique des étapes est mise en doute. Selon une perspective épistémologique, la rationalité instrumentale inhérente à cette succession est mise en doute à son tour. En particulier, la pérennisation des programmes constitue la dernière étape du modèle étapiste, et selon cette recension des écrits, elle n'est pas forcément réalisée d'un seul tenant, une fois l'étape précédente accomplie. Elle semble plutôt s'étaler durant tout le déroulement des programmes. Autrement dit, les écrits empiriques sur la pérennisation soulèvent des doutes concernant l'ordonnancement temporel des étapes de ce modèle, ils suggèrent que la succession des étapes n'est pas ordonnée, la rationalité de cette succession étant limitée.

1. LE MODÈLE ÉTAPISTE: PRISE DE DÉCISION PONCTUELLE ET RATIONALITÉ INSTRUMENTALE

Le modèle étapiste constitue la représentation théorique la plus courante du déroulement des programmes en promotion de la santé. Ce modèle met l'accent sur trois étapes-clés successives: planification, implantation, évaluation (Chenoweth, 1991; Coonan, Owen, & Worsley, 1991; Davis, 1982; Dignan & Carr, 1992; Fawcett et al., 1996; Green & Kreuter, 1999; Hawe, Degeling, & Hall, 1990; Kemm & Close, 1995; Laverack & Labonte, 2000; McKenzie & Smeltzer, 1997; Naidoo & Wills, 1994; Simnett, 1995). Lorsqu'elle est intégrée dans ce modèle, la pérennisation constitue la dernière étape du déroulement des programmes (Baun, 1994; Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999; Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993; Florin, Mitchell, & Stevenson,

1993; Goodman, Steckler, & Kegler, 1997; Goodman & Wandersman, 1994; Goodman, Wandersman, Chinman, Imm, & Morrissey, 1996; Nutbeam, 1996; Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997; Renaud & Gomez-Zamudio, 1998; Wandersman, Imm, Chinman, & Kaftarian, 2000). Une prise de décision ponctuelle et une rationalité instrumentale constituent les deux caractéristiques de ce modèle.

Premièrement, pour chaque programme, le type idéal du modèle étapiste suggère que les quatre étapes mentionnées surviennent une seule fois, selon un ordre immuable, et sont accomplies d'un seul tenant. Dit simplement, la succession de ces étapes repose sur l'existence d'une prise de décision ponctuelle à la fin de chaque étape, cette décision permettant le passage du programme à l'étape suivante. D'abord, l'étape de planification se termine par un plan, et le passage à l'étape suivante dépend de la décision de mettre en oeuvre le plan, décision prise notamment en fonction de la capacité à mobiliser des ressources. Puis, l'étape d'implantation s'achève avec la fin des financements communément appelés initiaux, et le passage à l'étape suivante dépend de la décision d'évaluer ce qui est implanté. Ensuite, l'étape d'évaluation se conclut par des résultats concernant le processus ou les effets des programmes. Enfin, la pérennisation commence avec une décision ponctuelle qui est prise après l'évaluation, en fonction des résultats de l'évaluation des programmes, notamment en fonction des résultats portant sur l'efficacité. Seuls les programmes efficaces sont pérennisés.

Deuxièmement, la rationalité du type idéal du modèle étapiste est instrumentale. Selon ce modèle, la rationalité est appliquée de manière technique avec un programme pour améliorer la santé des populations, comme elle est appliquée avec un médicament pour soigner un patient. L'étape de planification produit un plan de programme qui est implanté tel quel, et les déviations des activités accomplies, par rapport aux activités planifiées, constituent des erreurs ou des fautes techniques. En référence à Weber (1995), la rationalité instrumentale consiste en une rationalité selon des finalités ou selon des valeurs.

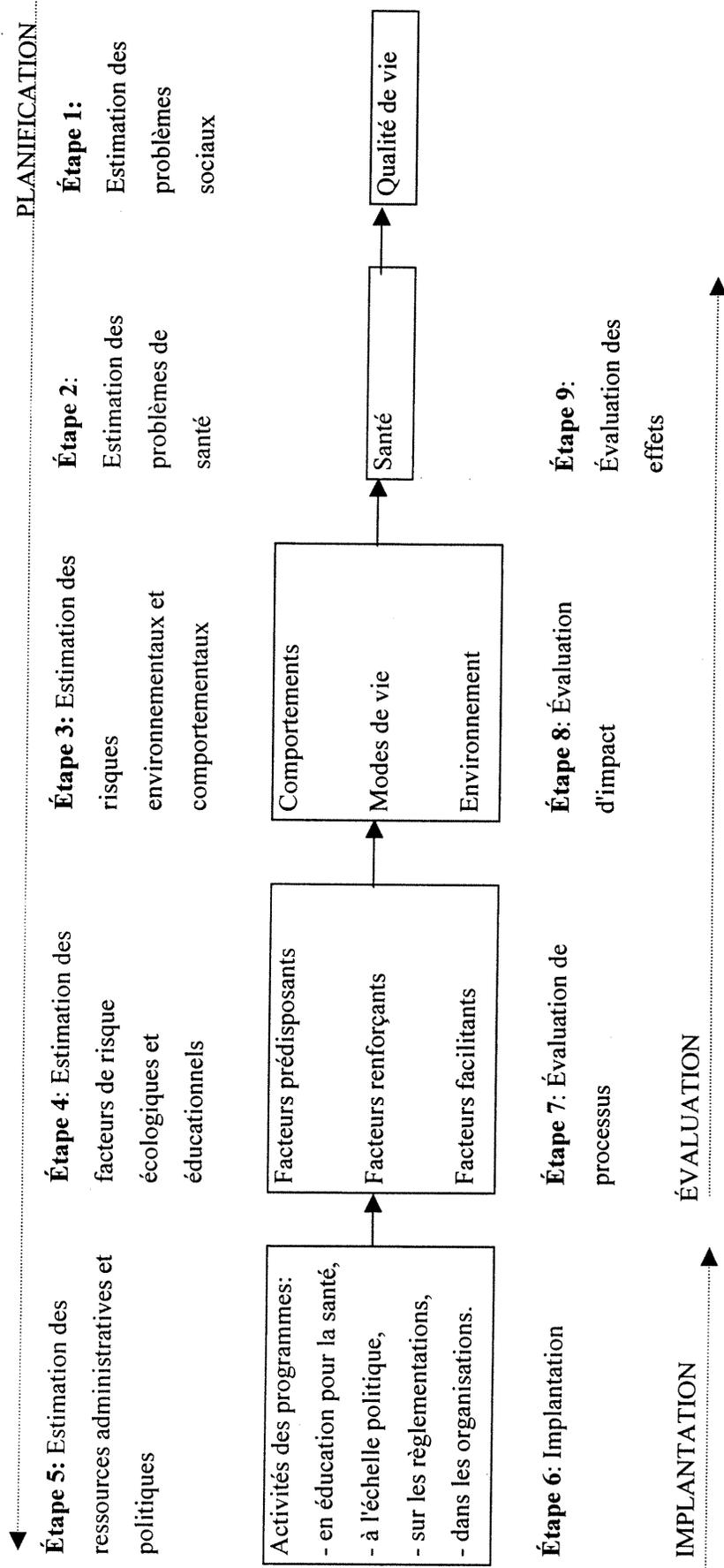
La rationalité en finalité signifie que les acteurs orientent les programmes en fonction de trois éléments: (1) une finalité telle que l'amélioration de la santé - ce qui constitue l'objectif -, (2) des moyens comme les activités des programmes, et (3) les conséquences subsidiaires de ces activités, par exemple les effets imprévus indésirables. Ces acteurs confrontent rationnellement, les moyens et les finalités, les finalités et les conséquences subsidiaires, et les diverses finalités entre elles. Lorsque des finalités et des conséquences sont concurrentes ou antagonistes, les programmes sont orientés de façon rationnelle par rapport aux valeurs des acteurs qui sont impliqués. Les analyses qui portent sur l'efficacité des programmes permettent d'appliquer la rationalité de manière typiquement instrumentale. Par exemple, selon le modèle étapiste, le passage de l'étape d'évaluation à l'étape de pérennisation repose sur la distinction, à partir de données probantes, entre les programmes efficaces qu'il faut pérenniser, et ceux qui ne le sont pas qu'il faut arrêter (Nutbeam, 1998).

2. LE MODÈLE ÉTAPISTE: SAVOIR DES EXPERTS ET LÉGITIMITÉ ÉTATIQUE

Le modèle PROCEED constitue le modèle étapiste qui est le plus souvent utilisé en promotion de la santé (Green & Kreuter, 1999). Ce modèle est prôné par de nombreuses institutions à travers le monde et il a inspiré d'autres modèles. Green et Kreuter (1999) ont recensé plus de sept cent publications sur les applications des différentes versions de ce modèle depuis trente ans. Le modèle PROCEED «prend en compte les multiples facteurs qui déterminent la santé et la qualité de la vie; il aide les planificateurs à centrer les interventions sur quelques facteurs» (p. 32). Ce modèle distingue neuf étapes du déroulement des programmes (figure 1). Dans cette recension des écrits, notre intention n'est pas de critiquer le modèle PROCEED. Nous prenons cette succession d'étapes au pied de la lettre en tant qu'illustration du type idéal du modèle étapiste pour critiquer ce dernier. D'ailleurs, les arguments de Green et Kreuter au sujet de l'étape d'évaluation soutiennent notre critique.

FIGURE 1

LE MODÈLE PROCEED
(D'APRÈS LE SCHEMA DE GREEN ET KREUTER, 1999, P. 35).



Les cinq premières étapes du modèle PROCEED constituent typiquement des étapes de planification des ressources, des activités et des objectifs des programmes en fonction des problèmes à résoudre. Concernant ces étapes, les problèmes sociaux et les problèmes de santé sont estimés, puis ces problèmes sont traduits en facteurs de risques et les ressources nécessaires pour diminuer ces facteurs de risque sont estimées. Autrement dit, le plan d'action complété à la fin de la cinquième étape prévoit que les ressources, une fois mobilisées, permettront d'accomplir les activités des programmes afin de modifier des facteurs de risque écologiques et éducationnels. Ces modifications diminueront la prévalence des facteurs de risque environnementaux et comportementaux. Cette diminution améliorera les problèmes de santé et cette amélioration contribuera à la résolution des problèmes sociaux. La sixième étape consiste en l'implantation ou la mise en oeuvre des activités des programmes en fonction du contexte administratif et politique. Les trois dernières étapes concernent l'évaluation des programmes. Dans ce modèle, les problèmes ou les facteurs sont examinés avec une enquête populationnelle ou une compilation des informations existantes, notamment épidémiologiques.

Le modèle PROCEED s'articule autour de trois étapes-clés et de la méthode du cadre logique. Les trois étapes-clés sont la planification (étapes 1 à 5), l'implantation (étape 6) et l'évaluation (étapes 7 à 9). La planification consiste à élaborer un plan d'action qui correspond à un cadre logique. L'implantation consiste à mettre le plan en oeuvre. L'évaluation compare ce qui est accompli avec ce qui était prévu dans le plan. La méthode du cadre logique permet de représenter les programmes à un moment donné. Cette méthode est enseignée dans les cours de gestion des programmes de santé publique, et elle est utilisée partout dans le monde pour représenter les programmes, notamment pour négocier avec des partenaires et pour mobiliser des ressources (Nancholas, 1998). Le cadre logique se résume en une matrice dont les colonnes indiquent les problèmes, les objectifs et les activités, et dont les lignes indiquent les hypothèses

et les principaux indicateurs de suivi (monitoring) en termes de résolution des problèmes, d'atteinte des objectifs et d'accomplissement des activités.

Comme mentionné pour le type idéal du modèle étapiste, le modèle PROCEED implique une prise de décision ponctuelle et une rationalité instrumentale. Premièrement, le passage d'une étape du modèle PROCEED à la suivante dépend d'une prise de décision ponctuelle (figure 1): décision portant sur les problèmes importants et prioritaires (entre les étapes 1 et 2), décision portant sur les facteurs importants et modifiables (entre les étapes 2 et 3 ou 3 et 4), décision portant sur les ressources (entre les étapes 4 et 5), décision portant sur la mise en oeuvre du plan d'action (entre les étapes 5 et 6). Cependant, le passage entre l'étape 6 d'implantation et l'étape 7 d'évaluation soulève un premier doute ontologique sur la succession immuable d'étapes qui surviennent d'un seul tenant. Ce passage signale une première imperfection du type idéal du modèle étapiste. «Lister l'évaluation comme la dernière étape est trompeur car l'évaluation constitue un processus continu qui commence dès le début de l'implantation» (Green et Kreuter, 1999, p. 42).

Deuxièmement, la rationalité du modèle PROCEED est instrumentale. L'état de santé d'une population est problématique, un diagnostic est posé, et l'application d'un programme de promotion de la santé contribue à résoudre le problème. Les programmes sont efficaces et pertinents par rapport à un diagnostic. *Efficacité*: Dans les années 1970s, le modèle précurseur de PROCEED était publié comme un modèle d'évaluation «coûts-bénéfices». Cette notion d'efficience a perduré à travers toutes les versions successives du modèle. *Pertinence*: Dans les années 1980s, les premières étapes du modèle consistaient en un diagnostic des problèmes et des besoins de santé. Green et Kreuter (1999) considèrent que «le terme diagnostic est approprié» mais ils ont remplacé, pour des raisons éditoriales, le terme diagnostic par le terme estimation dans la version la plus récente du modèle (p. 34).

De plus, cette rationalité repose sur le savoir des experts et elle est légitimée par l'État. Ce savoir et cette légitimité font en sorte que la rationalité instrumentale est appliquée sous une forme quasiment pure. D'une part, la rationalité du modèle PROCEED repose sur le savoir des experts. Les techniques d'estimation (étapes 1 à 5) et les méthodes d'évaluation (étapes 7 à 9) sont tellement sophistiquées qu'elles nécessitent une expertise, notamment épidémiologique. Par exemple, afin d'évaluer les programmes, l'atteinte des objectifs est mesurée en termes de diminution de la prévalence des facteurs de risque, d'amélioration des problèmes de santé ou de résolution des problèmes sociaux. Bien que le modèle soit centré sur les communautés depuis les années 1990s, «l'initiative et le contrôle sont en apparence seulement» passés des mains des experts à celles des «individus, des familles, des écoles et des entreprises» (Green & Kreuter, 1999, p. 17). En particulier, les coalitions communautaires constituent des «instruments» au service des experts pour mieux implanter les programmes (p. 15).

D'autre part, la rationalité du modèle PROCEED est légitimée par l'État. Dans les années 1970s, l'élaboration et la diffusion de ce modèle découlaient directement de deux lois de santé publique (Green & Kreuter, 1992; Kreuter, 1992). Le gouvernement fédéral américain a diffusé ce modèle et le «Center for Disease Control» a subventionné des programmes en éducation pour la santé à condition que ces programmes l'utilisent (Kreuter, 1992). Cette légitimité étatique signifie qu'en matière de promotion de la santé, le modèle PROCEED rend opératoire le contrôle de l'État sur les communautés ou sur les familles. Ce modèle illustre sur un mode opératoire la thèse de Fassin (1998) selon laquelle tous les champs sociaux sont envahis par les experts et par l'État au nom de la santé publique. « La production de la santé publique résulte d'une double opération de traduction du social dans le langage sanitaire » - étapes 1 à 3 du modèle PROCEED - et « d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public » - étapes 4 à 6 du modèle PROCEED - (Fassin, 1998, p. 15).

De manière générale, le type idéal du modèle étapiste rend opératoire la promotion de la santé dans les organisations, les communautés ou les familles, avec une légitimité étatique, notamment avec la légitimité du gouvernement fédéral au Canada (Epp, 1987; Labonte, 1994; Pinder, 1994; Stevenson & Burke, 1991; US-D.H.H.S., 1990; W.H.O., 1987). Selon Downie, Tannahill et Tannahill (1997), la promotion de la santé est «fortement normative pour persuader les gens d'adopter des modes de vie sains» qui sont établis en fonction du savoir des experts, et la promotion de la santé permet aux gouvernements de remplir leur devoir d'amélioration de la santé des populations «via les lois sur la santé, les politiques fiscales ou toute autre mesure» (p. 183). Pour sa part, Habermas (1987) parle de la «thérapeutocratie» de la santé publique qui infiltre le monde vécu des gens en dehors des systèmes administratifs (tome 2, p. 400). Dans la même veine, Lupton (1995) soutient que la promotion de la santé «gouverne les masses». «Il est clair que la santé publique et la promotion de la santé peuvent être conceptualisées comme des appareils gouvernementaux» (p. 10).

Tout ceci nous conduit à suggérer quatre caractéristiques du type idéal du modèle étapiste. La prise de décision ponctuelle correspond à la succession immuable de quatre étapes qui sont accomplies d'un seul tenant (planification, implantation, évaluation, pérennisation). La rationalité instrumentale du modèle repose sur le savoir des experts, et l'application de cette rationalité est légitimée par l'État. Parmi les écrits empiriques sur la pérennisation des programmes, deux suggèrent des critiques de ce modèle. Ils soulèvent respectivement un doute sur la succession des étapes et sur la rationalité.

3. LE MODÈLE ÉTAPISTE SELON LES ÉCRITS EMPIRIQUES SUR LA PÉRENNISATION

En promotion de la santé, la plupart des écrits empiriques sur la pérennisation des programmes s'inspirent du type idéal du modèle étapiste. Dans ces écrits, la pérennisation constitue l'étape finale du déroulement des

TABLEAU 1

**LA PÉRENNISATION SELON LE MODÈLE ÉTAPISTE
DU DÉROULEMENT DES PROGRAMMES**

Étapes du déroulement des programmes en promotion de la santé	
Bracht et al. (1994) « Minnesota Heart Health Program »	(1) Analyse des besoins de la communauté (2) initiation et design des programmes (3) implantation (4) évaluation (5) incorporation, maintien ou institutionnalisation*.
Paine-Andrews et al. (1996)	(1) Pré-planification (2) planification (3) implantation (4) institutionnalisation*.
Lefebvre et al. (1990) « Pawtuckwett Heart Health Program »	(1) Design (2) implantation (3) évaluation (4) institutionnalisation*.
Butterfoss et al. (1998)	(1) Formation (2) implantation (3) maintenance (4) effets et institutionnalisation*.
Thompson et al. (2000)	(1) Design (2) intervention (3) durabilité*.
Goodman et al. (1996)	(1) Formation de la coalition (2) implantation (3) raffinement du programme en fonction des résultats de l'évaluation (4) institutionnalisation*.

**Dans la littérature, les termes incorporation, institutionnalisation, durabilité et maintien constituent des synonymes du terme pérennisation (voir chapitre III).*

programmes, après la planification, l'implantation et l'évaluation (tableau 1). Bracht et ses collaborateurs ont examiné la pérennisation du «Minnesota Heart Health Program» dans diverses organisations comme des établissements de santé, des écoles et des coalitions communautaires (Bracht et al., 1994; Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999; Rissel, Finnegan, & Bracht, 1995). Bracht et al. (1994) suggèrent de pérenniser les programmes uniquement lorsque les résultats de l'évaluation sont favorables aux programmes; « tous les programmes ne méritent pas » d'être pérennisés (p. 246). À l'étape de pérennisation, les programmes sont des « succès » et « les problèmes rencontrés pendant l'implantation sont résolus » (Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999, p. 101).

Dans la même veine, Paine-Andrews, Fawcett, Richter, Berkley, Williams et Lopez (1996) ont examiné la pérennisation d'un programme dans des coalitions communautaires. Les résultats de l'évaluation ont facilité la pérennisation pour trois raisons. Ces résultats « démontraient » l'efficacité du programme en terme de changements de comportement, ils renforçaient la « crédibilité » du programme auprès de ses acteurs, et ils « fournissaient des données probantes » sur des conséquences subsidiaires comme la diminution de la fréquence des accidents de la circulation (p. 93).

Pour sa part, Lefebvre (1990) a étudié la pérennisation du « Pawtucket Heart Health Program » dans diverses organisations. Cet auteur conçoit la pérennisation des programmes comme l'étape finale de la mise en marché d'un produit (tableau 1). La prise de décision est ponctuelle et la rationalité est instrumentale. Les programmes sont prêts à être pérennisés lorsqu'ils sont « soigneusement évalués, lorsqu'ils sont efficaces, lorsqu'ils existent sous une forme utilisable par d'autres à un coût raisonnable, et lorsqu'ils sont conditionnés pour la vente de manière appropriée » (p. 221). Lefebvre soutient une rationalité instrumentale quasiment pure car il suggère de vendre les programmes de la même manière que les compagnies pharmaceutiques vendent leurs médicaments. La pérennisation consiste en un « défi de marketing social »

(p. 214). D'ailleurs, sans aller jusqu'au marketing, plusieurs auteurs suggèrent de tenir compte de la satisfaction des acteurs des programmes avant de prendre une décision en terme de pérennisation.

Thompson, Lichtenstein, Corbett, Nettekoven et Feng (2000) ont analysé la pérennisation d'un programme de lutte contre le tabagisme dans diverses organisations (tableau 1). Après plusieurs années d'intervention, les résultats de l'évaluation indiquaient que le programme diminuait de manière significative le nombre des fumeurs, et que les acteurs du programme « exprimaient un intérêt pour maintenir au moins quelques activités » (p. 355). Ces résultats ont conduit à pérenniser le programme.

Dans la même veine, Butterfoss et al. (1998) ont étudié la pérennisation d'un programme de vaccination dans des coalitions communautaires (tableau 1). La pérennisation a commencé après la publication des premiers résultats d'évaluation qui suggéraient que le programme était efficace en termes d'amélioration de la couverture vaccinale et de la participation communautaire. De plus, ces résultats indiquaient que les acteurs impliqués dans le programme étaient satisfaits.

Par ailleurs, l'étude de Goodman, Wandersman, Chinman, Imm et Morrissey (1996) illustre plus spécifiquement comment la rationalité instrumentale du modèle étagé repose sur une légitimité étatique et sur le savoir des experts. Ces auteurs ont étudié la pérennisation d'un programme de prévention des toxicomanies dans une coalition communautaire (tableau 1). Ce programme faisait partie d'un ensemble de programmes qui ont reçu une subvention du gouvernement fédéral américain pour changer à la fois les comportements individuels, les « influences familiales » et les « influences communautaires », en matière de toxicomanie (p. 39). Des experts ont « contrôlé la qualité du plan » en termes de spécificité des objectifs et de précision des activités ou des ressources (p. 46). Puis, les experts ont « suivi le développement de la coalition et encouragé

les ajustements nécessaires pour s'assurer que la coalition se développe conformément au plan» (p. 41). Par exemple, lors de l'étape d'implantation, les experts demandaient aux membres de la coalition de mieux appliquer le plan prévu lorsqu'ils «identifiaient des déviations par rapport au plan» (p. 42). Finalement, les experts ont évalué le programme et ils ont suggéré des stratégies de pérennisation sur la base des résultats de l'évaluation.

4. CRITIQUES DU TYPE IDÉAL DU MODÈLE ÉTAPISTE

Deux écrits empiriques sur la pérennisation suggèrent des critiques du type idéal du modèle étapiste. Premièrement, selon Paine-Andrews, Fisher, Campuzano, Fawcett et Berkley-Patton (2000) la pérennisation découle d'un processus décisionnel qui commence dès le début des programmes. Cette proposition va à l'encontre de la prise de décision ponctuelle qui est prise en fonction des résultats de l'évaluation et qui caractérise le passage de l'évaluation à la pérennisation selon le modèle étapiste. D'ailleurs, elle soulève un doute ontologique sur la succession des étapes qui sont accomplies d'un seul tenant selon ce modèle, notamment l'étape de planification. Paine-Andrews et al. ont étudié la pérennisation de deux programmes dans des coalitions communautaires. La pérennisation était planifiée de manière continue depuis le début de ces programmes. Les acteurs clés des programmes produisaient un rapport annuel qui incluait un plan de pérennisation. Pour ce faire, ces acteurs ont bénéficié du soutien d'experts en termes « d'assistance technique » et « de sessions de formation » (p. 251). Ces mises à jour annuelles des plans de pérennisation suggèrent que la planification continuait de manière répétée après la production d'un plan initial des programmes.

Deuxièmement, selon Steckler et Goodman (1989), la pérennisation des programmes dans les organisations dépend avant tout d'une coalition d'acteurs politiques au sein des organisations hôtes des programmes; elle repose sur une légitimité organisationnelle. Cette perspective politique soulève

des doutes au sujet de la rationalité instrumentale qui caractérise la prise de décision de pérenniser un programme selon le modèle étagé. Steckler et Goodman ont étudié la pérennisation de dix programmes dans diverses organisations et ils suggèrent que pendant l'implantation, un porte-étendard mobilise une coalition d'acteurs de manière à favoriser la pérennisation. À notre avis, cette notion de coalition d'acteurs politiques, sans l'exclure, n'est pas assimilable à la rationalité instrumentale. Par exemple, dans une coalition, les arguments sur l'efficacité sont des arguments parmi d'autres. Une coalition d'acteurs peut fort bien favoriser la pérennisation d'un programme qui est désiré par des clients mais dont l'efficacité n'est pas démontrée.

La littérature sur les organisations permet d'intégrer ces doutes dans une critique plus systématique des caractéristiques de ce modèle. Cette littérature est mobilisée car les programmes de promotion de la santé se déroulent avant tout dans des organisations qui sont communément appelées les organisations hôtes des programmes: établissements de santé, écoles, entreprises, coalitions ou groupes communautaires (Baun, 1994; Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999; Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993; Chenoweth, 1991; Coonan, Owen, & Worsley, 1991; Davis, 1982; Dignan & Carr, 1992; Florin, Mitchell, & Stevenson, 1993; Goodman, Steckler, & Kegler, 1997; Goodman & Wandersman, 1994; Goodman et al., 1996; Green & Kreuter, 1999; Fawcett et al., 1996; Hawe, Degeling, & Hall, 1990; Kemm & Close, 1995; Laverack & Labonte, 2000; McKenzie & Smeltzer, 1997; Naidoo & Wills, 1994; Nutbeam, 1996; Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997; Renaud & Gomez-Zamudio, 1998; Simnett, 1995; Wandersman et al., 2000).

5. PRISE DE DÉCISION ET RATIONALITÉ DANS LES ORGANISATIONS

Les caractéristiques du type idéal du modèle étagé s'opposent une à une avec les caractéristiques de la prise de décision et de la rationalité dans les organisations (tableau 2). Dans les organisations, la prise de décision n'est pas

ponctuelle mais processuelle. La rationalité est limitée, elle est légitimée par une coalition d'acteurs politiques et elle repose sur un savoir en action.

TABLEAU 2
PRISE DE DÉCISION ET RATIONALITÉ SELON LE MODÈLE ÉTAPISTE
ET DANS LES ORGANISATIONS

	Type idéal du modèle étapiste	Organisations
Prise de décision	Prise de décision ponctuelle	Processus décisionnels
Rationalité Légitimité Savoir	Rationalité instrumentale Légitimité étatique Savoir des experts	Rationalité limitée Coalition d'acteurs politiques Savoir en action

5.1 PROCESSUS DÉCISIONNELS

La littérature sur les organisations soutient la notion de processus décisionnels et s'inscrit en porte-à-faux de la notion de prise de décision ponctuelle qui caractérise le modèle étapiste. Dans une organisation, les décisions sont incluses dans des processus décisionnels, elles ne constituent pas des éléments isolables dans le temps, par rapport à d'autres décisions, ni des éléments isolables dans le monde social, par rapport à d'autres processus décisionnels dans et hors de l'organisation (Langley, Mintzberg, Pitcher, & Posada, 1995). Les décisions sont inextricablement entrelacées avec les activités comme «dans une boule de neige» (p. 265). Appliquée aux programmes en promotion de la santé, cette déconstruction de la notion de prise de décision ponctuelle signifie que le principe de fonctionnement des systèmes administratifs est battu en brèche à l'échelle des organisations. Dans le système de santé, les responsables des programmes sont supposés prendre une décision et obtenir l'autorisation de leurs supérieurs hiérarchiques avant d'implanter les programmes avec leurs subordonnés. Dans les organisations où les programmes se pérennisent, les décisions ne surviennent pas à des moment précis dans le temps, elles sont

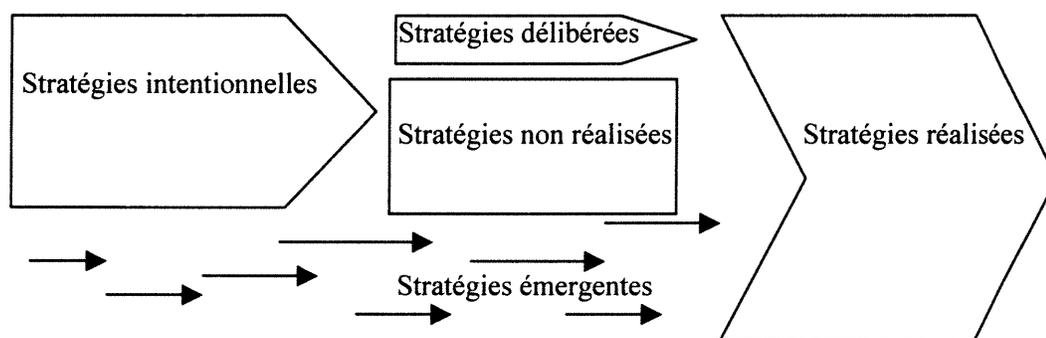
entrelacées avec les activités des programmes. Les décisions et les activités convergent vers un point final en suivant une trajectoire générale, un processus décisionnel. À leur tour, ces processus décisionnels soulèvent des doutes au sujet de la succession d'étapes qui surviennent d'un seul tenant selon le type idéal du modèle étapiste en promotion de la santé. Langley et al. (1995) proposent de ne plus «concevoir la prise de décision comme une série d'étapes», notamment le diagnostic de la situation initiale «cesse d'être une étape distincte» (p. 266). Dit simplement, la planification continue après la production d'un plan initial.

Dans les organisations, la planification concrétise des stratégies d'action en termes d'objectifs, d'activités pour atteindre ces objectifs et de ressources nécessaires pour accomplir ces activités. Selon Mintzberg (1994), les stratégies et les plans évoluent avec le temps, de manière concomitante au déroulement des activités organisationnelles. «La recherche empirique nous a appris que la formation des stratégies constitue un processus fondamentalement dynamique» (p. 252). De manière métaphorique, «les stratégies se développent dans les organisations comme les mauvaises herbes dans un jardin» (p. 294). Les plans sont d'ailleurs périodiquement mis à jour pour refléter cette évolution dynamique. En accord avec cette évolution, les trois rôles de la planification, en tant que programmation stratégique, sont les suivants: (1) la planification concrétise et met à jour les stratégies disponibles en termes d'objectifs, d'activités et de ressources; (2) la planification constitue un moyen privilégié de communication et de coordination entre les acteurs; (3) de manière corollaire, la planification peut servir à contrôler l'action (Mintzberg, 1994).

Cette évolution dynamique de la planification est caractérisée par l'émergence de nouvelles stratégies et par l'abandon de stratégies non réalisées (figure 2). Mintzberg (1994) suggère que l'émergence de stratégies d'action est fréquente, l'émergence signifiant que «la forme qui apparaît n'a pas été expressément voulue» ou prévue (p. 40). Seule une stratégie sur dix serait mise en oeuvre avec succès, les autres étant abandonnées au fur et à mesure. En référence

à Mintzberg, le modèle étapiste ne représente pas ce qui se passe réellement. Ce modèle suggère que les stratégies réalisées découlent nécessairement des stratégies intentionnelles ou délibérées qui sont incluses dans le plan clôturant l'étape de planification. Or dans les organisations, la planification est continue, les stratégies sont fréquemment émergentes ou abandonnées, et peu de stratégies intentionnelles ou délibérées sont réalisées (figure 2).

FIGURE 2
LES DIFFÉRENTES FORMES DE STRATÉGIE
(D'APRÈS LE SCHÉMA DE MINTZBERG, 1994, P. 41).



Cette notion de planification continue est en adéquation avec l'étude de Paine-Andrews et al. (2000) et la mise à jour annuelle des plans de pérennisation des programmes. Cette notion conteste l'existence d'une étape de planification dont le résultat est immuable et qui est temporellement bornée par un début et par une fin. Cette critique s'ajoute à celle de Green et Kreuter (1999) sur l'étape d'évaluation, et elle renforce nos doutes ontologiques sur l'existence de la succession de quatre étapes qui surviennent d'un seul tenant selon le type idéal du modèle étapiste. Elle indique une imperfection de ce modèle en terme de représentation adéquate du déroulement des programmes en promotion de la santé.

5.2 RATIONALITÉ LIMITÉE

La littérature sur les organisations soutient le concept de rationalité limitée et va à l'encontre de la rationalité instrumentale qui caractérise le type idéal du modèle étapiste. Dans les organisations, le concept de rationalité limitée ne signifie pas que les acteurs sont « consciemment ou délibérément irrationnels », ce concept signifie que la rationalité instrumentale n'est jamais pure pour deux raisons (Simon, 1992, p. 3). Les informations disponibles sont limitées par rapport aux informations idéales dont devraient disposer les acteurs pour prendre des décisions purement instrumentales, et les capacités de traiter ces informations sont limitées par rapport aux capacités idéales. « Ni les connaissances, ni les pouvoirs de calcul » ne permettent aux êtres humains d'atteindre « une adaptation optimale des moyens en fonction des fins » (p. 3). La recherche de solutions parmi un ensemble d'options ne couvre jamais le spectre complet de toutes les options possibles, cette recherche est forcément sélective. « Nous ne pouvons pas penser toutes les choses simultanément, nous simplifions les problèmes et les décisions » (p. 6).

Par rapport à la rationalité instrumentale que nous avons définie en référence à Weber (1995), Simon (1992) ajoute que la rationalité instrumentale est quasiment pure lorsque le domaine d'action est spécifique et lorsque l'action nécessite une expertise. La rationalité instrumentale repose sur trois « principes »: (1) la méthode d'analyse consiste à confronter les moyens et les fins; (2) l'action dépend « du savoir spécifique des experts »; (3) plus le domaine d'action est spécifique, plus la recherche de solutions est sélective et efficiente (p. 108). Par analogie avec les programmes informatiques, Simon définit la rationalité comme une résolution de problème. Par exemple, les médecins connaissent des milliers de problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. La rationalité médicale consiste à comparer les problèmes connus avec les problèmes des patients. Elle est appliquée avec une action diagnostique, pronostique ou thérapeutique. En ce sens, la rationalité de l'expert professionnel qui travaille

dans une organisation dont le domaine d'action est spécifique, comme un oncologue dans un hôpital universitaire, constitue la situation la plus proche d'une rationalité purement instrumentale.

Autrement dit, la rationalité est limitée lorsque le domaine d'action est peu spécifique ou lorsque l'action requiert peu d'expertise, notamment dans les organisations dans lesquelles se déroulent des programmes en promotion de la santé. D'une part, la promotion de la santé ne constitue pas un domaine d'action spécifique ou une discipline (McQueen, 2001). Elle vise l'amélioration de la santé qui reste un « concept nébuleux » (Nettleton & Burrows, 1997, p. 43). Elle vise à la fois l'acquisition de comportements individuels sains, la création de milieux de vie sains, l'élaboration de politiques publiques saines, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation des services de soins de santé en faveur de la promotion de la santé (W.H.O., 1987). D'autre part, les experts en promotion de la santé ne constituent pas une catégorie professionnelle, au sens sociologique du terme, et leurs pratiques sont rarement fondées sur des données probantes (McQueen, 2001; Nettleton & Burrows, 1997; Nutbeam, 1998).

5.3 COALITIONS D'ACTEURS POLITIQUES

Dans les organisations, en plus d'être limitée, la rationalité est légitimée par une coalition d'acteurs politiques. Cyert et March (1970) ont proposé la notion de coalitions dominantes pour interpréter le fonctionnement des organisations. Pour leur part, Eisenhardt et Zbaracki (1992) indiquent deux perspectives complémentaires majeures pour expliquer la prise de décision dans les organisations: la rationalité limitée et les raisons politiques. Selon la perspective politique, les organisations rassemblent plusieurs coalitions d'acteurs dont les intérêts sont divergents et dont les choix sont influencés par les acteurs qui ont du pouvoir. Dans la même veine, Hage (1999) soutient que les coalitions d'acteurs politiques constituent une contingence dominante dans les organisations.

En promotion de la santé, cette notion de coalition d'acteurs politiques indique que les organisations ne consistent pas en de simples courroies de transmission des lois et mesures gouvernementales. La légitimité étatique ne suffit pas à expliquer le déroulement des programmes dans les organisations. Dans chaque organisation, une coalition influence ce déroulement. Cette notion est en adéquation avec les observations montrant qu'un programme de promotion de la santé s'implante dans certaines écoles et pas dans d'autres écoles similaires (MacDonald & Green, 2001).

D'ailleurs, cette notion de coalition d'acteurs politiques est en adéquation avec les critiques du modèle étapiste qui sont suggérées par Steckler et Goodman (1989). Dans les organisations, la rationalité instrumentale est limitée, elle constitue une des contingences dont les acteurs des programmes tiennent compte pour prendre des décisions. Étant limitée, la rationalité instrumentale ne peut pas s'imposer aux acteurs des programmes comme le ferait une rationalité instrumentale pure. Tout se passe comme si les arguments des experts, notamment sur l'efficacité des programmes de promotion de la santé, constituent des arguments parmi d'autres arguments, notamment politiques, pour influencer le déroulement des programmes dans les organisations. Cette assertion est soutenue par la notion de savoir en action qui suggère que le savoir des experts est inclus dans le savoir en action des acteurs des programmes.

5.4 SAVOIR EN ACTION

La notion de savoir en action signifie que le savoir évolue et s'adapte en fonction de l'action. Dans les organisations, le savoir en action consiste à mobiliser le savoir issu d'une réflexion sur l'action ou sur les fondements de l'action (Argyris, 1993; Charue-Duboc, 1995; Lant & Mezias, 1996; Virany, Tushman, & Romanelli, 1996). Par exemple, selon March et Simon (1993), les activités organisationnelles satisfont à des critères qui se modifient avec le temps. Lorsque ces activités ne satisfont plus un critère, « une action est

initée pour y remédier » (p. 197). Cette notion de savoir en action est particulièrement développée dans les écrits sur l'apprentissage dans les organisations.

L'apprentissage organisationnel combine différents modes de mobilisation du savoir, lequel est explicite ou tacite (Leroy & Ramanantsoa, 1997; Nonaka, 1994). Par exemple, l'expérimentation mobilise un savoir explicite qui entraîne des changements cognitifs et comportementaux. Ce savoir modifie les routines organisationnelles. Puis, la socialisation des acteurs mobilise ce savoir de manière tacite. Les acteurs intériorisent ce savoir (internalisation). En particulier, les nouveaux acteurs apprennent et perpétuent ces routines organisationnelles par simple exposition aux routines existantes, sans avoir besoin d'explication. La réflexion des acteurs sur ces routines est ensuite susceptible à tout moment de transformer le savoir tacite en savoir explicite (externalisation). Ce savoir explicite peut être l'objet d'une évaluation ou le point de départ d'une nouvelle expérimentation.

Les écrits sur l'apprentissage organisationnel se réfèrent à diverses disciplines telles que la psychologie, le management, la sociologie et l'anthropologie (Dogson, 1993; Easterby-Smith, 1997). À notre avis, distinguer des aspects d'ordre plus cognitif et d'ordre plus normatif permet d'intégrer ces perspectives disciplinaires pour définir le savoir en action.

Aspects cognitifs: À partir d'une recension des écrits, Easterby-Smith (1997) indique que l'apprentissage dans les organisations repose sur le savoir en termes de capacités cognitives des acteurs des organisations, que ce savoir est mémorisé, et que ce savoir est en action car les acteurs se développent et apprennent de leurs propres expériences autant qu'ils apprennent à partir des expériences accomplies par les autres. Huber (1996) définit les aspects cognitifs du savoir en action de la manière suivante. Le savoir dans les organisations est acquis par la réflexion des acteurs sur leurs expériences dans les organisations ou

il est acquis par l'imitation d'autres acteurs appartenant à d'autres organisations. Ce savoir est enrichi par le savoir de nouveaux acteurs ou par le savoir issu de la recherche, notamment des recherches évaluatives.

L'apprentissage organisationnel améliore habituellement la productivité des entreprises en fonction du temps. Plus une organisation produit la même chose, moins elle a besoin de temps pour le faire. Le savoir explicite ou tacite s'améliore avec le temps et l'action. Par exemple, Epple, Argote et Devadas (1996) ont étudié la chaîne qui mène à la production d'un camion. « Le nombre d'heures de travail par camion diminue selon une pente décroissante [jusqu'à un plateau] avec l'augmentation du nombre de camions produits » (p. 88). Dans cet exemple, cette fonction n'a pas été significativement modifiée par l'introduction d'une deuxième unité de production dans laquelle la proportion de nouveaux acteurs était importante. Ce résultat indique l'importance de la socialisation et de l'internalisation. Les nouveaux acteurs ont rapidement appris des anciens. Tout s'est passé comme si, mêlés aux anciens, les nouveaux acteurs s'étaient comportés aussitôt comme des anciens.

Cependant, l'apprentissage organisationnel n'améliore pas forcément l'efficacité des organisations et le savoir en action ne s'améliore pas forcément de manière progressive. Pour rester efficace, les organisations maintiennent un équilibre entre l'exploitation des savoirs existants et l'exploration de nouveaux savoirs (March, 1996). Le savoir en action évolue également par à-coups sous l'influence d'expériences positives ou négatives. March, Sproull et Tamuz (1996) ont étudié l'apprentissage qui est survenu à l'occasion d'événements rares et critiques dans cinq organisations. Ces auteurs suggèrent l'importance « de très petits échantillons d'expériences » pour expliquer l'apprentissage et le savoir en action dans les organisations (p. 1). Dans la même veine, Sitkin (1996) indique l'importance des échecs et de leur analyse pour faire évoluer le savoir dans les organisations et pour améliorer ainsi l'apprentissage.

Aspects normatifs: L'apprentissage organisationnel se déroule dans un contexte social de pouvoir ou de règles, et dans un contexte culturel de valeurs ou de croyances (Easterby-Smith, 1997). Le savoir en action peut être concrétisé par des connaissances normatives documentées et stables qui sont mobilisées en cas d'urgence. Par exemple, Hutchins (1996) a étudié en profondeur ce qui est survenu lorsqu'un navire s'est trouvé subitement dans l'impossibilité de prévoir sa route automatiquement. Les acteurs de cette organisation ont alors prévu la route à suivre en appliquant manuellement une règle mathématique « normative » (p. 48). Ils avaient appris cette règle mais ils ne l'utilisaient plus car les instruments de navigation sont automatisés. Ils avaient mémorisé cette règle et ils l'ont appliqué lorsqu'ils en ont eu besoin.

De plus, les connaissances normatives varient en fonction des contextes organisationnels. Par exemple, Brown et Duguid (1996) suggèrent que l'action se réfère non seulement à un savoir explicite et à des règles documentées comme des manuels de procédures, mais se réfère également à un savoir qui est partagé de manière narrative entre les acteurs, dans le feu de l'action. À partir de l'analyse secondaire des données sur l'apprentissage dans une organisation, ces auteurs indiquent que l'apprentissage repose avant tout sur le partage d'une douzaine d'anecdotes qui détaillent tout ce qui régit les habiletés des acteurs de l'organisation et la collaboration entre les acteurs. Les algorithmes de décision sont peu utilisés car ils supposent à tort que « les machines sont prévisibles et que les processus de diagnostic et de réparation ne sont pas problématiques lorsqu'on suit aveuglément les instructions » (p. 61).

Pour leur part, Cook et Yanow (1996) définissent l'apprentissage organisationnel comme l'acquisition, le maintien ou la modification d'un savoir d'ordre culturel qui repose sur des valeurs et qui se concrétise en artefacts. La culture organisationnelle constitue un ensemble de valeurs ou de croyances avec leurs artefacts (mythes, symboles, métaphores et rituels). Ces derniers concrétisent un savoir culturel transmissible. Un nouvel acteur acquiert ce savoir

dans l'action quotidienne. À partir de l'étude de trois organisations concurrentes, ces auteurs suggèrent que ce savoir est en action car il est créé, partagé et modifié par les acteurs des organisations.

Dans la même veine, Weick et Roberts (1996) ont étudié l'esprit de groupe qui règne sur le pont d'un porte-avion. Dans cette organisation, la socialisation rapide des nouveaux acteurs est cruciale pour la sécurité collective. D'ailleurs, la socialisation des nouveaux constitue une occasion pour re-socialiser les anciens et pour mobiliser un savoir mal mémorisé. « Les nouveaux servent de prétexte aux anciens pour reconstruire ce qu'ils ont su mais oublié » (p. 342). L'aspect normatif culturel du savoir est illustré par des aphorismes entendus sur le pont comme « si ce n'est pas écrit, tu peux le faire » ou « regardes les nuages quand le ciel est clair » (p. 342). Ce savoir est en action, il s'adapte quasi-instantanément à toutes les situations, y compris les scénarios imprévus. Un savoir statique ou machinal serait catastrophique. Un porte-avion constitue une organisation qui est centrée sur une attention de tous les instants pour réduire les risques et « tenter de ne tuer personne » (p. 331).

La notion de savoir en action indique que le savoir des experts constitue une des composantes du savoir en action ou une des contingences de l'action. Dans les organisations, le savoir des experts est inclus dans les aspects cognitifs et normatifs du savoir en action. En promotion de la santé, cette notion suggère que le savoir des experts est inclus dans le savoir en action des acteurs des programmes.

6. CONCLUSION

Les arguments et les résultats des recherches présentées dans cette recension des écrits mettent en doute l'existence de la succession immuable de quatre étapes qui surviennent d'un seul tenant, telle que cette succession est proposée par le type idéal du modèle étapiste pour représenter le déroulement des

programmes en promotion de la santé. L'existence d'une étape d'évaluation qui est temporellement bornée par la fin de l'implantation et par le début de la pérennisation est contestée par les auteurs qui font autorité dans le domaine (Green & Kreuter, 1999) et par d'autres recherches (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001). L'existence d'une étape de planification qui s'achève lorsque l'implantation débute est contestée en référence à la littérature sur les organisations (Mintzberg, 1994). D'ailleurs, le déroulement du programme de promotion de la santé du coeur en Karélie du Nord est représenté selon trois composantes - planification, implantation, évaluation - qui «sont souvent survenues simultanément» (Puska et al., 1996, p. 102). Cette double contestation soulève à son tour des doutes sur la survenue d'un seul tenant des étapes d'implantation et de pérennisation, respectivement après l'étape de planification et celle d'évaluation.

De plus, sur un plan épistémologique, cette recension des écrits constitue une critique de la rationalité instrumentale selon le type idéal du modèle étapiste. Cette rationalité ne suffit pas pour expliquer le déroulement des programmes en promotion de la santé. En référence à la littérature sur les organisations, la rationalité est limitée, elle est légitimée par une coalition d'acteurs politiques, et elle repose sur un savoir en action. D'ailleurs, cette formulation de la rationalité est en adéquation avec l'étude de MacDonald et Green (2001) sur l'implantation d'un programme dans des écoles. Dans chaque école, le soutien du personnel scolaire était crucial pour donner une légitimité au programme puis pour le développer. Le programme était planifié dans l'action car «la planification vient après l'action initiale et non avant» (p. 762).

Tout ceci suggère que les quatre étapes se répètent de manière non ordonnée dès le commencement du déroulement des programmes. Ce désordre rend difficile de les différencier. Si l'ordre de la succession des étapes de planification, d'implantation, d'évaluation et de pérennisation n'est pas temporellement déterminé, en quoi consiste ces étapes et comment les distinguer? L'étude de ces questions ontologiques est l'objet principal de ce travail. Pour

répondre au moins en partie à ces questions et pour contribuer ainsi à mieux représenter le déroulement des programmes, la pérennisation est particulièrement examinée.

La pérennisation sera conceptualisée en termes de routines et de processus organisationnels, des moyens seront proposés pour l'apprécier à un moment quelconque du déroulement des programmes, et une nouvelle méthode sera proposée pour l'apprécier de manière longitudinale et rétrospective. Cette conceptualisation est l'objet du premier article qui est fondé sur une analyse critique des écrits en promotion de la santé. Dans ces écrits, la pérennisation est le plus souvent étudiée dans les organisations. Le contraste entre ces écrits et la littérature sur les organisations permet de formuler des propositions théoriques. La pérennisation se matérialise à tout moment par la présence ou par l'absence de routines organisationnelles issues des programmes et dont les conditions d'apparition résident dans des processus organisationnels. L'étude de ces routines à un moment quelconque du déroulement des programmes est l'objet du deuxième article. Celle des processus longitudinaux qui conduisent à ces routines est l'objet du troisième article.

**ARTICLE 1 - MAKING PUBLIC HEALTH
PROGRAMS LAST: CONCEPTUALIZING
SUSTAINABILITY**

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2002).

Making public health programs last: Conceptualizing sustainability.

Soumis à Evaluation and Program Planning.

Cet article présente le cadre théorique que nous avons développé pour rendre compte des critiques faites au modèle étapiste. Un ensemble de propositions préliminaires à la formulation actuelle a été publié dans un article paru en 2000 et disponible à l'annexe 1.

Making public health programs last: Conceptualizing sustainability

Authors

Pierre Pluye, M.D., M.Sc., Louise Potvin, Ph.D., Jean-Louis Denis, Ph.D.

Affiliation

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculty of Medicine, University of Montreal

Correspondence

Pierre Pluye

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Faculty of Medicine, University of Montreal

P.O. Box 6128, Downtown Station, Montreal (Quebec), Canada, H3C 3J7

Telephone (514) 343-6111 extension 5481 - Fax (514) 343-2207

E-mail: Pierre.Pluye@umontreal.ca

Co-authors

Louise Potvin

Telephone (514) 343-6142 - Fax (514) 343-2207

E-mail: Louise.Potvin@umontreal.ca

Jean-Louis Denis

Telephone (514) 343-6031 - Fax (514) 343-2207

E-mail: Jean-Louis.Denis@umontreal.ca

ABSTRACT

In public health, programs constitute a particularly important method of improving the health of populations. However, knowledge on program sustainability has two major lacunae. The first concerns the social structures within which programs are sustained. The existing literature suggests two perspectives for the examination of sustainability, one organizational and the other community-based. However, only one organizational social structure is used as a tool of analysis: routines. The second lacuna concerns the temporal aspect of the sustainability process. This process is typically conceived of as the final stage of program development after the planning and implementation stages. This "stage" model does not allow one to take account of the fact that sustainability must be prepared in advance, concomitantly with planning and implementation. These structural and temporal dimensions ground our propositions for the re-conceptualization of sustainability. According to the literature on organizations, we define two social structures relative to sustainability, one organizational (routines) and one institutional (standards), so as to facilitate the analysis of two sustainability processes: routinization and standardization. This in turn suggests the existence of degrees of sustainability. We then emphasize how sustainability processes are concomitant with those of implementation and planning, and we explore the events characterizing these processes. Finally, standards, routines and the concomitance of processes are integrated together in a conceptual framework of the program sustainability.

Keywords

Public health planning, health promotion programs, sustainability, routinization, organizational routines, organizational learning, institutionalization.

INTRODUCTION

In public health, programs constitute a worldwide current method of improving the health and welfare of populations (Beauregard, 1995; Nancholas, 1998). Although knowledge on program planning, implementation, and evaluation is abundant (Wholey, Hatry, & Newcomer, 1994; Zuniga, 1994), that of program sustainability, tends to be contradictory and fragmented. Actors involved in programs usually consider program sustainability to be a priority (Altman, Endres, Linzer, Lorig, Howard-Pitney, & Rogers, 1991), but anyone who wishes to sustain a program will encounter contradictory recommendations and will not find any ready-to-use method available for evaluating the degree of sustainability. The process is little known, and consequently, difficult to evaluate and control. It is difficult for interveners to know how and when to influence the sustainability of "their" program, for decision-makers to know how and when to evaluate it, and for researchers to study it. This article proposes a model for the re-conceptualization of program sustainability.

The concept of sustainability refers to the continuation of a program (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). The literature in health promotion utilizes numerous synonyms for sustainability. This profusion of terminology and work is testament to the significant desire for better comprehension of the phenomenon. The notions of appropriation, incorporation, integration, institutionalization and routinization represent the most common synonyms (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997). Other terms used, albeit less often, to discuss the sustainability of a program include adoption, colonization, consolidation, durability, embedding, longevity, maintenance, nesting, permanence, perpetuation, persistence, survival and viability (Altman, 1995; Bracht & Kingsbury, 1990; Bracht et al., 1994; Florin, Chavis, Wandersman, & Rich, 1992; Goodman & Steckler, 1989; Lefebvre, 1990; Lichtenstein, Thompson, Nettekoven, & Corbett, 1996; O'Loughlin, Renaud,

Richard, Sanchez Gomez, & Paradis, 1998; Thompson, Lichtenstein, Corbett, Nettekoven, & Feng, 2000; Weisbrod, Pirie, & Bracht, 1992).

Sustainability raises at least three important issues for health promotion. Firstly, given that there is a latent period of fifteen or twenty years between interventions and their effect on population health, programs that have been sustained allow the study of interventions' long-term effects (Altman, 1995; Crowley, Yu, & Kaftarian, 2000; Jackson, Altman, Howard-Pitney, & Farquhar, 1989; Lackey, Welnetz, & Balistreri, 2000; Lichtenstein et al., 1996; O'Loughlin et al., 1998; Roussos & Fawcett, 2000; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989; Weisbrod, Pirie, & Bracht, 1992). Secondly, were programs perceived as being beneficial for the health of the targeted population, a failure of sustainability would entail an investment loss for the organizations and people involved (Goodman, Steckler, Hoover, & Schwartz, 1993; O'Loughlin et al., 1998; Rissel, Finnegan, & Bracht, 1995; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989; Yin, 1979). Thirdly, discontinued community programs pose obstacles to subsequent community mobilization (Goodman et al., 1993; Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998).

Sustaining a program consists in continuing it, either in an identical manner or with changes: "an overall program may not be worth sustaining, particular interventions might well be" (Altman, 1995, p. 527). A sustained program is defined by a set of durable activities and resources aimed at objectives (Scheirer, 1994). A close examination of the literature permits the identification of two dimensions in which lacunae in our knowledge of sustainability are tangible: one structural, the other temporal.

The first dimension concerns the social structures within which programs are sustained. The literature offers two perspectives from which to judge sustainability. According to the organizational perspective, sustainability is the continuation of the program by means of the normal, or routine, operations of

an organization. The community perspective, on the other hand, is concerned with structures that remain in the community after the termination of a program and that are controlled by the community. However, authors usually fail to differentiate between the social structures that characterize sustainability in organizations (the routines) and the social structures that characterize sustainability in the communities. Were these structures differentiated, two types of sustainability processes would be defined: one organizational and one community-based.

The second important dimension to be considered concerns the temporal aspect of the sustainability process, which is normally conceptualized as the final stage of program development, after the planning and implementation stages. This "stage" model has the advantage of being simple but it is theoretically deceptive and practically artificial because it does not take account of the frequent adjustments that punctuate program development and influence its implementation and sustainability.

These structural and temporal dimensions form the framework for our propositions concerning the conceptualization of program sustainability in health promotion. In this article, we define routines as the organizational structures of program sustainability both within communities and within organizations, and we define standards as institutional structures eventually superimposed upon the routines. Routines and standards, respectively, allow the analysis of two sustainability processes, routinization and standardization. Moreover, routines and standards suggest the existence of three degrees of sustainability: absence of routine, presence of routines and presence of standardized routines. We then argue that sustainability processes are concomitant with the processes of implementation and planning. In this concomitancy perspective, a distinction between the events specific to each process is required. Thus, we explore these specific events by which

sustainability and implementation processes are characterized. Finally, we integrate these propositions into a conceptual framework of sustainability.

SOCIAL STRUCTURES OF SUSTAINABILITY

In the health promotion literature authors normally differentiate between program sustainability within health or education organizations from that within community coalitions or groups (Altman, 1995; Bracht et al., 1994; Jackson, Fortman, Flora, Melton, Snider, & Littlefield, 1994; Lefebvre, 1990; Lichtenstein et al., 1996; O'Loughlin et al., 1998; Rissel, Finnegan & Bracht, 1995; Thompson et al., 2000; Wickizer, Wagner, & Cheadle, 1998). This distinction echoes the social structures in which the programs evolve and are sustained. The literature in health promotion does not discriminate between two social structures, one organizational and one community-based. These structures, in turn, could be used to capture two types of sustainability, one in organizations and one in communities. Social structures are here conceived as abstract tools of analysis such as elements, relations or concepts, that take account of the "social reality" at a given moment (Mendras, 1989). For example, Altman (1995) differentiates between program sustainability in organizations and in communities, but he does not make explicit the differences and similarities between the structures that allow the analysis of sustainability in organizations and, those that allow such analysis in communities. In our opinion, however, he concentrates upon only organizational changes that stem from programs. As for Bracht et al. (1994), they distinguish sustainability in health or education organizations from that in community coalitions. They do not, however, define similarities and differences between the structures that permit the analysis of sustainability in organizations and those that would allow the study of sustainability in community coalitions. Their work suggests that sustainability consists in transferring responsibility for a program from one organization over which the community has little or no power, to an organization over which it does. Thus, it seems that it matters little whether one refers to organizations or

communities in the analysis of sustainability, discussions are focused on the organizational sustainability processes.

The preponderance of the organizational perspective is not surprising if one accepts the broad meaning currently attached to organizations. Referring to Friedberg's (1997) definition of organizations, community groups or coalitions constitute organizations just like public health administrations. An organization is a form of organized collective action, with fuzzy borders and whose members' wishes do not necessarily coincide. Indeed, the tools of organizational analysis can be applied to the study of community groups or coalitions (Boulte, 1991). In this broader meaning of organizations, several authors, while discussing program sustainability within communities, suggest that programs are sustained, above all, within organizations such as community groups or coalitions that allow community members to control or influence a program, or what remains of it (Flynn, 1995; Kaye, 1990; Maton & Salem, 1995; McMillan, Florin, Stevenson, Kerman, & Mitchell, 1995; Murray, 1986; Paine-Andrews, Fawcett, Richter, Berkley, Williams, & Lopez, 1996; Williams & Olano, 1999). For example, the first element in the training curriculum of the thousands of volunteers and professionals involved in the Block Booster health promotion program is entitled "establishing a strong organizational structure" (Kaye, 1990, p. 153). A coalition is generally formed by health professionals and community leaders at the initiative of a health organization. It is an alliance between people or organizations, whose aims typically differ, but who pool their resources to effect changes, something each one cannot achieve by itself (Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993; Crozier-Kegler, Steckler, Herndon Malek, & McLeroy, 1998; Gamson, 1961; Wandersman, Valois, Ochs, de la Cruz, Adkins, & Goodman, 1996). For example, Kinne, Thompson, Chrisman and Hanley (1989) maintain that a program is clearly sustained when the coalition formed for its implementation continues to operate even though the professionals have withdrawn from it. In our opinion, the literature on program sustainability in health promotion is centered on sustainability within organizations even when

distinctions are made between programs developed in communities or in organizations. Thus, the tools of organizational analysis are highly relevant in the analysis of any program sustainability.

In terms of organizational program sustainability, the studies by Yin (1979) are authoritative (Goodman & Steckler, 1989; Steckler & Goodman, 1989). According to Yin (1979), sustainability is a question of routinization and manifests itself in organizational routines. "When an innovation has become a stable and regular part of organizational procedures and behavior, it is defined as having become routinized " (p. 55). The concept of routinization was first proposed in the 1920's by the sociologist Max Weber (1995). Routinization is a process of rationalization, which assures that a social activity or relation is established ideally and materially on a durable basis, i.e., routine. To explain routinization, Weber turned to the notion of domination, which constituted the source of legitimate authority in collective action, this domination being of bureaucratic or charismatic ideal type. Bureaucratic domination is based on explicit rules or knowledge, and those who exercise it by these means have the legal right to give orders. Charismatic domination is affective and based on irrational knowledge. This domination is grounded in the submission to the heroic virtue, or exemplary worth, of a person. The gravitation of people towards a leader constitutes an example of the charismatic domination. These two types of domination were similarly interpreted and applied by Weber outside any context of totalitarian authority. Charismatic domination, for example, can influence the democratic electoral process to the extent that one leader personifies a political party. Weberian routinization refers to the bureaucratization of charismatic domination, the latter naturally tending to rely on bureaucratic domination so as to improve its efficiency and reproduce itself. In the non-authoritarian context of health promotion programs, the bureaucratic and charismatic types of domination are exemplified respectively by, the power within organizations to control the routines associated with the sustained program, and the program's champion. In terms of program sustainability, the champions' key

role is to mobilize a coalition of actors or leaders within organizations to routinize programs (Steckler & Goodman, 1989). In Weberian terms however, the charisma of the champion must be routinized through organizational bureaucratic processes if it is to survive. Sustainability relies on routines, whether the champion remains involved or not.

We suggest, therefore, that sustained programs are primarily routinized within organizations. The social structure that characterizes program sustainability is an organizational routine. So, whether the will to ensure sustainability is located within communities or within public health organizations, the programs intended to be sustained must be picked up by some form of organized action, an organization. It is true that concrete situations are complex, that they do not correspond neatly to a bureaucratic or charismatic ideal type. An example of the former ideal type would be public health organizations employing paid professionals, and an example of the latter would be volunteer-based health promotion community groups led by a champion. Concrete situations are a mix of both. For example, Nezelek et Galano (1993) use organizational tools of analysis to study health promotion coalitions. Volunteers as well as public health professionals were involved in these state-wide coalitions. The fact that ideal types do not exist does not weaken our argument concerning the routinization process. Indeed, one could hypothesize that small community groups' routines are less complex and less intense than those of large health organizations, as the former are based on a rudimentary administrative apparatus and fewer resources.

Moreover, an organizational routine is, by definition, durable. The regularity of social activities becomes customary when activities depend on routines (Weber, 1995). Learning leads to routines, and the literature on organizational learning allows the definition of organizational routines in terms of memory, adaptation, values and rules (Pluye, Potvin, & Denis, 2000; Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2002). A routine is an action or a typical procedural operation. It is integrated in an organization like the memory of actions or

procedures shared by the actors. It is adapted to suit its effects. It reflects the values, beliefs, codes or cultures, by means of symbols, rituals and language. It adheres to rules that govern action and decision-making such as manuals of procedure, rules of information transmission or plans. This conception of routines and routinization leads to a first proposition (figure 1).

Proposition 1: Routinization constitutes the primary process permitting the sustainability of programs within organizations. Organizational routines allow the analysis of the program sustainability. Memory, adaptation, values and rules define organizational routines.

Organizational routines help to resolve the problem of recognizing the social structures of program sustainability. Nonetheless, this is not sufficient if we seek to truly understand sustainability. To focus solely on routines would lead to a dichotomous vision of program sustainability: the existence or absence of routines stemming from a program. The literature suggests that there exist other structures for the analysis of sustainability, structures that are institutional rather than organizational.

In health promotion, several authors use the notions of institutionalization and routinization as synonymous (Goodman & Steckler, 1989; Goodman et al., 1993; Goodman, Steckler, & Kegler, 1997; O'Loughlin et al., 1998; Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997; Rissel, Finnegan, & Bracht, 1995; Steckler & Goodman, 1989; Thompson & Winner, 1999). This is normal since organizations and institutions are intertwined social structures. Social institutions permeate organizations and they are operationalized by organizations that seek to make them as efficient as possible (Jepperson, 1991). Classically, institutions represent society's "rules of the game" (Jepperson, 1991), they carry the external constraints internalized by actors, they constitute processes that are both normative and cognitive "which apply in a definite social system and define what is and is not legitimate in this system" (Mendras, 1989, p. 93). As for

institutionalization, it is “a process by which certain social relationships and actions come to be taken for granted, and a state of affairs in which shared cognition define what has meaning and what actions are possible” (Powell & DiMaggio, 1991, p. 9). Institutionalization comes about through the elaboration of social system-wide principles, norms, laws and rules (Lefebvre, 1990). Without denying the interconnectedness of organizations and institutions, differentiating them permits not only the identification of different types of sustainability, but also, different degrees of sustainability. Neo-institutionalism casts some light on this issue.

According to neo-institutionalists, institutions are social structures of a higher order than organizations (Clemens & Cook, 1999). Programs, technologies and function, at the level of the organization, may reflect state level institutions. For example, emergency services in all hospitals utilize state-defined formulae (Powell & DiMaggio, 1991). Stated otherwise, some programs are institutionalized at a higher level than that of the organization (Powell & DiMaggio, 1991). Such programs are said to be constrained by institutional standards. These standards are generally public and exist legally for the social good (Ingram & Clay, 2000; Stinchcombe, 1997). For example, legal institutional standards regulate economic competition between companies. Institutional standards constrain organizations or actors directly (Jepperson, 1991).

In health promotion, a healthy public policy is a legal institutional standard. It may constrain organizations' routines or actors directly. For example, in Quebec, the law on smoking obliges employers to post signs forbidding smoking (www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac). This obligation introduces new routines into organizations. Healthy public policies are policies explicitly concerned with health promotion (Milio, 1988; McKinlay & Marceau, 2000; Pentz, 2000). Like all institutions, healthy public policies are durable (Goumans & Springett, 1997). A program may be considered sustained if it is integrated into organizational routines, into an existing policy, or if it introduces a new policy

(Baum & Cooke, 1992; Ouellet, Durand, & Forget, 1994). For example, the Virginian vaccination program, which was first pilot in one municipality, was further extend to the eighty-eight municipalities of the state (Butterfoss et al., 1998). We hypothesize that this statewide intervention policy and institutional standard creates conditions for a more robust sustainability than routines in any single organization. Without denying the interconnectedness of institutions and organizations, neo-institutionalism suggests a second ideal type of social structure for the analysis of program sustainability, namely institutional standards. These standards suggest, in turn, a second process of sustainability, notably standardization of programs.

Therefore, that there exist two social structures, routines and standards, to analyze program sustainability, we suggest that each indicates a certain degree of sustainability. Under the hypothesis that institutional standards are more durable than organizational routines, the former are associated with a higher degree of sustainability than the latter. Obviously, the more a program is sustained, the more durable it will be. Conversely, the longevity of a particular program says little about its sustainability, because the program could disappear at any time.

Classically institutions are stable, institutional changes are rare and come about in a radical manner after the mobilization of the population or after hierarchical authoritarian decisions. This echoes Lefebvre's (1990) suggestion that institutions represent a maximal and final degree of sustainability in health promotion. However, neo-institutionalists claim that institutions are not the paragons of stability they were believed to be. Institutions change in a progressive manner, as a result of learning (Clemens & Cook, 1999). Changes may come about under the influence of the State, organizations or individuals (Ingram & Clay, 2000). Although institutional standards do not correspond to a final degree of sustainability, however, we may assume that they are more resistant to change than are organizational routines. A standardized routine is

more sustained than a routine that is not standardized. The former is integrated within a normative system that is more durable than the routine itself. This conception of standardization leads to a second proposition (Figure 1).

Proposition 2: Standardization constitutes the secondary process permitting the sustainability of programs. This process is superimposed upon the primary process of routinization. Institutional standards such as healthy public policies allow the analysis of the program sustainability.

Insert the Figure 1 here

TEMPORALITY OF THE SUSTAINABILITY PROCESSES

The development of a program is usually modeled as a linear sequence of three processes, planning, implementation, and sustainability, of which the sustained program is the culmination (Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999; Butterfoss et al., 1998; Goodman & Steckler, 1989; Goodman et al., 1993; Lackey, Welnetz, & Balestrieri, 2000; Lefebvre, 1990; Lichtenstein et al., 1996; O'Loughlin et al., 1998; Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001; Thompson et al., 2000). In this "stage" model, the processes follow one another chronologically, like three successive stages with minimal overlap. The first stage, planning, includes (1) defining both objectives and the activities necessary to achieve them, (2) obtaining resources, notably funding, and (3) elaborating a working schedule. The planning stage culminates in a plan that corresponds to a logic model (Cooksy, Gill, & Kelly, 2001; Nancholas, 1998; Julian, Jones, & Deyo, 1995; Wholey, 1994). "Logic models are unique in communicating the relationship of program resources and operations to outcomes in a simple picture" (Cooksy, Gill, & Kelly, 2001, p. 121). The second stage, implementation, begins by putting the planned interventions to work. The temporal limits of the implementation stage coincide with the passages both from planning to implementation, and from implementation to sustainability. Implementation starts with external or

temporarily earmarked funding. The resources necessary for the pursuit of activities are either under the responsibility of local organizations, in the case of external financing, or incorporated into the core budget, in the case of earmarked funding. The cessation of external or earmarked financing corresponds to the end of the implementation stage and, if the activities continue, to the beginning of the sustainability stage. The third stage, the sustainability stage, begins with a financing transition, which comes about, in general, after three to five years of implementation.

This "stage" model is theoretically deceptive and practically artificial. It suggests that a sustainability stage naturally follows successful planning and implementation stages. Sustainability means that "problems in implementation have been encountered but have, hopefully, been dealt with successfully" (Bracht, Kingsbury, & Rissel, 1999, p. 101). This model does not take account of the recursive or reflexive character of sustainability and learning, or of the continuous adjustments that shape the sustainability process. The arbitrary nature of the boundaries between the stages testifies to the fact that sustainability begins with the conception of programs and suggests that the "stage" model of program development is problematic.

To base the demarcation between the implementation and sustainability stages on a financing transition is arbitrary. For example, the evaluation of the program financed by the Kaiser family foundation raised three issues (Wickizer, Wagner, & Cheadle, 1998). (1) The first lies in the overlap of the implementation and of the sustainability stages when external financing is prolonged. At the end of the foreseen financing period, and contrary to expectations, the experimental sites of the Kaiser project had not secured the necessary external or community financing for the programs, and initial financing was prolonged by two years. Therefore, the end of the initial financing had nothing to do with the passage from implementation to sustainability. (2) The second issue resides in the arbitrary choice of the sources of external financing

used during the transition between the implementation and the sustainability stages when the financing sources are multiple. At the end of the period of prolongation of initial funds, most sites of the Kaiser project had secured financing: some were receiving community funds, one benefited from another form of external financing, and others had access to various sources of financing. Multiple financing was indicative of the vitality of the sustainability process and clouded the passage from implementation to sustainability. Usually, program actors profit from initial financing in order to obtain complementary funding. (3) The third issue is the problem of the meaning of sustainability when implementation stops at the end of the initial external funding. After prolongation of the initial funds, a single site of the Kaiser project had found its own funds sufficiently stable to maintain all program activities and six others had an average of 25% of initial funds. In our opinion, when the continuation of programs is far beyond the means of the community, the end of external financing represents the end of a false sustainability process, and not only the beginning of a sustainability stage: sustainability may be prevented by "too much" external funding (Lafond, 1995; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). These three issues suggest that a "stage" model of program development makes it difficult or problematic to know when to influence, evaluate or study sustainability conditions.

Indeed, we believe the "stage" model of program development can lead to contradictory recommendations with regards to methods of influencing sustainability. In a "stage" model, what is sustained, in theory, prolongs that which was implemented, and thus sustaining a program consists in finding the means to reinforce, and make last, that which was implemented. This may result in contradictory recommendations. For example, Lichtenstein et al. (1996) suggested combining paid staff and volunteers, whilst Thompson et al. (2000), for the same program, recommended paid staff only. The implementation of this program depended on both paid staff and volunteers. A year after the end of external funding of the program, Lichtenstein et al. (1996) continued to recommend a "staff-volunteer" combination as the way towards sustainability.

Two years later, given the attrition amongst the volunteers, Thompson et al. (2000) recommended paid staff only. Stated otherwise, to influence sustainability, a “stage” model emphasizes what can be done given what has been implemented. We, on the other hand, claim that the means of influencing sustainability are to be determined through the critical examination of what becomes of the achievements realized during implementation. Thus, it is necessary to re-conceptualize the trajectory of programs.

We propose that program planning, implementation and sustainability are not distinct and successive stages orderly fixed, but are concomitant processes. We define a process as a sequence of events. The concomitance of the processes resolves the arbitrariness of the temporal distinctions between them and clarifies how sustainability processes may be influenced. Indeed, authors suggest conceiving of sustaining programs as a process that begins with program planning and implementation. Altman (1995) suggests that sustaining programs in the community requires collaboration (beginning with the planning stage) with the professionals or volunteers that represent the community. Jackson et al. (1994) put a sustainability strategy in place beginning with program implementation because the initial aim is “to create a self-sustaining health-promotion structure embedded within the organizational fabric of the communities, that continues to function” after the end of initial funding (p. 385). Finally, Steckler and Goodman (1989) suggest that program sustainability within organizations is a process that begins with implementation: the actors interact with the program during their daily routines and a champion rallies a coalition which supports the continuation of the program.

This conceptualization of implementation and sustainability as concomitant processes is congruent with Yin's (1979) conclusions. According to him, implementation and routinization are not completely separate, and the end of initial external funding represents “only a part of a much more complex set of organizational changes” that is associated with routinization (p. 112). Yin also

claims that routinization is a process that combines several types of events, of which at least two can come about with the beginning of implementation: the continuation of the program after some turnover of personnel, or its continuation after technological renewal or updating. Personnel turnover can come about at any time during program implementation, and certain technologies have very short renewal or updating cycles.

What is more, this "concomitancy" conceptualization is congruent with the literature on planning. Planning does not stop when implementation begins. It reflects a process of continued forecasting of activities and resources in relation to program objectives (Pineault & Daveluy, 1986). Planning is to implementation as ideas are to actions (Alexander, 1985; Majone & Wildavsky, 1979; Ottoson & Green, 1987). It both prescribes and reflects the implemented services (Majone & Wildavsky, 1979). Planners carry out a synthesis of the whole program and analyze its elements, while leaving room for intuition (Mintzberg, 1994). In this sense, planning combines already planned and emergent strategies that allow for innovation. The "concomitancy" conceptualization suggests that sustainability could be an object of planning from the very beginning of the program so as to anticipate problems and prevent withdrawals. In other words, we supplement Mintzberg's proposals with the suggestion that planning allows one to reconcile or foresee the transition between innovations and routines. Indeed, as suggested by Green and Kreuter (1999), preliminary inquiries and needs assessments are true preludes to implementation and sustainability when such inquiries are both social and epidemiological, behavioral and environmental, educational and ecological, administrative and political. All of this leads us to a third proposal (schematized in the parallel arrows in Figure 1).

Proposition 3: The processes of planning, implementation and sustainability are concomitant.

The conceptualization of planning, implementation and sustainability as concomitant processes suggests that health promoters should engage in a reflexive practice, as defined by Argyris and Schön (1978; 1999). According to these authors, the reflexive practice requires that program actors within organizations critically scrutinize their actions. This conceptualization is capable of resolving the problem of lack of means to influence sustainability processes, for it places program sustainability in the manner of implementation among the preoccupations of interveners or decision-makers. In order to influence sustainability processes, it is necessary to plan the program from the very beginning, such that as many durable resources as are necessary for long-term survival are implemented. Indeed, Goodman et al. (1993) suggest that it is necessary to have enough timely resources available to implement and sustain a program. As for Jackson et al. (1994) and Wickizer, Wagner, and Cheadle (1998), they attribute the majority of sustainability failures to the inadequacy of long-term resources. In our concomitancy perspective, what is planned and implemented also depends on what is sustained. It thus involves a teleological reversal relative to the "stage" model. Nonetheless, this conceptualization raises the problem of the specificity of sustainability processes relative to implementation.

It does not suffice to admit to the concomitance of these processes: one has to be able to distinguish sustainability processes from implementation. Given that processes are chronological sequences of events, the distinction between implementation and sustainability resides in the presence of events specific to each of the processes. In fact, if every implementation event is potentially a sustainability event, and if one does not distinguish specific sustainability events, then one risks blindly influencing, evaluating or studying those events that are conducive to implementation as if they were events conducive to sustainability. Now, the same event may have different effects on different processes. Using the example of resources, normally it is thought that the more resources there are, the better the program is implemented. Sometimes,

however, “too much” external resources may be unfavorable to sustainability (Lafond, 1995; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

In order for the "concomitancy" conceptualization to be useful, therefore, either specific events have to be associated with each process, or some events have to be shown to influence different processes in different directions. To explore the existence of events specific to each process, the contributions of Pluye, Potvin, and Denis (2000) and Yin (1979) on sustainability processes were juxtaposed with those on implementation of Scheirer and colleagues (Roberts-Gray & Scheirer, 1988; Scheirer, 1994). This juxtaposition suggests types of events that are specific to sustainability, types of joint events that are common, serving as bridges, so to speak, between sustainability and implementation, and types of events that are specific to implementation. By way of illustration, types of event are listed in table 1. For example, three specific events that favor sustainability are (1) the maintenance of financial resources that guarantee supplies, (2) the maintenance of technologies and their updating through a long-term contract, and (3) the maintenance of *ad hoc* training. By way of another example, a specific event that favors implementation is the minimization of disruption caused by a program to existing work techniques and rules of the host organization. Based on this juxtaposition, we deduce a fourth proposition.

Proposition 4: Certain specific events influence sustainability and others implementation. Others influence both implementation and sustainability, representing joint events between the two processes. The presence of these events suggest means by which to influence, evaluate and study the processes of program sustainability.

Insert the table 1 here

THE CONCEPT OF SUSTAINABILITY: ROUTINES, STANDARDS AND THE CONCOMITANCE OF PROCESSES

Our critical analysis of theoretical and empirical studies of sustainability along two problematic lines, social structure and temporality, suggests the following definition (Figure 1). Sustainability may be limited to organizational routines or may give rise to legal institutional standards that are more durable. These routines and standards permit the analysis of two sustainability processes: routinization (primary sustainability process) and standardization (secondary process). These processes are concomitant with the processes of planning and implementation. Sustainability processes are influenced by specific events, and by joint events which constitute “bridges” between implementation and sustainability.

There are two limits to this conceptualization. It neglects actors and does not address the role of evaluation. First, it evokes a structural-functional theory of disembodied social action, in which events seem only contingent, while in reality, strategic actors certainly come into the picture (Pluye, Potvin, & Denis, 2000). Second, it bypasses those contributions in health promotion that suggest that only effective programs should be sustained: “not every program or intervention is worth sustaining and thus sustainability may be premature when efficacy is not established” (Altman, 1995, p 527). In keeping with the literature on organizational learning we suggest that results of evaluation and efficacy studies form but “one of the contingencies that feed a process of organizational learning which, itself, is more directly responsible for sustainability” (Potvin & Gauvin, 2000, p. 55). Put otherwise, program sustainability does not necessarily depend on proof of effectiveness. These proofs are less useful when results confirm the anticipated effectiveness, or if the actors do not internalize the results. Conversely, program sustainability will not be favored if the results indicate the absence of efficacy or if the actors believe there has been a failure. “More interactive reporting practices best facilitate organizational learning;...; this issue may ease as evaluators begin to use alternative methods of communicating and

reporting more regularly;...; beyond the traditional skills of research design, data collection and analysis, we speak of negotiation, facilitation, coaching, articulation of issues, cocreation of conclusions, and dialogue" (Torres, 1994, p. 339). Thus, an undesirable effect of this "concomitancy" conceptualization of planning, implementation, and sustainability, would be to have program sustainability regarded as an end in itself, regardless of effectiveness, a risk already highlighted by Green (1989) or Hawe, King, Noort, Gifford, and Lloyd (1998). We believe, however, this undesirable effect can be prevented by reflexive practice or by evaluation.

Finally, our conceptualization suggests three degrees of sustainability according to the presence of organizational routines or institutional standards (Figure 1). Until now, attempts at discriminating between different degrees of routinization were made using an instrument to measure organizational routine that remains controversial (Goodman, McLeroy, Steckler, & Hoyle, 1993; Barab, Redman, & Froman, 1998; Pluye et al., 2002; Scheirer, 1993). The conceptual framework that we propose may straightaway be made operational in terms of three degrees of sustainability (Figure 1). (1) Weak sustainability – absence of routine or standard: Some activities from the program are continued but they are not the object of any routine in an organization and they are not reflective of any standard. (2) Medium sustainability – presence of non-standard routines: the program is continued via routines in organizations, but these routines are not integrated into institutional standards. (3) Strong sustainability – presence of standardized routines: These routines are standardized, for example, being integrated into a healthy public policy.

A CONCLUSION, BY WAY OF AN EXAMPLE

By way of conclusion suppose that interveners decide to examine the sustainability of a health promotion program. The activities related to the program have been conducted by interveners in a local community health center.

These interveners have met and recruited volunteers from local community groups to form a coalition. According to our model, the interveners could conclude that program sustainability is weak if they continue some heart health promotion activities, stemming from the program, without supervision or targeted budget. They also could conclude that program sustainability is medium if there is a job description concerning their heart health promotion activities, and if resources to pursue them are provided through the core budget of the community health center, indicating the presence of routines. They could finally conclude that program sustainability is strong if these activities are integrated into heart health policy at the regional or state level, indicating the presence of standardized routines. Imagine, further, that the interveners could recall a specific event related to the program sustainability, namely the integration of the funding of these activities into the core budget of the center. According to our model, the interveners could reinforce the sustainability of the program by introducing a new rule relative to heart health promotion within the community health center.

This article began by stating that authors focus on organizational structures to analyze health promotion program sustainability within communities or within organizations. Referring to Weber (1995) and Yin (1979), we identified routinization as the primary sustainability process. Thus, organizational routines are considered as tools to analyze sustainability and we derived the characteristics of these routines from the literature on organizations. We noted also that some authors suggest a higher order of sustainability, and according to the neo-institutionalists, we propose that institutional standards, such as healthy public policies, may also be considered as tools to analyze sustainability. So, we propose that standardization constitutes the secondary process of program sustainability, superimposed upon the routinization. We continue by questioning the relevance of the current "stage" model of health promotion program development. In this model, program development follows a linear sequence of three processes, planning, implementation and sustainability. Examples are shown where this model does not seem to represent the empirical world and may

lead to contradictory recommendations for practice. Thus, according to some health promotion studies, and to the planning literature, we propose that planning, implementation and sustainability constitute three concomitant processes. Finally, in order to support our "concomitancy" conceptualization, we explore the existence of some specific events, either implementation or sustainability ones, by juxtaposing studies on implementation events with studies on sustainability events.

All of this gives us a theoretical representation of both (1) sustainability processes, namely routinization or standardization, and (2) different degrees of program sustainability: non-routinized activities, routines, or standardized routines. All of this also shows that action can be taken to influence events from the very beginning of programs, and throughout their development, in order to make them last. Distinguishing routines and standards clearly identifies two levels of action conducive to the sustainability of a program: organizations and policies. Thinking of program sustainability primarily in terms of organizational routines, places it within reach of all health promoters. Further, thinking of sustainability in terms of institutional standards ultimately allows interveners to act on healthy public policies. This conceptualization may help interveners, decision-makers and researchers to integrate the future of programs into their preoccupations, to reconcile innovations and routines, and to become more reflexive in their practice.

ACKNOWLEDGEMENTS

Pierre Pluye holds a doctoral training scholarship from the National Health Research and Development Program (NHRDP # 6605-5358-47). Louise Potvin holds the chair in Community approaches and health inequality of the Canadian Foundation for Research on Health Services and the Canadian Institutes for Health Research (CFRHS-CIHR # CPI-052605). Jean-Louis Denis holds the chair in Transformation and governance of health organizations

(CFRHS-CIHR # CPI-052505). The authors would like to thank Daniel Campeau, Katherine Frohlich, Robert Leonard, and Chantal Mannoni, for their comments on previous versions.

FIGURE 1
PROGRAM SUSTAINABILITY: COMPONENTS OF THE "CONCOMITANCY" CONCEPTUALIZATION

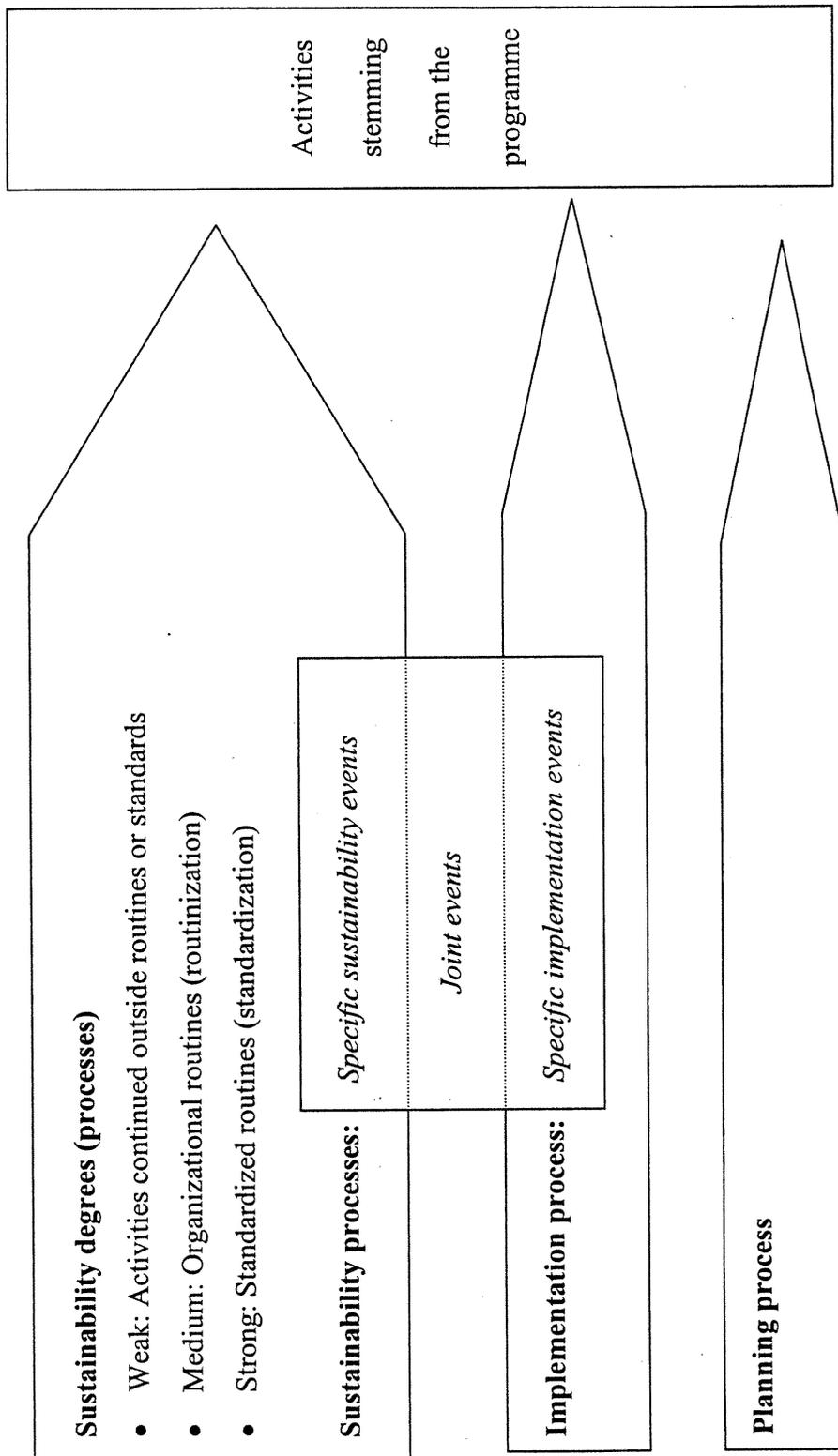


TABLE 1
ILLUSTRATION OF TYPES OF EVENT, EITHER SPECIFIC OR COMMON
TO IMPLEMENTATION AND SUSTAINABILITY OF PROGRAMS

Types of event specific to sustainability processes	<ul style="list-style-type: none"> • Dissemination of programs • Public policy standardizing the programs • Stabilization of resources (personnel, funding, equipment, training) • Risk-taking by the organization in favor of the programs
Types of joint sustainability and implementation events (events common to, or "bridging", implementation and sustainability processes)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incentives and benefits quickly received by actors in the programs</i> • <i>Response to a need or support of deciders and clients (vs. competitive advantage for the organization with a competing program)</i> • <i>Perception of efficacy and efficiency of the programs (vs. recognition of failure)</i> • <i>Sharing cultural artifacts between the programs and the host organizations (vs. strategic reorientation)</i> • <i>Increasing the quality of communication between programs actors and clarifying roles</i> • <i>Introduction of organizational rules relative to the program</i> • <i>Updating techniques or technology and renewal of staff</i>
Types of event specific to implementation process	<ul style="list-style-type: none"> • Availability of resources (personnel, funding, equipment, training) • Minimizing disruption of existing organizational routines, techniques and work rules

REFERENCES

- Alexander, E. R. (1985). From idea to action: Notes for a contingency theory of the policy implementation process. *Administration and Society*, 16, 403-426.
- Altman, D. G. (1995). Sustaining interventions in community systems: On the relationship between researchers and communities. *Health Psychology*, 14, 526-536.
- Altman, D. G., Endres, J., Linzer, J., Lorig, K., Howard-Pitney, B., & Rogers, T. (1991). Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health promotion projects. *Journal of Community Health*, 16, 299-314.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning : A theory of action perspective*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : Comment en accroître l'efficacité*. Outremont: Les Éditions Logiques.
- Barab, S. A., Redman, B. K., & Froman, R. D. (1998). Measurement characteristics of the Levels of Institutionalization scales: Examining reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement*, 6, 19-33.
- Baum, F., & Cooke, R. (1992). Healthy Cities Australia : The evaluation of the pilot project in Noarlunga, South Australia. *Health Promotion International*, 7, 181-193.
- Beauregard, R. A. (1995). Institutional constraints and subnational planning: Economic development in the United States. *Evaluation and Program Planning*, 18, 295-300.
- Boulte, P. (1991). *Le diagnostic des organisations appliqué aux associations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bracht, N., Finnegan, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research*, 9, 143-255.
- Bracht, N., & Kingsbury, L. (1990). Community organization principles in health promotion. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 66-88). Newbury Park: Sage.
- Bracht, N., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). A five stage community organization model for health promotion. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 83-104). Thousand Oaks: Sage.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8, 315-330.

Butterfoss, F. D., Morrow, A.L., Rosenthal, J., Dini, E., Crews, R. C., DeWitt Webster, J., & Louis, P. (1998). CINCH: An urban coalition for empowerment and action. *Health Education and Behavior*, 25, 212-225.

Clemens, E. S., & Cook, J. M. (1999). Politics and institutionalism: Explaining durability and change. *Annual Review of Sociology*, 25, 441-466.

Cooksy, L. J., Gill, P., & Kelly, P. A. (2001). The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 24, 119-128.

Crowley, K. M., Yu, P., & Kaftarian, S. J. (2000). Prevention actions and activities make a difference: A structural equation model of coalition building. *Evaluation and Program Planning*, 23, 381-388.

Crozier Kegler, M., Steckler, A., Herndon Malek, S., & McLeroy, K. (1998). A multiple case study of implementation in ten local Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research*, 13, 225-238.

Florin, P., Chavis, D., Wandersman, A., & Rich, R. (1992). A system approach to understanding and enhancing grassroots organizations : The Block Booster Project. In R. L. Levine & H. E. Fitzgerald (Ed.), *Analysis of dynamics psychological systems : Methods and applications* (pp. 215-243). New York: Plenum Press.

Flynn, B. S. (1995). Measuring community leaders' perceived ownership of health education programs : Initial tests of reliability and validity. *Health Education Research*, 10, 27-36.

Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Seuil.

Gamson, W. A. (1961). A theory of coalition formation. *American Sociological Review*, 26, 373-382.

Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., & Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 20, 161-178.

Goodman, R. M., & Steckler, A. (1989). A model for the institutionalization of health promotion programs. *Family and Community Health*, 11, 63-78.

Goodman, R. M., Steckler, A., Hoover, S., & Schwartz, R. (1993). A critique of contemporary community health promotion approaches: Based on a qualitative review of six programs in Maine. *American Journal of Health Promotion*, 7, 208-220.

Goodman, R. M., Steckler, A., & Kegler, M. C. (1997). Mobilizing organizations for health enhancement. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education : Theory, research and practice* (pp. 287-312). San Francisco: Jossey-Bass.

Goumans, M., Springett, J. (1997). From projects to policy: "Healthy Cities" as a mechanism for policy change for health ? *Health Promotion International*, 12, 311-321.

Green, L. W. (1989). Is institutionalization the proper goal of grantmaking ? *American Journal of Health Promotion*, 3, 44.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning : An educational and ecological approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Hawe, P., King, L., Noort, M., Gifford, S. M., & Lloyd, B. (1998). Working invisibly : Health workers talk about capacity-building in health promotion. *Health Promotion International*, 13, 285-295.

Ingram, P., & Clay, K. (2000). The choice-within constraints new institutionalism and implications for sociology. *Annual Review of Sociology*, 26, 525-546.

Jackson, C., Altman, D. G., Howard-Pitney, B., & Farquhar, J. W. (1989). Evaluating community-level health promotion and disease prevention interventions. *New Directions for Program Evaluation*, 43, 19-32.

Jackson, C., Fortman, S. P., Flora, J. A., Melton, R. J., Snider, J. P., & Littlefield, D. (1994). The capacity-building approach to intervention maintenance implemented by the Stanford Five-City Project. *Health Education Research*, 9, 385-396.

Jepperson, R. L. (1991). Institutions, institutional effects, and institutionalism. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Ed.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 143-163). Chicago: The University of Chicago Press.

Kaye, G. (1990). A community organizer' s perspective on citizen participation research and the researcher-practitioner partnership. *American Journal of Community Psychology*, 18, 151-157.

Kinne, S., Thompson, B., Chrisman, N. J., & Hanley, J. R. (1989). Community organization to enhance the delivery of preventive health services. *American Journal of Preventive Medicine*, 5, 225.

Lackey, J. F., Welnetz, T., & Balistreri, M. (2000). Ensuring a prevention presence when coalitions falter: A case study of a community coalitions demonstration project. *Evaluation and Program Planning*, 23, 355-363.

Lafond, A. K. (1995). Improving the quality of investment in health : Lessons on sustainability. *Health Policy and Planning*, 10, 63-76.

Lefebvre, R. C. (1990). Strategies to maintain and institutionalize successful programs. In N. Bracht (Ed.). *Health promotion at the community level* (pp. 209-228). Newbury Park: Sage.

Lichtenstein, E., Thompson, B., Nettekoven, L., & Corbett, K. (1996). Durability of tobacco control activities in 11 North American communities: Life

after the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). *Health Education Research*, 11, 527-534.

Majone, G., & Wildavsky, A. (1979). Implementation as evolution. In J. Pressman & A. Wildavsky (Ed.), *Implementation* (pp. 177-194). Berkeley: University of California Press.

Maton, K. I., & Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings : A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, 23, 631-656.

McKinlay, J. B., & Marceau, L. D. (2000). Upstream healthy public policy: Lessons from the battle of tobacco. *International Journal of Health Services*, 30, 49-69.

McMillan, B., Florin, P., Stevenson, J., Kerman, B., & Mitchell, R. E. (1995). Empowerment praxis in community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 23, 699-727.

Mendras, H. (1989). *Éléments de sociologie*. Paris: Armand Colin.

Milio, N. (1988). Making healthy public policy - Developing a science by learning the art: An ecological framework for policy studies. *Health Promotion*, 2, 263-274.

Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. New York: Free Press.

Monahan, J. L., & Scheirer, M. A. (1988). The role of linking agents in the diffusion of health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 417-433.

Murray, D. (1986). Dissemination of community health promotion programs : The Fargo-Moorhead Heart Health Program. *Journal of School Health*, 56, 375-381.

Nancholas, S. (1998). A logical framework. *Health policy and Planning*, 13, 189-193.

Nezlek, J. B., & Galano, J. (1993). Developing and maintaining state-wide adolescent pregnancy prevention coalitions : A preliminary investigation. *Health Education Research*, 8, 433-447.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez Gomez, L., & Paradis, G. (1998). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Preventive Medicine*, 27, 702-712.

Ottoson, J. M., & Green, L. W. (1987). Reconciling concept and context: Theory of implementation. *Advances in Health Education and Promotion*, 2, 353-382.

Ouellet, F., Durand, D., & Forget, G. (1994). Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area. *Health Promotion International*, 9, 153-159.

Paine-Andrews, A., Fawcett, S. B., Richter, K. P., Berkley, J. Y., Williams, E. L., & Lopez, C. M. (1996). Community coalitions to prevent substance abuse : The case of the "Project Freedom" replication initiative. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 14*, 81-99.

Pentz, M. A. (2000). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology, 28*, 257-270.

Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Agence d'Arc.

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*, 99-113.

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2002) Program sustainability: A matter of organizational routines. Working paper, submitted to *Health Education and Research*.

Potvin, L., Haddad, S., & Frohlich, K. (2001). Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In I. Rootman (Ed.), *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (pp. 45-61). Copenhagen: World Health Organization.

Potvin, L., & Gauvin, L. (2000). Recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*, 52-57.

Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programs communautaires: Revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Revue Canadienne de Santé Publique, 88*, 109-113.

Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: Issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health Promotion International, 10*, 199-207.

Roberts-Gray, C., & Scheirer, M. A. (1988). Checking the congruence between a program and its organizational environment. In K. J. Conrad & C. Roberts-Gray (Ed.), *Evaluating program environments : New directions for program evaluation* (pp. 63-82). San Francisco: Jossey-Bass.

Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health, 21*, 369-402.

Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research, 13*, 87-108.

Scheirer, M. A. (1993). Are the Level of Institutionalization Scales Ready for "Prime Time" ? A Commentary on "Development of Level of Institutionalization Scales for Health Promotion Programs". *Health Education Quarterly*, 20, 179-183.

Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Ed.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco: Jossey-Bass.

Steckler, A., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 3, 34-44.

Stinchcombe, A. L. (1997). On the virtues of the old institutionalism. *Annual Review of Sociology*, 23, 1-18.

Thompson, B., Lichtenstein, E., Corbett, K., Nettekoven, L., & Feng, Z. (2000). Durability of tobacco control efforts in the 22 Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) communities 2 years after the end of interventions. *Health Education Research*, 15, 353-366.

Thompson, B., & Winner, C. (1999). Durability of community intervention programs : Definitions, empirical studies, and strategic planning. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 137-154). Thousand Oaks: Sage.

Torres, R. T. (1994). Evaluation and learning organizations: Where do we go from here ? *Evaluation and Program Planning*, 17, 339-340.

Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and program Planning*, 23, 389-395.

Wandersman, A., Valois, R., Ochs, L., de la Cruz, D. S., Adkins, E., & Goodman, R. M. (1996). Toward a social ecology of community coalitions. *American Journal of Health Promotion*, 10, 299-307.

Weber, M. (1995). *Économie et société: Les catégories de la sociologie*. Paris: Plon.

Weisbrod, R. R., Pirie, P. L., & Bracht, N. (1992). Impact of a community health promotion program on existing organizations: The Minnesota heart health program. *Social Science and Medicine*, 34, 639-648.

Wholey, J. S. (1994). Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Ed.), Handbook of practical program evaluation (pp. 15-39). San Francisco: Jossey-Bass.

Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. (1994). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Wickizer, T. M., Wagner, E., & Cheadle, A. (1998). Implementation of the Henry J. Kaiser family foundation's community health promotion grant program: A process evaluation. *The Milbank Quarterly*, 76, 121-147.

Williams, L. C., & Olano, V. R. (1999). Mobilizing and maintaining a coalition to promote physical activity among African Americans in Southeast Stockton, California. *Journal of Health Education*, 30 (Suppl.), S31-S36.

Yin, R. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*. Lexington: Lexington Books.

Zuniga, R. (1994). *Planifier et évaluer l'action sociale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

MÉTHODE

L'objectif du travail empirique réalisé dans le cadre de cette thèse consiste à mettre à l'épreuve les propositions présentées dans le premier article, afin de raffiner et de développer notre conceptualisation de la pérennisation des programmes en promotion de la santé. Plus spécifiquement, nous examinerons d'abord la plausibilité de retenir les routines organisationnelles comme structures sociales pour analyser la pérennisation. Ceci correspond à la première proposition. L'identification de ces routines nous permettra ensuite d'examiner la vraisemblance des événements spécifiques du processus de routinisation qui conduisent à la présence de telles routines, et qui sont l'objet de la quatrième proposition. Enfin, la description des séquences des événements qui jalonnent le déroulement des programmes mettra à l'épreuve la troisième proposition concernant la concomitance des processus de routinisation et d'implantation. Pour tester ces propositions, nous avons regroupé les résultats de nos investigations empiriques dans le deuxième et le troisième article qui sont soumis pour publication.

Les aspects spécifiques de la méthode sont présentés dans ces articles. La démarche générale de notre travail s'apparente au devis des « études synthétiques de cas » (Langley, 1999, p. 704) qui est préconisé par Eisenhardt (1989). Ce devis « a l'avantage de produire des formulations théoriques relativement simples » (Langley, 1999, p. 705). Ce devis consiste d'abord à définir un problème de recherche et à déduire des concepts appropriés à partir de la littérature, sans énoncer de théorie particulière. Puis, cinq à dix cas sont sélectionnés et un protocole de recherche est rédigé. Ensuite, la collecte et l'analyse des données se chevauchent et des propositions théoriques sont énoncées. Enfin, les résultats sont comparés avec la littérature pour construire une théorie.

Notre démarche générale est résumée au tableau 1. Métaphoriquement, elle correspond à un aller-retour ou à une fertilisation croisée entre des arguments théoriques, empiriques ou pratiques, qui sont tour à tour

TABLEAU 1
DÉMARCHE GÉNÉRALE

1998-2000	Réalisation et publication d'un article qui pose les premières balises de notre réflexion sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé, sur les routines organisationnelles et sur les événements de la routinisation.
1998-2000	Sélection des centres sur la base de notre connaissance du site rural du Projet québécois de démonstration en santé du coeur (connaissance acquise lors d'une recherche antérieure)
2000	Soumission d'un protocole au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (protocole précisant notamment l'accès aux informateurs)
2000-2001	Collecte et analyse des données
2000-2001	Réalisation du premier article qui pose le problème de la pérennisation sur le plan ontologique et qui formule des propositions théoriques (conceptualisation de la pérennisation)
2001-2002	Réalisation du deuxième article sur les résultats empiriques de la mise à l'épreuve des propositions concernant les activités routinisées
2001-2002	Réalisation du troisième article sur les résultats empiriques de la mise à l'épreuve des propositions concernant les événements spécifiques de la routinisation
2002	Théorisation de la pérennisation à partir des résultats empiriques et de la littérature

déduits de la littérature et induits de notre matériel empirique. En guise de préliminaire, nous avons fait la synthèse de nos réflexions sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé dans un article qui est présenté dans l'annexe 1, qui ébauche la problématique de la pérennisation et qui propose de centrer la réflexion sur la pérennisation dans les organisations, c'est-à-dire la routinisation (Pluye, Potvin & Denis, 2000). Cet article est nouveau et original par rapport aux définitions des concepts de routinisation et de routines organisationnelles qui sont proposées dans les écrits en promotion de la santé: la routinisation est définie en référence à un concept sociologique de Weber (1995); les notions de processus et d'événement de routinisation sont déduites de la littérature sur les organisations; les routines sont définies selon la littérature sur l'apprentissage organisationnel. Aucune théorie de la pérennisation n'est proposée à l'issue de cette réflexion préliminaire.

1. CONTEXTE D'ÉTUDE ET SÉLECTION DES CAS

En même temps que nous amorçons cette réflexion, nous avons sélectionné cinq cas, cinq Centres locaux de services communautaires, sur la base de notre connaissance du site rural du Projet québécois de démonstration en santé du coeur, laquelle provient de notre implication dans une recherche antérieure sur les facteurs associés à la pérennisation. Trois arguments justifiaient le choix de ces cas. La connaissance du site que nous avons acquise lors de cette recherche satisfaisait à un critère général de qualité ou de scientificité des recherches qualitatives (Laperrière, 1997). Grâce à cette recherche, nous savions que la pérennisation du projet variait selon les centres et cette variation améliore la qualité des études de cas multiples, ces études ayant recours à une logique de réplification de la mise à l'épreuve des concepts dans plusieurs situations empiriques (Yin, 1994). Lors de cette recherche, nous avons interviewé le coordinateur du projet et les acteurs du projet dans deux centres. De manière informelle, ces informateurs ont montré un intérêt pour notre travail doctoral. Cet intérêt suggérait que nous bénéficierions du soutien de ces informateurs et d'un

accès facilité à tous les informateurs potentiels sur le site. Cette sélection des centres a fait en sorte que le contexte de notre travail consistait en un emboîtement de plusieurs études.

Le Projet québécois de démonstration en santé du coeur fait partie de l'Initiative fédérale provinciale en santé du coeur (Potvin, Paradis, Laurier, Masson, Pelletier, & Lessard, 1992). Étant donné que les maladies cardiovasculaires sont la plus importante cause de décès ou d'hospitalisation et la deuxième cause d'incapacité au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux ont mis en oeuvre cette initiative, sur une base volontaire et à frais partagés, qui consistait pour les provinces à mettre en place une enquête épidémiologique sur les facteurs de risque de ces maladies, également des interventions multisites, multifactorielles et multisectorielles pour diminuer la prévalence de ces facteurs, ainsi que des évaluations de ces interventions. Au Québec, suite à un appel d'offre lancé auprès des Unités régionales de santé publique, le site rural du projet fut retenu par un jury d'experts.

Ce site fait partie de la région du Bas St-Laurent, et dans le territoire de chacun des centres, deux municipalités ont été sélectionnées pour mettre en place une intervention (Pelletier, Moisan, Roussel, & Gilbert, 1997). Dans ces municipalités, l'essentiel du projet consistait en activités de promotion de la santé du coeur. Les acteurs des centres ont formé et soutenu des comités de bénévoles qui organisaient notamment les activités suivantes: (1) des clubs de marche et des journées spéciales pour l'activité physique comme la journée de la marche; (2) la diffusion de messages d'éducation pour la santé du coeur, par exemple la publication d'articles dans les journaux locaux; (3) la promotion de l'alimentation saine pour le coeur avec des visites éducatives en épicerie; (4) des cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle; (5) le dépistage annuel des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire pour le tout-venant. De plus, l'implantation et la pérennisation de ces activités étaient évaluées.

La recherche mentionnée évaluait la pérennisation et elle s'emboîtait à son tour dans l'initiative et dans le projet (Pluye et al., 2000). L'Initiative fédérale provinciale en santé du cœur a fourni l'occasion d'étudier la pérennisation des interventions en promotion de la santé dans huit communautés: trois à Terre-Neuve, trois en Colombie-Britannique et deux au Québec. L'objectif de cette recherche consistait à identifier les facteurs-clés associés avec la pérennisation des changements environnementaux qui sont générés par les projets de promotion de la santé dans les communautés. Il s'agissait d'une étude de cas rétrospective multi-sites, les données étant collectées au moyen d'entrevues individuelles avec des informateurs. Les deux municipalités sélectionnées au Québec faisaient partie du site rural du Projet Québécois de démonstration en santé du cœur. Dans la première, un organisme communautaire a été créé *de novo* pour prendre en charge la santé du cœur ; dans la seconde, un comité de bénévoles en santé du cœur continuait d'exister grâce au soutien du centre (Pluye, Potvin, & Pelletier, 2002).

2. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Cette réflexion préliminaire et cette sélection des cas nous a permis, à titre de chercheur, de soumettre un protocole de recherche au Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (tableau 1). La directrice et le co-directeur du candidat, Drs Louise Potvin et Jean-Louis Denis, ont supervisé la conceptualisation et la rédaction du protocole, ainsi que le déroulement de la recherche. Ce protocole précisait notamment l'accès aux informateurs d'un point de vue éthique. L'acceptation du protocole par le comité et les documents relatifs à l'éthique sont présentés dans l'annexe 2 (lettres sollicitant la participation des informateurs, description de la recherche en termes simples, et formulaire de consentement à la recherche). Le coordinateur régional du projet a fourni la liste des acteurs qui étaient impliqués dans le projet entre 1987 et 2000. Durant les entrevues, ces acteurs mentionnaient éventuellement des informateurs supplémentaires. Toutes les entrevues se sont déroulées dans un

climat de confiance, nous n'avons jamais eu l'impression que les acteurs ou les informateurs éprouvaient des réticences à parler des activités ou des événements relatifs au projet. Ces entrevues étaient structurées en deux parties.

Les activités routinisées potentielles qui découlait du projet étaient d'abord examinées. Le coordinateur régional du projet a fourni une liste des activités accomplies en 1999, et en préambule aux entrevues, les acteurs ont mis à jour cette liste. Afin de diagnostiquer la présence d'activités routinisées en 2000, l'instrumentation consistait en quinze questions portant sur la liste des activités mise à jour. Pour illustrer la structure de la première partie des entrevues, ces questions et une liste des activités concernant un centre fictif sont présentées dans l'annexe 3.

Les événements importants par rapport aux activités relatives au projet étaient ensuite examinés. Le coordinateur a fourni les rapports annuels d'activité qui ont été produits entre 1987 et 1997. Nous en avons fait la synthèse pour établir un relevé (chronogramme) des activités du projet qui structurait les entrevues, qui aidait la mémoire des acteurs interviewés, et qui permettait de situer les événements dans le temps. Durant les entrevues, les acteurs lisaient ce relevé et une seule question était posée après la lecture de chaque catégorie d'activités. *Quels étaient les événements importants, positifs ou négatifs, à propos de cette catégorie d'activités?* Après la réponse, plusieurs sous-questions étaient posées au besoin afin de mieux connaître la signification des événements. Pour illustrer la structure de la deuxième partie des entrevues, les questions posées et un relevé des activités concernant un centre fictif est présenté dans l'annexe 4.

La collecte et l'analyse des données ont alterné pendant deux ans (tableau 1). Nous avons commencé par collecter et analyser les documents. Puis, nous avons mené une première série d'entrevues avec les acteurs-clés du projet. Nous avons ensuite vérifié l'analyse préliminaire de ces données avec les acteurs et un informateur-clé. La collecte des données s'est poursuivie par une deuxième

série d'entrevues avec des informateurs supplémentaires. Cette vérification et ces données furent l'objet d'une analyse finale qui a produit les résultats. Autrement dit, l'alternance de la collecte et de l'analyse était dû au fait que les données relatives à un centre étaient analysées pendant que celles concernant un autre centre étaient collectées. Une première synthèse des résultats est présentée sous forme d'histoires de cas dans les annexes 5 à 9. Pour chaque centre, ces histoires décrivent d'abord les activités relatives au projet en 2000 en fonction des caractéristiques des routines organisationnelles. Elles décrivent ensuite les événements survenus entre 1987 et 1997 qui sont interprétés en fonction des événements spécifiques de routinisation.

Concernant notre travail et en référence à Eisenhardt (1989), les avantages du devis d'étude synthétique de cas sont les suivants. La réflexion préliminaire sur la pérennisation sans aboutir à une théorie particulière permet de conserver une « flexibilité théorique » (p. 533). La sélection de cinq centres variés en terme de pérennisation permet de « centrer les efforts sur des cas utiles en terme de théorisation » (p. 533). D'ailleurs, cet auteur suggère de sélectionner entre cinq et dix cas: sélectionner moins de cinq cas n'offre en général pas suffisamment de variation, sélectionner plus de dix cas génère habituellement un volume trop important de données pour accomplir une analyse en profondeur de manière satisfaisante. Le chevauchement de la collecte et de l'analyse permet « de tirer parti des thèmes émergents des données ainsi que des caractéristiques uniques de chacun des cas » (p. 533). Pour chaque centre, l'analyse des données permet « de se familiariser avec les données et de générer une théorie de manière préliminaire » (p. 533). L'analyse conjointe des données relatives aux cinq centres « force le chercheur à aller au-delà de ses premières impressions » (p. 533). Collecter-analyser des données et simultanément formuler des propositions théoriques « aiguise la définition des concepts » et améliore la validité interne des résultats (p. 533). Comparer les résultats avec la littérature « aiguise la généralisabilité » des résultats, autrement dit améliore la validité externe, et permet ultimement de théoriser ou « d'atteindre un niveau théorique » (p. 533).

Enfin, « tisser des liens entre la théorie émergente et la littérature améliore la validité d'une théorie construite à partir d'une étude de cas » (p. 545).

ARTICLE 2 - PROGRAM SUSTAINABILITY **(PART I): FOCUS ON ORGANIZATIONAL** **ROUTINES**

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2002).

Program sustainability (Part I): Focus on organizational routines.

Soumis à Health Education & Research.

Cet article étudie les marqueurs empiriques des routines organisationnelles. La littérature sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé se réfère à la notion de routines sans l'approfondir. Nous avons donc mobilisé la littérature sur l'apprentissage organisationnel pour définir les caractéristiques de ces routines, et pour observer empiriquement une variation des activités en fonction de ces caractéristiques. En somme, cet article est original du point de vue des recherches en promotion de la santé. De plus, étant donné qu'il fait la synthèse de plusieurs perspectives sur les routines organisationnelles, il propose un instrument d'observation des routines qui contribue aux connaissances dans le domaine des recherches sur les organisations.

Program Sustainability (Part I): Focus on Organizational Routines

Authors

Pluye, P., M.D., M.Sc.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal,

P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Potvin, L., Ph.D.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal,

P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Denis, J. L., Ph.D.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal,

P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Pelletier, J., M.Sc.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent, Centre Hospitalier du Grand Portage, 75 St-Henri Street, Rivière-du-Loup, Quebec, Canada, G5R 2A4

Correspondence

Pierre Pluye, M.D., M.Sc.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

Faculty of Medicine, University of Montreal

P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Telephone: (514) 343-6111, Ext. 8600 - Fax: (514) 343-2207

Email: Pierre.Pluye@umontreal.ca

SUMMARY

Program sustainability is an ongoing concern for most people in health promotion. However the current notion of sustainability in organizations, routinization, still lacks conceptual clarity. This article examines organizational routines. In so doing, it clarifies the notion of sustainability, and suggests an operationalization of the concept of routines. Drawing on the organizational literature, a routinized program is defined as a program with routinized activities, meaning that these activities exhibit the four characteristics of organizational routines.

We conducted an empirical study of the routinization of the Quebec Heart Health Demonstration Project in five community health centers. The method consisted of a multiple-case study. We observed project activities in each center in 2000. The data came from documents and interviews with project actors. The results show that, in one of the centers, no resources had been officially committed to project activities. Even so, the actors continued some activities on an informal basis. In another center, the activities satisfy three out of four routine characteristics. In the three others, activities satisfied all of the characteristics.

These results suggest focusing the study of program sustainability on the routinization of the activities resulting from it. They bring out four distinct degrees of sustainability: (1) the absence of sustainability; no program activity is continued; (2) Weak sustainability; some residual activities are pursued, at least unofficially; (3) precarious sustainability; the program produces some official activities that are not routinized; and (4) sustainability through routinization; routinized activities result from the program.

Key Words : Health promotion programs, sustainability, organizational learning, organizational routines, routinization, institutionalization.

INTRODUCTION

Most people in program development want to know if “their” program will endure (Altman et al., 1991). In health promotion, the notion of sustainability refers to the continuity of programs. This notion nevertheless still lacks conceptual clarity. Sustainability is linked to two important issues in health promotion. First, it allows for the study of the long-term effects of programs and in so doing, responds to a major research challenge (Crowley et al., 2000; Roussos & Fawcett, 2000). Second, where projects are not sustainable, organizations or the actors involved in programs, lose whatever has been invested in them, and it will be more difficult to mobilize any of these organizations or actors again (Altman, 1995; Lackey et al., 2000; Lichtenstein et al., 1996; O’Loughlin et al., 1998; Rissel et al., 1995; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989; Yin, 1979). This study examines how the concept of organizational routine may contribute to clarify program sustainability.

LITERATURE REVIEW

The literature suggests that routinization is the primary or fundamental process in the sustainability of health promotion programs (Pluye et al. 2002; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989; Weber, 1995; Yin, 1979). Routinization refers to the process of sustainability in organizations. “When an innovation has become a stable and regular part of organizational procedures and behavior, it is defined as having become routinized” (Yin, 1979, p. 55). The pioneering contribution of Goodman et al. (1993) set out to operationalize the concept of routinization, and they were able to propose a method for measuring routinization. Unfortunately, as we will see, this method lacks validity, in particular because there is one systematic bias.

A program prescribes activities to be completed in order to attain specific objectives. According to Weber (1995), program objectives define activities. Weber sees an activity as the significantly understandable orientation of

the behavior of people in relation to the behavior of other people. Explicit program objectives make this orientation manifest and therefore understandable by program stakeholders. In more concrete terms, program activities consist of tasks to be completed with specific financial, human and material resources. Given this link between program objectives and activities, we believe that programs are routinized in organizations when objective-related activities are routinized. According to a political perspective, routinization occurs when champions mobilize organizational coalitions of actors and leaders in order to sustain programs (Steckler & Goodman, 1989). The presence of routines concretizes this sustainment.

Yin (1979) defines routines as activities for which sustainable resources are mobilized. This means that: (1) the financing of routinized activities is an integral part of the organization's regular budgeting process; (2) the personnel in charge of these activities hold positions in the organization and the activities are subject to a formal task description; and (3) the material required for completing these activities appears on part of the list of products regularly used by the organization. Inventory of this material is periodically maintained, and it is updated or renewed as need be.

Goodman et al. (1993), define routines as official activities with four dimensions. The first is routine production: The objectives of routinized activities are part of one of the organization's action plans, and these objectives are a result of action strategies that are adapted to a local context. Since they are planned, the activities are subject to a schedule. The second dimension is routine maintenance: Routinized activities are carried out by regular employees. They are backed by the organization's management and assisted as required by other human resources. The third dimension is routine support: Routinized activities benefit from well-established and stable financing, well-maintained or renewed material, and if necessary, permanent office space. The fourth dimension is routine management: Routinized activities are formally supervised in the

organization. They are subject to written task descriptions and are periodically reviewed.

Goodman et al. (1993) have measured the routinization of health promotion programs in 141 organizations using these dimensions. They propose three to five items for each dimension. Each item refers to a specific element of the routines in one dimension. For example, the following item is proposed in the "routine management" dimension: "Number of years supervisor formally assigned?" (Goodman et al., 1993, p. 170). Each item is formulated in such a way as to highlight how long the specific elements of each dimension have been present. For each organization, the measure of routinization is the result of the sum of values accorded to the items by the managers of the organizations.

The results suggest that this measurement of routinization is strongly linked to the amount of time that has past, but that this measure is not linked to the managers' perception of routinization (Goodman et al., 1993). This is to be expected, since routinization "is much more than longevity" (Scheirer, 1993, p. 180). The time passed introduces a systematic bias. The more a program is routinized, the more likely that its activities have been going on for some time. Conversely, the length of time passed gives no indication of the program's future; the time passed since the activities began does not predict the routinization of this program. This bias suggests that organizational routines and the process of routinization as it has occurred in the past, leading to the routines currently in place, are two different issues.

This study by Goodman et al. (1993) also shows a strong correlation between the four dimensions of routines that was confirmed in a study by Barab et al. (1998). Given such high correlations, Scheirer (1993) and Barab et al. (1998) question the discriminant validity of the dimensions proposed by Goodman and his colleagues. In turn, such high correlations suggest that an activity is either routinized, or not (Barab et al., 1998). In addition, Scheirer (1993) challenges the dimensions' construct validity, and suggests that the

concept of organizational routines should be redefined. The items put forward by Goodman and his colleagues are relevant, but they “do not seem congruent with the definition of concepts” (Scheirer, 1993, p. 180). These studies strongly argue for a clarification and a redefinition of the concept of program routinization.

Like Yin (1979) and Goodman et al. (1993), we believe that the study of organizational routines plays a key role in any examination of routinization (Pluye et al. 2000; Pluye et al., 2002). In order to define the routines, we have reviewed the organizational literature. Routines are a key concept in the literature on organizational learning (Argyris & Schön, 1978; Edmondson & Moingeon, 1998; Hedberg, 1981; Levitt & March, 1996). Routines consist of behaviors and action standards that have a natural tendency to be perpetuated (Cyert & March, 1970; Nelson & Winter, 1982; Weick, 1996). Organizational learning occurs through learning among individuals actors in an organization, and this learning contributes to the development of collective knowledge that is shared among actors in the organization (Cohen & Bacdayan, 1996; Dogson, 1993; Hedberg, 1981; Nicolini & Meznar, 1995). Out of this collective knowledge come routines.

The literature suggests four characteristics for defining organizational routines or routinized activities: memory, adaptation, values and rules. Memory and adaptation refer to psychological learning processes that are transposed to the organizational context (Cyert & March, 1970; Hedberg, 1981). Values and rules are notions from anthropology and sociology, respectively, and refer to two important aspects of routines: group spirit and imitation (Levitt & March, 1996; Weick & Roberts, 1996).

Memory: In cognitive terms, routinized activities take memories of behavior that we have learned through personal experience and make them tangible. The lessons of the past are encoded in these activities. For example, once one has learned how to ride a bicycle, one will always know how, so that riding a

bicycle is said to *materialize* the memory of experiences on a bicycle. In an organization, activities are recorded in the form of identical memories of behavior or procedures that are held by all the actors involved in organizational procedures. For example, during World War II, some automatic weapons operated with a pause of three seconds between firings. This organizational routine was a “memory” of firing procedures that were required back at a time when cannons were harnessed to horses, but served no useful purpose when they were mounted on tanks (Cohen & Bacdayan, 1996).

Adaptation: Routinized activities also materialize the adaptation of individual behavior with respect to their effects or the context. Transposed to organizations, these activities are adapted as a function of their effectiveness (Cyert & March, 1970; Hutchins, 1996). For example, studies on airplane production in the 1930s and during the Second World War show that the greater the number of airplanes produced, the more efficient the organizational routines were for producing them (Levitt & March, 1996). Conversely, routinized activities sometimes materialize counter-productive individual behavior. Traditional activities sometimes hamper the process of behavioral adaptation when the context changes. Transposed to organizations, routinized activities sometimes hamper the process of procedural adaptation. The resulting counter-productive activities interfere with the competence of actors; they constitute defensive routines or superstitious learning (Argyris, 1993; Edmondson & Moingeon, 1998; Levitt & March, 1996). The example of automatic weapons illustrates how routines can become counter-productive.

Values: In normative terms, routinized activities in organizations reflect collective values and beliefs. For the actors these values and beliefs define what is good, aesthetic and true, and are made concrete when objectives are formulated (Cyert & March, 1970). These values and beliefs are also set down in cultural artifacts such as codes, symbols, rituals or jargon. In organizations, “over time and in the course of joint action or practice, a group of people creates a set of

intersubjective meanings that are expressed in and through these artifacts” (Cook & Yanow, 1996, p. 440). For example, Cook and Yanow (1996) studied the routinized activities of flute manufacturing. It was noted that, to justify having a flute reworked, actors would say that it “doesn't look right.” This expression meant nothing to anyone else, because the additional work required did not correspond to any visible problem with the flute (p. 442).

Rules: Finally, routinized activities conform to rules governing decision-making and action (Cohen & Bacdayan, 1996; Cyert & March, 1970; Dogson, 1993; Hutchins, 1996; Nelson & Winter, 1982). In every organization, these rules account for “the way things are done around here” (Levitt & March, 1996, p. 525). For example, routinized activities conform to rules such as are found in a work procedure manual.

BACKGROUND

In order to explore how these four characteristics operationalize organizational routines, we conducted an empirical study of the routinization of the Quebec Heart Health Demonstration Project, hereinafter called “the project”. We examined five community health centers in 2000 and their activities related to the project benefiting from federal and provincial government funding from 1991 to 1997 (Pelletier et al., 1997; Potvin et al., 1992). The history of heart health promotion at each site is presented schematically in Table 1. The regional public health authority to which the centers were related, identified heart health as a priority in 1987. Between 1988 and 1991, the five community health centers introduced a community action program for heart health promotion.

At the end of this funding, in 1997, the core of the project's activities consisted of providing support to 12 volunteer committees working on heart health in 12 communities (Table 1). The regional public health strategy was revised in 1997. The administrative functions of the regional public health

authority were merged with those of a neighboring region, and the public health authority that resulted decided not to support community action in heart health.

The specific objective of this article is to examine the activities resulting from this project in 2000 in each center, according to the proposed characteristics of routines. We wanted to answer the question as to how these characteristics were useful for understanding project routinization in the five centers.

Insert Table 1 here

METHOD

The method used is a multiple-case study (Yin, 1994). Each center forms a case. For each center we examined activities resulting from the project as they were observed three years after the end of federal and provincial government funding. Two sources of data were used: the project's documentation and interviews held in 2000 with the key actors in the centers. These actors have been defined as stakeholders in the centers that were involved in project activities.

We had access to a list of activities completed in 1999 in each center. At the start of each interview, the actors reviewed and updated these lists for the current year. The interviews consisted of 15 further questions exploring how the activities completed in 2000 were characterized in terms of memory, adaptation, values and rules.

The items proposed by Goodman et al. (1993) were conceived with an expert panel, and they were used in at least three empirical studies. Thus, we choose to formulate as much as possible our questions based on these items. Eleven questions of fifteen were adapted from these items, and we conceived the other four. Given the systematic bias mentioned, this adaptation mainly consisted of extracting time reference from the items. For example, the question "is a supervisor formally assigned to the activities?" came from the item "number of

years supervisor formally assigned?". Implicitly, Goodson et al. (2001) also adapted these items by extracting time reference.

We proceeded as follows to operationalize the four routine characteristics. First, organizational routine memory needs stable resources (soldiers, defense budget and weapons in the example mentioned), therefore memory-related questions were adapted from the items relative to the stability of human, financial, and material resources (supportive and maintenance routine dimensions). Second, two adaptation-related questions came from the items about evaluation and adapted strategies (production and managerial routine dimensions). Moreover, given that Goodman et al. (1993) did not examine the presence of counter-productive routines, we conceived an original question on this topic. Third, a value-related question is adapted from the item about programs objectives (production routine dimension). However, the study of Goodman et al. (1993) did not focus on values, and we had to conceive three new questions relative to this characteristic. Finally, rules-related questions were adapted from the items about supervision and written documents - plans, job descriptions, schedules - (production and managerial routine dimensions).

We explored memory with four questions inquiring about the resources available to continue the activities resulting from lessons learned during the project. These were: does the formal budget include the financial resources necessary to employ key personnel with permanent funding?; are there human resources in place in the form of permanent positions, either managerial or otherwise?; are there material resources such as permanent office space or tools required for the activities?; and how much time is committed to the activities, and is it on a permanent basis?

The adaptive or counter-productive nature of the activities was investigated by means of three questions. These were: are the activities adapted to the local context?; are the activities adapted to their estimated effects, for example, are they adapted to annual activity reports or to assessment results?; and

are the activities carried over from one year to the next because they were enjoyed and in spite of uncertainty concerning their continued relevance?

We then looked for values, beliefs and artifacts associated with the activities using four questions: do the activities correspond to written objectives?; are symbols such as logos attached to the activities?; are there established rituals, such as periodic meetings, related to the activities?; and has a specific language, like jargon, been developed in relation to the activities?

Finally, we looked for rules governing decision-making and action with respect to the activities using four questions. These were: is a supervisor formally assigned to the activities?; are the activities included in a formal planning process?; are specific activities covered by task descriptions; and are there activities that are subject to written rules, such as procedural manual?

The project's regional coordinator assisted in the data collection process. He provided the entire project documentation and a list of actors involved in the project between 1987 and 2000. Among the 23 actors contacted, twelve were familiar with the activities in 2000; two or three from each center were interviewed. Interviews were recorded on audiocassette. The interviews lasted between 15 and 30 minutes, and were transcribed.

For each center, the actors' responses were summarized. Each of these summaries consisted of a narrative and a description of the activities according to the 15 questions. The summaries were first reviewed by the project's regional coordinator in a face-to-face interview, and then reviewed by the actors during telephone interviews. Finally, the summaries from the five centers were compared.

RESULTS

Our inventory of heart health activities conducted in 2000 in the five centers is presented in table 2. This table shows that heart health activities

were of two types: local development and social planning. The former are those that support local committees and the latter are those directly realized by centers' staff. In addition, table 2 shows that there were heart health activities in four of the five centers in 2000.

Insert table 2 here

The analysis shows that Center E was no longer officially supporting the activities of any volunteer committee or heart health education program. No center resources were officially committed to activities resulting from the project and as a result, the questions concerning adaptation, values and rules were dropped from the interviews. Three actors nevertheless still maintained unofficial activities derived from the project, even though the center's management was unaware of this fact.

Information from the Center E's informants showed that there were no official activities. Firstly, each year, an actor tested for high blood pressure while administering flu vaccinations to elderly people. "When I give the flu vaccine in the fall, I still take everyone's blood pressure. It started with the project because I was the one who planned the vaccinations; I was the one who took this initiative, and it has continued." Secondly, another actor organized conferences for community organizations and used them as a forum to continue delivering heart health education. "People know us, and they ask us to talk about health, so I speak about cardiovascular issues. It isn't part of a program because it is really at a personal level that I am approached." Thirdly, another actor was involved in the promotion of physical activity in community organizations. This work "has an effect on heart health, but I don't have official support for it; I promote physical activity in community organizations, but the center doesn't officially recognize it, at least not on paper."

The analysis also shows that the activities in Centers A, B, C and D were similar in terms of three routine characteristics (memory, adaptation and

values). Centers A, B and C nevertheless differed from Center D with respect to the fourth characteristic, rules (Table 3).

Insert Table 3 here

Memory: The financial resources committed to activities were an integral part of budgets at Centers A, B, C and D. The human and material resources amounted to several hours of work per week and about a hundred dollars per year.

Adaptation: We found an adaptation of activities in Centers A, B, C and D. These activities that volunteers and the public asked for most often were renewed from year to year, and those that did not provoke much response were not repeated. Local development activities were adapted after feedback from volunteers and according to volunteers' availability. As one actor put it, "most of the activities are conducted at the request of volunteers or, in other words, the community. For example, small scale community conferences are organized by request, or according to the general level of interest. We meet with the volunteers before their first activity of the year, and we ask them about their expectations, needs and the amount of time they feel like investing." Social planning activities, on the other hand, were a service offered by centers C and D, and they were adapted to what their clients requested. For example, the number of smoking cessation courses given annually was a function of the number of people interested in attending.

Counter-productive activities were observed in centers A, B, C and D. At least one activity in each center was conducted because it responded to volunteers or community interests, despite actors skepticism about its relevance. (1) *In Center A*, according to the actors, supporting educational activities like community conferences did not affect the prevalence of risk factors as one might have expected. The same small group of people was always participating in these activities, and the heart health messages delivered were few and far between, or

presented to people who already had the information. (2) *In Center B*, according to the actors, efforts to sensitize young people to the risks of smoking had not had any effect on the target audience. “Undertaking this activity without follow-up is a complete waste of time. As professionals, we know this very well, but we can’t really tell the volunteers not to do it, basically because we like the idea that they go into the schools and talk about smoking.” (3) *In Center C*, again according to the actors, supporting community blood pressure screening did not reduce the number of people with high blood pressure. “We had the impression that people came in order to check their pressure because they already knew what it was; we doubt the usefulness of the screenings, or at least we wonder how useful they are, because we have not met our original objective, which was to find new cases of high blood pressure in the community. People nevertheless enjoy these screenings, and they give us the opportunity to talk about heart health issues. It is one way to reach people.” (4) *In Center D*, the actors also had doubts about the usefulness of such screenings. “There are some cases detected during these screenings; above all, they give us an opportunity to follow the same people. The work at the screenings is gratifying for the volunteers, so I am not about to say ‘you’re wrong about this, you’ll have to get out of the way because we’re going to rethink the whole thing.’ The screenings take care of themselves, their effectiveness is not assessed, we don’t have them to respond to specific needs but according to the availability of volunteers. Elderly people come to these screenings. They don’t represent our target public; we would need more younger people.”

Values: Activities corresponded to explicit objectives in Centers A, B, C and D. Plans were revised annually at Centers A and C, and objectives were updated. Center B’s plan had not been revised for several years. “We used to do a review each year and revise the plan based on results, but over the last 2 or 3 years, we haven’t managed to complete our review.” Actors at Center D worked together to set their objectives without any contact with the Center’s managers. “We are left to our own devices; we prepare the annual plan together, on our

own.” Activities in Centers A, B, C and D were associated with symbols, but not with any regular ritual. The actors in Center D had a breakfast meeting with committee volunteers for Christmas, but these meetings were only organized from time to time, and did not become an annual ritual. In addition, activities at Centers A, B, C and D had their own jargon. For example, the actors and volunteers spoke of a heart health promotional activity dealing with nutrition as a “food booth”.

Rules: Activities at Centers A, B and C were subject to rules, but this was not the case at Center D. Activities were supervised by a coordinator in Centers A, B and C, but not in Center D. According to one actor in Center D, “there was one key person, but the responsibilities were never officially recognized. Heart health activities haven’t really been entrenched, because we don’t have control over them. The Center’s management lets us do what we want, there is no supervision, we get together and prepare a work plan each year, but we don’t have to submit it to anyone.” In Centers A, B and C, the activities and a description of the tasks were integrated into the planning process, but this was not the case at Center D. As a Center D's actor put it, “I don’t know if heart health is mentioned as one of our activities somewhere in the Center’s documentation, but I don’t think so.” Finally, written rules corresponded to activities in Centers A, B and C. There were a manual of procedures for cardiovascular risk factors screening, a protocol for community-based cardiac rehabilitation, and a heart health promotion manual dealing with healthy eating. Center D had no such written rules.

DISCUSSION

Our study results show that the activities in 2000 vary by center and according to the characteristics of the proposed routines. They suggest that the project produced no routinized activities in Center E. Activities in Center D have not been routinized, they do not meet all the characteristics. Activities in Centers A, B and C are routinized, and have all the characteristics of routines. In other words, our results suggest that the project is routinized in Centers A, B and

C, and that it is not routinized in Centers D and E. This supports the notion that a simple analysis of current activities according to the four identified characteristics of organizational routines enables us to assess the routinization of health promotion programs.

Results from Center E show the absence of any activity resulting from the project, a situation that could be expected. The literature on health promotion provides several examples where no long-term activity are continued (Florin et al., 1992; Goodman & Steckler, 1988; Lackey et al., 2000; O'Loughlin et al., 1998; Rissel et al., 1995; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Wickizer et al., 1998). For example, Goodman and Steckler (1988) examined the sustainability of a program to keep young people from smoking or becoming addicted to alcohol or drugs; the end of the federal funding coincided with the cessation of all program activities.

The results for Center E also suggest something that had not been described previously; the existence of unofficial activities derived directly from programs. In Weber's terms, these activities consist of behavior for which the intent is understood by the actors and their clients but not by Center E's managers, who are simply unaware of them. We had expected that some of the centers' activities would be routinized and others not, but we had not expected to see them running outside of managerial awareness.

This observation of unofficial activities was implicit in two other studies. Wickizer et al. (1998) looked at the sustainability of 11 health promotion programs financed by the Kaiser Foundation. In one program, "program and coalition were terminated but selected prevention activities were continued; limited school-based activities and community parenting classes were maintained on an informal basis" (p. 138). Lichtenstein et al. (1996), for their part, examined the sustainability of the COMMIT program. They found that some of COMMIT's

smoking prevention activities were continued without the coalition, ongoing financing or paid staff.

This analysis of the literature on the sustainability of health promotion programs in organizations allows the following interpretation of our results. The absence of official activities in Center E suggests that its activities have a low level of sustainability, taking the form of a few informal activities derived from the project. The presence of activities in Center D suggests that project activities are sustained, although the situation is precarious because of the lack of any routinized activities. Finally, the presence of routinized activities in Centers A, B and C suggests that the project is well sustained or routinized in these centers.

These results are based on reliable data; as shown by the high concordance between the available documentation and the actors responses to the questions. Results were validated by the actors and the project regional coordinator. In addition, the small sample size (five organizations) does not appear to have affected the validity of the results; as shown by the variation in observations by center and according to the characteristics of the routines.

Speaking more generally, our results indicate four degrees of program sustainability in health promotion. *The absence of sustainability*: The program is not sustained; no ongoing activities come out of it. *Precarious sustainability*: The program is sustained, but the future of its status is uncertain. Actors maintain some residual activities on an informal basis as part of their functions in the organization, but this is completely unrelated to the program. The continuation of these activities depends entirely on the initiative of these actors. *Weak sustainability*: The program is sustained but the activities are weakly maintained. Official activities result but they are not routinized. The activities may be subject to radical changes in the short term. *Sustainability through*

routinization: The program is sustained, activities have resulted from it, and they have been routinized. Their maintenance seems assured in the medium term.

These results confirm the usefulness of the concept of routines as operationalized through four characteristics derived from organizational literature. Organizational routines are in effect social structures that materialize sustainable programs in organizations, including health centers, schools, work sites, coalitions and community groups (Pluye et al., 2002). In addition, our study shows that the empirical management of these characteristics is easy to achieve. The interviews are brief. Data are factual and summarizing them is not difficult. The results reveal which activities are routinized and which are not, because the latter will not show all the characteristics of routines, as in Center D. When the programs do not produce any official activity, the interviews investigated the possibility that informal activities were present, as in Center E.

In this study, we examined current routines. Excluding the temporal dimension of the questions adapted from Goodman et al. (1993) is a clear break from the work of Goodman et al. (1993) and Barab et al. (1998) on the measurement of routinization in health promotion programs. Our results describe routinized activities at a specific time, without taking into account any previous routinization process that might have led to current routines. This removal of the temporal dimension of the questions was done implicitly in one other study (Goodson et al., 2001).

CONCLUSION

This article proposes a new conceptualization of program sustainability. Furthermore, the associated operationalization of the concept of organizational routines has revealed four degrees of sustainability: the absence of any activity derived from programs, the presence of unofficial activities, the presence of official activities, and the presence of routinized activities. In order to

arrive at this operationalization, we have made a distinction between activities that are routinized and those that are not, as they appear among all program objectives-related activities. The proposed clarification of the notion of sustainability must be further validated in much larger samples.

Finally, these study results make no judgment about the relevance of the continued or routinized activities, particularly concerning their relationship to program objectives. Our conception of routines also includes counter-productive activities. Program stakeholders and decision-makers should be wary of the existence of such counter-productive activities. Finding them is justification enough for completing an evaluation. Thus, the search of these activities may contribute to the issue of evaluating both quality and sustainability (Rissel et al., 1995). In other words, these results lead us to believe that studying program sustainability provides real opportunities for a critical review of program activities as described by Argyris and Schön (1999).

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors wish to thank Daniel Campeau for his comments on previous versions of this paper. Pierre Pluye received a Doctoral Fellowship Award from the National Health Research Development Program (NHRDP # 6605-5358-47). Louise Potvin holds the Chair in Community Approaches and Health Inequalities funded by the Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Institutes of Health Research (CHSRF-CIHR # CPI-052605). Jean-Louis Denis holds the Chair in Transformation and Governance of Health Care Organizations (CHSRF-CIHR # CPI-052505).

**TABLE 1
OVERVIEW OF HEART HEALTH PROMOTION ACTIVITIES IN THE 5 CENTERS, 1987-1997**

	Background	Regional Public Health Authority	Center A	Center B	Center C	Center D	Center E
1987-88	Identification of heart health as a regional health priority	Quarterly meetings of the centers' actors and planning of a pilot project	Heart health program set up, led by actors from the center	Heart health program planned by actors from the center			Heart health program planned by actors from the center
1988-89		"	Community action initiated in heart health	Community action initiated in heart health	Heart health program set up, led by actors from the center	Heart health program set up, led by actors from the center	Heart health program set up, led by actors from the center
1989-90		"	"	"	Community action initiated in heart health	"	"
1990-91		"	"	"	"	"	Community action initiated in heart health
1991-92	Beginning of federal and provincial government financing for the pilot project	Quarterly meetings continued and annual meetings with pilot project volunteers	"	"	"	Community action initiated in heart health	"
1992-96	"	"	"	"	"	"	"
1996-97	End of federal and provincial government financing for the project	Merger with another region: the new region no longer considers community action in the field of heart health as a priority	Local heart health development (4 committees)	Local development (4 committees)	Local development (1 committee) and social heart health planning	Local development (2 committees) and social planning	Local development (1 committee) and social planning

TABLE 2
DISTRIBUTION OF THE CENTERS' ACTIVITIES IN 2000 (ACTIVITIES DERIVED FROM THE PILOT PROJECT)

	Center A	Center B	Center C	Center D	Center E
Local development activities. Centers' actors support volunteer heart health promotion committees:					
Total number of committees	4	2	1	5	No activity of this type
1. Support of health education outreach programs led by community volunteers:					
• promotion of physical activity	3	2	0	0	No activity of this type
• promotion of heart-friendly eating	2	2	0	5	
• community blood pressure screening	4	2	1	5	
• cardiovascular risk factor screening	4	0	0	0	
• health education conference or conference lunch	3	2	0	0	
• meetings in the schools to sensitize young people to the risks of smoking	0	1	0	1	
• health promotion for heart patients (community-based physical rehabilitation and self-help)	0	1	0	0	
2. Support given to volunteers in the management of their committees:					
• follow-up on blood pressure measurements taken by volunteers	4	0	0	0	No activity of this type
• preparation of material and training of volunteers in health education	4	0	1	2	
• several annual meetings per committee for programming, follow-up and progress reports	4	2	1	2	
• liaison with regional public health authority	4	2	1	2	
Social planning activities. Heart health education sessions led by centers' actors (no committee involvement):	No activity of this type	No activity of this type	yes		No activity of this type
• education on healthy eating habits (cooking class held in the center)			yes		
• health education conferences held at the center			yes		
• blood pressure screening held in a school			yes		
• conference lunch on health education held in a school			yes		
• distributing a health education message to the media			yes		
• fitness education in three community groups				yes	
• smoking cessation workshops (held at the center)				yes	

TABLE 3
DISTRIBUTION OF THE CENTERS' ACTIVITIES IN 2000 ACCORDING TO THE CHARACTERISTICS
OF THE ROUTINES (ACTIVITIES DERIVED FROM THE PILOT PROJECT)

Characteristics	Center A activities	Center B activities	Center C activities	Center D activities
Memory				
1. Financial resources	Center has budget for community action	Center has budget for community action	Center has specific budget for heart health	Center has budget for public health
2. Human resources	A community organizer (2 hrs/wk*)	A nurse (2 hrs/wk*)	A nurse (7 hrs/wk*)	Two nurses and a community organizer (2-3 hrs/wk* each)
3. Material resources	~ one hundred dollars per year	~ one hundred dollars per year	~ one hundred dollars per year	~ one hundred dollars per year
4. Other resources	As required	As required	As required	As required
Adaptation				
5. Adaptation to the context	Requests from volunteers and availability of actors	Requests from volunteers and availability of actors	Requests from volunteers or clients and availability of actors	Requests from volunteers or clients and availability of actors
6. Adaptation to the effects	Popularity of activities	Popularity of activities	Popularity of activities	Popularity of activities
7. Barriers to adaptation	Educational activities	An anti-smoking activity	Blood pressure screenings	Blood pressure screenings
Values				
8. Explicit objectives	Center's annual plan	Center's plan	Center's plan	Objectives set by the actors
9. Symbols	Logo and committee names	Committee names	Committee name	Name of an activity
10. Rituals	None	None	None	None
11. Jargon	Yes	Yes	Yes	Yes
Rules				
12. Formal supervision	Center coordinator	Center coordinator	Center coordinator	None
13. Official plan	Center's annual plan	Center's plan	Center's plan	None
14. Task descriptions	Included in the plan	Included in the plan	Included in the plan	None
15. Written rules	Screening protocol	Rehabilitation protocol	Rules for healthy eating	None
*hrs/wk : hours of work per week allocated to activities				
ROUTINIZED ACTIVITIES	YES	YES	YES	NO

REFERENCES

- Altman, D. G., Endres, J., Linzer, J., Lorig, K., Howard-Pitney, B., & Rogers, T. (1991). Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health promotion projects. Journal of Community Health, *16*, 299-314.
- Altman, D. G. (1995). Sustaining interventions in community systems: On the relationship between researchers and communities. Health Psychology, *14*, 526-536.
- Argyris, C. (1993). Knowledge for action. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). Organizational learning: A theory of action perspective. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). Théorie et pratique professionnelle: Comment en accroître l'efficacité. Outremont: Les Éditions Logiques.
- Barab, S. A., Redman, B. K., & Froman, R. D. (1998). Measurement characteristics of the Levels of Institutionalization scales: Examining reliability and validity. Journal of Nursing Measurement, *6*, 19-33.
- Cohen, M. D., & Bacdayan, P. (1996). Organizational routines are stored as procedural memory: Evidence from a laboratory study. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.), Organizational learning (pp. 403-429). Thousand Oaks: Sage.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1996). Culture and organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.), Organizational learning (pp. 430-459). Thousand Oaks: Sage.
- Crowley, K. M., Yu, P., & Kaftarian, S. J. (2000). Prevention actions and activities make a difference: A structural equation model of coalition building. Evaluation and Program Planning, *23*, 381-388.
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1970). Processus de décision dans l'entreprise. Paris: Dunod.
- Dogson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literature. Organization Studies, *14*, 375-394.
- Edmondson, A., & Moingeon, B. (1998). From organizational learning to the learning organization. Management Learning, *29*, 5-20.
- Florin, P., Chavis, D., Wandersman, A., & Rich, R. (1992). A system approach to understanding and enhancing grassroots organizations: The Block Booster Project. In R. L. Levine & H. E. Fitzgerald (Eds.), Analysis of dynamics psychological systems: Methods and applications (pp. 215-243). New York: Plenum Press.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., & Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. Health Education Quarterly, *20*, 161-178.

- Goodman, R. M., & Steckler, A. B. (1988). The life and death of a health promotion program: An institutionalization case study. International Quarterly of Community Health Education, 8, 5-21.
- Goodson, P., Murphy Smith, M., Evans, A., Meyer, B., & Gottlieb, N. H. (2001). Maintaining prevention in practice: Survival of PPIP in primary care settings. American Journal of Preventive Medicine, 20, 184-189.
- Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In P. C. Nystrom & W. H. Starbuck (Eds.). Handbook of organizational design (pp. 3-27). Oxford: Oxford University Press.
- Hutchins, E. (1996). Organizing work by adaptation. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.). Organizational learning (pp. 20-57). Thousand Oaks: Sage.
- Lackey, J. F., Welnetz, T., & Balistreri, M. (2000). Ensuring a prevention presence when coalitions falter: A case study of a community coalitions demonstration project. Evaluation and Program Planning, 23, 355-363.
- Levitt, B., & March, J. G. (1996). Organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.). Organizational learning (pp. 516-540). Thousand Oaks: Sage.
- Lichtenstein, E., Thompson, B., Nettekoven, L., & Corbett, K. (1996). Durability of tobacco control activities in 11 North American communities: Life after the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). Health Education Research, 11, 527-534.
- Nelson, R. R., & Winter, S. G. (1982). An evolutionary theory of economic change. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nicolini, D., & Mezner, M. B. (1995). The social construction of organizational learning: Conceptual and practical issues in the field. Human Relations, 48, 727-746.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez Gomez, L., & Paradis, G. (1998). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. Preventive Medicine, 27, 702-712.
- Pelletier, J., Moisan, J., Roussel, R., & Gilbert, M. (1997). Heart health promotion : A community development experiment in a rural area of Québec, Canada. Health Promotion International, 12, 291-298.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7, 99-113.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2002). Making programs last: Conceptualizing sustainability. Submitted to Evaluation and Program Planning.
- Potvin, L., Paradis, G., Laurier, D., Masson, P., Pelletier, J., & Lessard, R. (1992). Le cadre d'intervention du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Hygie, 11, 17-23.

- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: Issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. Health Promotion International, 10, 199-207.
- Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. Annual Review of Public Health, 21, 369-402.
- Scheirer, M. A. (1993). Are the Level of Institutionalization Scales ready for "Prime Time" ? A Commentary on "Development of Level of Institutionalization Scales for Health Promotion Programs". Health Education Quarterly, 20, 179-183.
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research, 13, 87-108.
- Steckler, A., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 3, 34-44.
- Weber, M. (1995). Économie et société: Les catégories de la sociologie. Paris: Plon.
- Weick, K. E. (1996). The nontraditional quality of organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.). Organizational learning (pp. 163-174). Thousand Oaks: Sage.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1996). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight desks. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.). Organizational learning (pp. 330-358). Thousand Oaks: Sage.
- Wickizer, T. M., Wagner, E., & Cheadle, A. (1998). Implementation of the Henry J. Kaiser family foundation's community health promotion grant program: A process evaluation. The Milbank Quarterly, 76, 121-147.
- Yin, R. K. (1979). Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized. Lexington: Lexington Books.
- Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: Sage.

ARTICLE 3 – PROGRAM SUSTAINABILITY **(PART II) : SUSTAINABILITY BEGINS WITH** **THE FIRST EVENTS**

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2002).

Program sustainability (Part II): Sustainability begins with the first events.

Soumis à Health Education & Research.

Cet article consiste en une étude empirique des événements qui caractérisent le processus de routinisation des programmes. Pour ce faire, il mobilise la littérature sur les études longitudinales des processus organisationnels, il analyse les écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé et il applique la technique des incidents critiques. De plus, il combine une étude longitudinale de la routinisation avec les résultats de l'étude transversale qui est l'objet de l'article précédent. Il est original par rapport aux recherches sur les processus en promotion de la santé, et il contribue aux connaissances dans le domaine des recherches sur les organisations en combinant ces études longitudinale et transversale avec cette application de la technique des incidents critiques qui permet d'étudier rétrospectivement une décennie d'événements organisationnels.

Program Sustainability (Part II): Sustainability Begins with the First Events

Authors

Pluye, P., M.D., M.Sc.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal, P. O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Potvin, L., Ph.D.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal, P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Denis, J. L., Ph.D.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal, P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Pelletier, J., M.Sc.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent, Centre Hospitalier du Grand Portage, 75 St-Henri Street, Rivière-du-Loup, Quebec, Canada, G5R 2A4

Mannoni, C., M.D., M.Sc.

Médecins du Monde, 62 Marcadet Street, Paris, France, 75018

Correspondance

Pierre Pluye, M.D., M.Sc.

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculty of Medicine, University of Montreal

P.O. Box 6128, Centre-Ville Station, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7

Telephone: (514) 343-6111 ext. 8600 - Fax: (514) 343-2207

Email: Pierre.Pluye@umontreal.ca

SUMMARY

This study looks at the process by which programs become sustainable. In health promotion, sustainability is usually modeled as the final stage of programs. In practice, however, this stage model of processes is deceiving and misleading. This article proposes conceiving processes for implementing programs and for ensuring their sustainability as concomitant. To examine this proposition, we studied routinization, the sustainability process in organizations, which occurs when a sequence of events routinize program activities.

The empirical part of the study examined the routinization of the Quebec Heart Health Demonstration Project in five community health centers. The method consisted of a multiple-case study. We observed critical events that marked project activities in each center from 1987 to 1997. The data came from documents and interviews with key project actors, and the analysis considered different themes using the critical incident technique.

The results indicate that routinization events occur as soon as programs begin. These results suggest that the occurrence of specific routinization events foresees the presence of routinized activities derived from programs. These events are specific to the process of routinization and concomitant with events usually associated with implementation.

This points to two pathways that programs are sustained, where each corresponds to a cumulative sequence of events. It supports the proposition that the processes of program implementation and sustainability can be understood as concomitant. This study suggests that health promoters should consider program activities in terms of the sustainability from their very outset. In addition, they can take inspiration from the events presented herein when looking for the means to influence the sustainability of their own programs.

Key Terms : Health promotion programs, implementation process, sustainability process, routinization, institutionalization, critical events.

INTRODUCTION

In health promotion, the evolution of programs is usually modeled as a series of successive stages. According to this stage model, sustainability is the last stage, occurring after the implementation stage. However, this model is theoretically deceptive, and may lead to contradictory recommendations for program stakeholders (Pluye et al., 2002a). The implementation of a program and its sustainability are defined, respectively, as the launching of program-related activities and their continuation. In the alternative conceptualization of programs evolution discussed in this paper, implementation and sustainability processes are concomitant, with the process of sustainability beginning as soon as programs are implemented. This article examines these propositions by exploring program routinization.

Routinization consists of the sustainability of programs in organizations. We concur with other researchers in seeing routinization as the primary process of sustainability (Pluye et al., 2002a; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989; Weber, 1995; Yin, 1979). Indeed, in a previous article, we proposed that at any given time, a routinized program results from routinized activities (Pluye et al., 2002b). Drawing on Weber's definition (1995), an activity is the significantly understandable nature of the behavior of individuals with respect to the behavior of others. Programs prescribe the activities required to achieve a set of objectives that direct the behavior of stakeholders involved in the programs. Program-related activities consist of tasks to be completed while drawing on financial, human and material resources. Programs are routinized when program-related activities satisfy the characteristics that define organizational routines. Routinization is the process that leads to the establishment of such routines for program-related activities.

According to the organizational literature, events are the relevant observation units for studying processes (Abbott, 1995; Mohr, 1982; Peterson,

1998, Van de Ven, 1992; Van de Ven & Poole, 1995). What is distinctive about an event is what is set off in time by a before and an after, but “despite the apparent temporal precision indicated by the word *event*, there are clearly different levels of events: an event may be anything from a bad year, a merger, a decision, a meeting, a conversation, or a handshake” (Langley, 1999, p. 693). In order to explore the routinization process, we will examine the events that mark program-related activities. Our review of literature points to the following list of routinization events.

ROUTINIZATION EVENTS

The literature on routinization presents eight events that are associated with the presence or the absence of routinized activities. Among those, two are specific routinization events and six are joint routinization and implementation events. We analyzed events described in empirical studies on routinization of health promotion programs, and in the literature on organizational routines. This analysis indicated eight events associated with the presence or the absence of routinized activities. Among these, two events do not have an equivalent in the literature on implementation of health promotion programs, and six events are described in this literature. Therefore, this analysis suggests that the former are specific routinization events, and the later are joint routinization and implementation events (figure 1).

SPECIFIC ROUTINIZATION EVENTS

Resource stabilization: The literature suggests that the stabilization of financial, human and material resources encourages routinization. In a study of ten innovations, Yin (1979) provides five examples of events that stabilized resources and encouraged the routinization of innovations: a change in financial resources “from soft to hard money”; the maintenance of these resources through “each annual budget cycle”; the maintenance of human resources after “the introduction of new personnel” or “the promotion of key personnel”; a contract

for supplying and maintaining material resources “on a long term basis”; and the maintenance of these resources after each instance of “equipment turnover” (p. 63). The literature on health promotion suggests several similar examples. For Goodman et al. (1993), the incorporation of program activity financing in the “core funding” of an organization encourages the routinization of the program. Butterfoss et al. (1998) report that securing financing was “a milestone” in the routinization of a coalition program (p. 220). In a study of schools participating in the Minnesota Heart Health Program, Bracht et al. (1994) conclude that “school health programs may not be expected to survive long without a support structure that regularly revises, repackages and resells programs” (p. 253). Conversely, several examples indicate that a destabilization of resources hinders program routinization, particularly when there is a substantial reduction in the financial resources committed to program-related activities (Bracht et al., 1994; Goodman & Steckler, 1988; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Sorensen et al., 1995; Thompson et al., 2000; Wickizer et al., 1998).

Risk-taking: The literature suggests that risk-taking encourages routinization. When the organization takes risks in support of program activities, it builds confidence among stakeholders engaged in activities, and encourages the routinization of programs (Pluye et al., 2000). March (1996) found that organizations balance the exploitation of recognized activities with the exploration of new activities. Exploration is organizational risk-taking in order to pursue activities “of new knowledge, of things that might come to be known” (Levinthal & March, 1993, p. 105). In other words, the organization takes risks in trying activities, so the stakeholders adopt a “can do” attitude with respect to them and become “overconfident” in order to carry them out (p. 109). The empirical study of Levin (2000) supports these theoretical propositions: new products and new activities benefit from previous learning, and from a larger window of opportunity. “More extraordinary or exceptional learning will occur during product debuts, and have a greater effect, than the more incremental changes

made during a product's production life" (p. 634). We did not find any empirical illustration of these propositions in the health promotion literature.

JOINT ROUTINIZATION AND IMPLEMENTATION EVENTS

Incentives: The literature suggests that incentives encourage permanence in human resources and routinization. Incentives reward stakeholders (Pluye et al., 2000). In a study of ten programs, Steckler and Goodman (1989) suggest that when "benefits associated with the program outweigh costs, individuals become predisposed to supporting the program's continuance" (p. 38). In health promotion the incentives often cited include "networking, information sharing, resources sharing, involvement in an important cause, enjoyment, enhancing one's skills and receiving personal recognition" (Butterfoss, 1993, p. 322). For example, Prestby et al. (1990) specifically studied the role of incentives in the routinization of a program in neighbourhood associations. They point out that "the frequency of incentive management efforts was significantly higher in active associations" (p. 137). Other studies support these results (Butterfoss et al., 1998; Sorensen et al., 1995; Sutherland et al., 1998). Conversely, some costs specifically discourage permanence in human resources and hinder routinization. The costs most often cited are "time consuming, losing autonomy, expending scarce resources, overcoming an unfavourable image, lacking direction, lack of recognition, becoming burned out, lacking the necessary skills and feeling pressured" (Butterfoss, 1993, p. 322).

Adaptation of activities: The literature suggests that the adaptation of activities according to their effectiveness and according to need has an influence on the routinization process. For example, Paine-Andrews et al. (1996) suggest that the routinization of a program in a coalition is encouraged when stakeholders perceive the program as effective. Goodman and Steckler (1989) suggest that program activities appropriate to the needs of the population are a critical condition for routinization to take place. For example, according to

Jackson et al. (1994), routinization of the Stanford Five-City Project, which concerned heart health promotion, was difficult in those organizations where the mandate did not allow them to satisfy the more pressing needs of their community.

In counterpart, competition and the recognition of failure works against routinization. The routinization of activities relative to a program is hindered when they compete with other activities that give the organization a competitive advantage (Pluye et al., 2000). For example, in their discussion of the routinization of a Kaiser Foundation program in a coalition, Wickizer et al. (1998) note that “over time, other pressing problems surfaced, such as urban violence, that absorbed the energy, making it difficult to maintain the coalition’s interest in promoting health” (p. 143).

Finally, failed or ineffective activities, when recognized, hinder routinization. The recognition of failure to deliver activities hampers the purposes of routinization, because the organization then reinforces its traditional activities, which are considered sure to succeed (Pluye et al., 2000). Bracht et al. (1994), for example, maintain that “some Minnesota Heart Health programs were dropped because they were simply not attracting enough interest or participants” (p. 252).

Objectives fit: The literature suggests that routinization is more likely when program and organizational objectives are coordinated to fit. For Goodman and Steckler (1989), routinization occurs when the goals of organizations and programs are fitted to work together in an adjusted way. In the same vein, Wickizer et al. (1998) underscore “the importance of the fit between the goals of the program and the mission or the orientation of the organization” (p. 144). Conversely, a poor fit works against routinization. Bracht et al. (1994) suggest that “some agencies dropped the Minnesota Heart Health Program because they no longer viewed it as integrating well into their organizational framework or mission; a medical clinic incorporated a grocery-store product

labelling program for a period, but later dropped it in part because it did not integrate well with its usual activities” (p. 252). We propose that a change in strategic direction can be evidence of a poor fit between organizational and program goals (Pluye et al., 2000). Changes in direction are changes in organizational strategies, and they take the form of changes in objectives or activities. They hinder routinization when they interfere with program-related activities.

Transparent communication: The literature indicates that transparent communication between the stakeholders is necessary to achieve congruence among objectives, also to share cultural artefacts, thus promoting routinization. In health promotion, it is generally understood that “open communication helps the group focus on a common purpose, increases trust and sharing of resources, provides information about one another’s programs, and allows members to express and resolve misgivings about planned activities; durable coalitions often have frequent meetings and well-developed system of internal communication” (Butterfoss et al., 1993, p. 324). For example, Florin et al. (1992) looked at the routinization of a program running in neighbourhood associations, and suggest that the “active associations used more methods to communicate with members” than those that were inactive. Conversely, misinformation is evidence of poor fit between objectives or artefacts, and hinders routinization (Pluye et al., 2000). For example, Lackey et al. (2000) studied the routinization of a program in 5 community centers and concluded that the routinization process is hindered by distorted information. “When a committee designated the sponsor for the fifth center, accusations proliferated that the selection process has been narrowed” (p. 358). This center is no longer in operation.

Sharing cultural artefacts: The literature suggests that routinization is encouraged when cultural artefacts from program activities are shared with organizational artefacts. The sharing of cultural artefacts is one of the

ways programs and organizations adapt to each other and encourage routinization (Pluye et al., 2000). According to Goodman and Steckler (1989), routinization is the mutual adjustment of both program and organizational standards: “normative adjustments include accommodations between program and organizational structures, functions, beliefs, and behaviors” (p. 75). For example, Sorensen et al. (1995) state that “a participatory program, such as the WellWorks project, may be best suited to companies where employee participation is the norm” (p. 61).

Integration of rules: Finally, the literature suggests that routinization is encouraged when program rules are integrated into the rest of the organization’s rules. For Yin (1979), routinization is encouraged when “program functions become part of job descriptions and prerequisites” of organizations or when “the use of innovation becomes part of statute, regulation, manual, etc.” (p. 63). In other words, routinization is promoted by the supervision of program-related activities, the planning of these activities and the task descriptions (Pluye et al., 2000). For example, Florin et al. (1992) state that “active (sustained) block associations were more likely to operate with rules and procedures written and precisely defined” (p. 228).

IMPLEMENTATION EVENTS

Two additional events described by Roberts-Gray and Scheirer (1988) and Scheirer (1981) appear to be specific to implementation. *Adequate investment of resources:* “There is an adequate amount of qualified staff, staff time, financial support, and materials” to carry out the activities (p. 70). *Compatibility of the activities with those of the organization (vs. disruption of the operating work flow):* Activities are introduced into the organization and prove to be compatible with other organizational activities, both in practical and technical terms. “There is a compatibility of roles and staff contributions” (p. 74) and “an ability to carry program requirements into actual practice” (p. 77). Thus, our proposition on the concomitance of routinization and implementation processes

indeed, leads us to distinguish three categories of events: (1) specific routinization events, (2) joint routinization and implementation events, and (3) specific implementation events (figure 1).

Insert Figure 1 here

BACKGROUND

In order to explore the routinization process, we conducted a study of the routinization of the Quebec Heart Health Demonstration Project, hereinafter called “the project”. We studied the events that marked project activities in five rural community health centers (Pelletier et al., 1997; Potvin et al., 1992). Heart health education began in these centers in 1987, when the regional public health authority and the health center directors identified heart health as a priority. From 1987 to 1997, the regional public health authority coordinated quarterly meetings with all the actors involved in heart health in the community centers. The results of these meetings were used in planning the pilot project.

From 1987 to 1991, the five centers implemented a community action initiative in heart health. This project benefited from federal and provincial financing from 1991 to 1997, which was used to reinforce community action implemented by the centers. In 1997, the regional public health strategy was reoriented. The administrative functions of the governing regional public health authorities of two regions were merged, and the new organization no longer supported community action in heart health. In 2000, the project’s basic activities in the 12 communities were overseen by 12 heart health volunteer committees.

In a previous article we reported the following project routinization results observed in 2000 (Pluye et al., 2002a). *Centers A, B and C*: Activities that came out of the project in these centers were routinized; they satisfied all the

characteristics of organizational routines. *Center D*: Several activities came out of the project, but they were not routinized; not all characteristics of organizational routines were met. *Center E*: No official activity resulted from the project; thus, there was no organizational routine derived from the project in this center.

The specific objective of the present paper is to assess the variability of the events that marked the project-related activities in the five centers. This variability is examined in terms of the categories of the events presented in our literature review, the passage of time, and the presence or the absence of routinized activities derived from the project in 2000.

METHOD

The method used is a retrospective multiple-case study. According to the method proposed by Van de Ven and Poole (1995) for studying organizational processes, “we defined a qualitative datum, and entered raw data into incidents; we evaluated the reliability and validity of incidents; we coded incidents into qualitative events constructs; and we evaluated the reliability and validity of coded events” (p. 164). The five cases studied correspond to the five community health centers mentioned above. Building an exhaustive biographical collection of data on the events is an onerous task. We decided instead to collect only data concerning events that project actors judged important among those that occurred between 1987 and 1997. The data was collected in 2000. The project’s regional coordinator supplied activity reports and a list of actors involved in the project in the centers between 1987 and 1997. Twenty actors out of a group of twenty-three were able to participate in the study (Table 1). On the basis of the annual activity reports written between 1987 and 1997, we elaborated chronological lists of project-related activities that suggested 10 different activity categories: (1) the promotion of physical activity, (2) the promotion of healthy eating habits, (3) clinics for measuring blood pressure, (4) cardiovascular risk factors screening, (5) heart health education through the media, (6) other heart

health educational activities, such as community conferences, (7) meetings with volunteer committees (activity programming, follow-up and assessment), (8) volunteer training sessions, (9) activities in concert with the regional public health authority, (10) various other activities, such as fund-raising.

Insert Table 1 here

We then conducted interviews with project actors to gather detailed information on each of these activities. After each category of activity was read, the actor was asked the following question: *What were the important events, positive or negative, related to this category of activity?* Once they had responded, several generic questions were posed, as required, to further explore the significance given to the events (Chell, 1998). *How did this happen? Why? With whom? What did the people involved feel? How did you deal with the situation? What tactics did you use? What happened afterward or what were the perceived consequences?* Each interview lasted between 45 minutes and 3 hours. Each actor was also asked to specify additional informants. Of these additional interviewees, 4 out of the 9 identified participated in the study (Table 1). The discussion was centered on the events in which they took part. These interviews lasted between 15 and 30 minutes.

All interviews were recorded on audio cassette and transcribed, the transcriptions read and a list of events assembled. We then reread the interview excerpts for each event and summarized them by theme. A narrative was written to summarize the excerpts, using the critical incidents technique to clarify the importance of the events. According to Flanagan (1954), "in order to be critical an incident must take place in such a manner that it is clear to the observer, and the consequences of the critical incident must be clearly defined" (p. 327). A "vague incident" cannot be critical (p. 340). This technique has long been known to be reliable, valid and accurate for observing a process (Anderson & Nilsson, 1964; Tijus, 1985). For each event judged by the actors as important, we analyzed data

according to the generic questions listed above. The absence of a response to at least one of the following questions suggested a vague event that was therefore not critical: how did this happen? why? with whom? what happened afterward or what were the perceived consequences?. Only the critical events were retained for subsequent analysis.

For each critical event, when certain data were contradictory, we wrote a narrative and rival hypotheses. To do so, according to Habermas (1987), we first classified the points raised by the actors according to three criteria: the claim of verity for an objective point, of correctness for a normative point, and of authenticity for a subjective point. Secondly, for each point, we compared what each actor said with what the other said, and with what we knew from available documents. This comparison led us to criticize the validity of these points according to the following three reasons: objective (true or false point; suggesting a success or a failure), normative (appropriate or inappropriate point if the norm is fair; point criticizing a norm if the norm is unfair), and subjective (authentic or simulated point; a trustworthy or a misleading point). Thirdly, these criticisms suggested a plausible narrative, and rival hypotheses if needed. Finally, narratives were verified by eighteen actors of the twenty interviewed, and by four supplementary informants who were recruited using the so called snowball technique (table 1). Moreover, narratives were verified by a key informant who coordinated the pilot project between 1987 and 2000.

Finally, for each critical event, we analyzed the narrative according to criteria that define routinization or implementation events (figure 1). For example, a narrative indicates that an actor was hired in a center for a job in heart health promotion. The narrative specifies that the actor perceived this hiring as a good opportunity to change for a better job. According to the criteria mentioned, this event constitutes an incentive (personal recognition), i.e. a joint routinization and implementation event.

RESULTS

The observed and interpreted events from each center are presented in Table 2 to Table 6. Center A (Table 2): This center presents a collection of specific routinization events and no joint event. *Event A1*: In 1988, the Center offered a position to a staff member for implementing project-related activities. This actor considered it a way to gain access to better working conditions. We interpret this as an incentive. *Event A2*: In 1989, the Center changed its strategy regarding ongoing activities. We interpret this realignment as risk-taking. It was one of the first of two centers to implement community action on heart health. *Event A3*: In 1993, as a result of the distribution of heart-friendly recipes, activities linked to the promotion of healthy eating survived the loss of a project distributing messages on heart health. *Event A4*: In 1995, with the introduction of physical activity logs, activities for promoting physical activity survived the end of walking clubs. *Event A5*: In 1997, activities linked to cardiovascular risk factors screening survived a change in Canadian standards. In accordance with the new standards, the actors continued their activities in the form of screening target groups. *Event A6*: In 1997, activities to support volunteer committees survived the end of federal and provincial government financing because the relative autonomy of committees substantially reduced the actors' work loads. We interpret events A3 to A6 as stabilizations of resources. Events A3 to A5 ensured that activities derived from the project survived a technical change, and event A6 ensured that activities derived from the project survived a budget cycle.

Insert Table 2 here

Center B (Table 3): In this center, one specific routinization event occurred early. In addition, joint events that encouraged routinization were in conflict with events discouraging it. *Event B1*: In 1987, the Center offered positions to two actors for implementing project-related activities. These actors

saw the positions as opportunities to improve their working conditions. This event is an incentive. *Event B2*: In 1988, the Center suddenly changed its intervention strategy with respect to activities initially planned. It was the first in the region to implement community action for heart health. We interpret this event as risk-taking. *Event B3*: In 1992, the Center decided to respond to needs expressed by the population for physical rehabilitation activities for cardiac patients. This event demonstrates an adaptation of project activities according to needs. *Event B4*: In 1997, the Center stopped doing cardiovascular risk factors screening. The actors had doubts about the effectiveness of such screenings. This event is interpreted as a recognition of failure. *Event B5*: Also in 1997, organizational changes brought about a significant reduction in resources available for accomplishing activities derived from the project. These changes are evidence of a center strategic reorientation.

Insert Table 3 here

Center C (Table 4): One specific routinization event is observed. One joint event encouraged routinization, and four worked against it. *Event C1*: In 1989, this Center had formed a community volunteer committee to meet needs expressed by the local population. This event demonstrates an adaptation of project activities according to expressed needs. *Event C2*: There was turnover among the community organizers assigned to the project in 1991, 1992, 1993 and 1995. Between 1991 and 1997, these workers had very little involvement in the project because they did not consider it a priority. This event demonstrates competition between project activities and other community activities. *Event C3*: In 1994, project activities contributed to the adoption of a regulation prohibiting smoking in one school. Once it had been adopted, the activities required to reinforce this regulation commanded negligible resources. This event is interpreted as a stabilization of resources (guaranteed survival with respect to budget cycles). *Event C4*: In 1994, the Center brought an end to the promotion of physical activity. The walking clubs were not working. This event is interpreted

as a recognition of failure. *Event C5*: There was turnover among the key actors assigned to the project in 1994 and 1995. Between 1994 and 1997, in addition to the uncertainty surrounding working conditions, these actors felt isolated and overworked. This event demonstrates a cost that discourages actors. *Event C6*: In 1995, the Center stopped cardiovascular risk factors screening. The actors had come to doubt the usefulness of this screening. The screening was taken up again in 1996 following changes among actors in key positions. This indicates poor transmission of information between actors (misinformation).

Insert Table 4 here

Center D (Table 5): Two joint events that occurred in this center worked against routinization. *Event D1*: In 1996, the Center stopped project activities involving the promotion of physical activity. The walking clubs were not working. *Event D2*: In 1997, the Center stopped cardiovascular risk factors screening because the actors doubted their usefulness. These two events are interpreted as recognitions of failure.

Insert Table 5 here

Center E (Table 6): One joint event that encouraged routinization was up against five that worked against it. *Event E1*: In 1990, the Center formed a community volunteer committee to respond to needs expressed by the population. This event demonstrates an adaptation of activities to needs. *Event E2*: In 1995, a second volunteer committee ended their activities (with the exception of a walking club). The actors recognized that they failed with this committee. *Event E3*: In 1995, the Center stopped cardiovascular risk factors screening because the actors doubted its usefulness for the average citizen. They then tried to organize screenings in the workplace, but the companies' managers refused. This event is also a recognition of failure. *Event E4*: In 1995, the actors were no longer available for project activities because of competing activities; in particular health

care clinics. This demonstrates competition between project and other activities. *Event E5*: In 1997, organizational changes effectively ended project activities, demonstrating a strategic reorientation.

Insert Table 6 here

In Figure 2 we provide a schematic representation of all critical events that marked project activities in the five centers from 1987 to 1997. It also links these events with the presence or the absence of the project related routinized activities in 2000. There were meaningful variations in the observed events across centers. These variations suggest that specific routinization events, joint routinization and implementation events, and specific implementation events, occurred concomitantly throughout the evolution of the project. In addition, centers where specific routinization events occurred were also those where routinized project activities were observed in 2000.

Insert Figure 2 here

DISCUSSION

These results support our proposition concerning the concomitance of implementation and routinization processes. The project routinization process began early in Centers A, B and C. These results also support the proposition that specific routinization events characterize the routinization process of health promotion programs in organizations: risk-taking and stabilization of resources in Center A, risk-taking in Center B and stabilization of resources in Center C. Results suggest that there was no specific routinization event in Centers D and E where activities are not routinized. Variability in events by center, through time and by the presence / absence of project routinized activities in 2000 is in accordance with the definition of processes as cumulative sequences of events. A

cumulative sequence is a series of events that can enrich each other or work against each other (Van de Ven, 1995).

All these results support the idea that the occurrence of a specific routinization event foresees the routinization of programs or the presence of routinized activities. The results from Centers A and B suggest that routinization can begin with a specific routinization event that starts a cumulative sequence of events that may lead to routinized activities. Finally, it is as if the first specific routinization event put project-related activities on the road to routinization, leading to routinized activities.

The method used guarantees the reliability of the data as well as the validity of the results. *Reliability*: The critical incident technique has allowed a homogeneous definition of events reducing two shortcomings inherent in retrospective studies: for researchers, the definition of events stands as a major challenge (Langley, 1999), reliability of data in any retrospective study is also a major issue because the past is never recalled precisely as it was, but reconstituted as memory (Van der Maren, 1995). The critical incident technique reduces these risks in three ways. First, this technique led us to characterize critical events homogeneously throughout the data. Second, critical incidents are inevitably emotionally charged events, of which memories will be more detailed than other types of events. Third, critical incidents are landmarks in time; they seem less removed in time than ordinary events. For example, a trip is often marked by a critical incident. Memories of the trip will usually be structured in terms of what happened before and after this incident.

Validity: Given that a multiple-case study adopts a “logic of replication”, the comparison between centers supports the validity of the results (Yin, 1994, p. 45). The instrumentation used nevertheless has at least a partial effect on validity for two reasons. First, the small number of events observed in each center gives the impression that we lack a logical link between these events

and routinized activities. In other words, if we had used a biographical approach, we could have observed all the events in each center that modified activities accomplished between 1987 and 1997. "Biography and narrative do their work by constructing the causal unity of objects over time" (Heimer, 2001, p. 47). Second, events that occurred in 1998 and 1999 clearly influenced project routinization, but we did not observe these events because there were no written activity reports covering these years. Thus, we could not include activities completed in 1998 and 1999 in the activity summaries, and we could not collect data on the events of this period according to the method selected.

This process analysis of routinization provides logical arguments by which we can understand and foresee program evolution according to two pathways: a routinization pathway (Centers A, B and C) and a non-routinization pathway (Centers D and E), as shown in Figure 2. In turn, these pathways suggest two important applications for program stakeholders in health promotion. First, they invite stakeholders to consider the events that influence program-related activities, from the very beginning of programs, in terms of their routinization. We therefore support the approach put forward by Paine-Andrews et al. (2000) in which the planning of sustainability begins at the very start of programs. This reflexive approach breaks from the recommendations suggested by the stage model traditionally used in health promotion, in which sustainability is only considered after programs are implemented.

Second, these pathways materialize the proposition that the routinization process is marked by specific routinization events. In three cases, the occurrence of such events leads to routinized programs. This should encourage health promoters to trigger such specific routinization events, a recommendation supported by Jackson et al. (1994). Moreover, health promoters can take inspiration from these events and the joint events we have studied to initiate similar events, and in this way they can influence program routinization. All of

this therefore supports the conclusions of Goodson et al. (2001) that program routinization is not a linear process.

CONCLUSION

We began with eight routinization events inferred from the literature of which two were specific routinization events. Our empirical work documented the distribution of events that modified the activities of a heart health promotion project in five community health centers. The results suggest that specific routinization events may occur at the outset of health promotion programs. They suggest also that the occurrence of at least one such event foresees the presence of routinized activities that are derived from the programs. Given that routinization is the primary process of program sustainability (Pluye et al., 2002a), these results support the proposition that implementation and sustainability are concomitant processes. Moreover, they suggest two pathways by which we can understand and foresee program evolution: a routinization pathway and a non-routinization pathway. This proposition and these pathways give a better representation of the empirical reality than the stage model that is usually used in health promotion.

This article also indicates a method that adds to the body of knowledge on health promotion, providing the means to analyze processes' proverbial "black boxes" (Scheirer, Shediak & Cassady, 1995). Future research conducted using a similar method and drawing on a larger sample could identify "patterns of sequences of events" that represent different routinization strategies and may suggest recommendations for stakeholders involved in health promotion programs (Abbott, 1995; Van de Ven & Poole, 1995).

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors wish to thank Daniel Campeau for his comments on previous versions of this paper. Pierre Pluye received a Doctoral Fellowship

Award from the National Health Research Development Program (NHRDP # 6605-5358-47). Louise Potvin holds the Chair in Community Approaches and Health Inequalities funded by the Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Institutes of Health Research (CHSRF-CIHR # CPI-052605). Jean-Louis Denis holds the Chair in Transformation and Governance of Health Care Organizations (CHSRF-CIHR # CPI-052505).

FIGURE 1
ROUTINIZATION OR IMPLEMENTATION EVENTS

<p>Criteria defining specific routinization events</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stabilization of organizational resources devoted to activities*</i>: Stabilization of human resources (maintenance after introduction of new personnel or promotion of key personnel), financial resources (change from soft to hard money or survive budget cycles), and material resources (equipment supply or maintenance after equipment turnover, and on a long term basis) - vs. destabilization -. • <i>Organizational risk-taking with respect to these activities</i>: Exploration of new activities or new products - vs. exploitation -. 	<p>Criteria defining joint routinization and implementation events</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incentives reward the actors</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Benefits associated with activities (networking, information sharing, resources sharing, involvement in an important cause, enjoyment, enhancing one's skills and receiving personal recognition) - vs. discouraging costs -. - Implementation is facilitated when activities «increase benefits to clients» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 71); «incentives may be needed» (p. 77). • <i>Adaptation of activities</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Adaptation of activities according to their effects and to the needs of the population - vs. recognition of failure and competition -. - Implementation is facilitated when activities are «perceived cost-effective» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 76), and «guided by needs assessment» (p. 71). • <i>Objectives fit</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Fit between program and organizational objectives - vs. reorientation -. - Implementation is facilitated when «the program is consistent with the organization's goals and objectives» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 68). • <i>Transparent communication</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Open communication between actors and expression of misgivings about activities - vs. misinformation -. - Implementation is facilitated by «open review and comments» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 73). • <i>Sharing of cultural artefacts</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Mutual adjustment of both program and organizational norms, beliefs, and behaviors. - Implementation is facilitated when «the program is consistent with the organization's mission and culture» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 69). • <i>Integration of rules relative to activities into those of the organization</i> <ul style="list-style-type: none"> - Routinization: Program functions integrated into the set of the organization's plans, supervision rules, regulations, manuals, and job descriptions. - Implementation is facilitated by «the congruence between the program and the rules that govern the organization» (Roberts-Gray & Scheirer, 1988, p. 68).
<p>Criteria defining specific implementation events</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Adequate investment of resources</i>: Adequate amounts of staff time and financial support; Availability of qualified personnel, key materials and facilities. • <i>Compatibility of the activities with those of the organization</i>: Ability to carry program requirements into actual practice; Compatibility of roles and staff contributions - vs. disruption of the operating work flow -. 	

*Program-related activities that may become routinized

TABLE 1
PROJECT ACTORS AND ADDITIONAL INFORMANTS

	Actors	Actors interviewed	Actors having validated narratives	Additional informants	Informants interviewed
Center A	2	2	2	2	1
Center B	3	3	3	1	1
Center C	8	6	6	2	1
Center D	6	5	3	2	1
Center E	4	4	4	2	0
Total	23	20	18	9	4

TABLE 2
CRITICAL EVENTS AT CENTER A

CENTER A: THEMES AND NARRATIVES OF THE CRITICAL EVENTS	Events
<p>Event A1: A heart health position becomes available In 1988, the Center had an opening that would involve introducing heart health promotion activities. The actor who took the position considered it an opportunity to do another kind of work.</p>	<p>Incentive: For the actor, obtaining this position was an incentive.</p>
<p>Event A2: Change of intervention strategy In 1989, the Center changed its intervention strategy. Before that time, an actor organized cardiovascular risk factors screening in the workplace. This was changed to two actors engaged in community action in heart health, training volunteers and supporting their committees. The change came out of meetings held by the regional public health authority.</p>	<p>Risk-taking: At the time, Center A was one of the only two centers that had initiated community action in heart health.</p>
<p>Event A3: Heart-healthy recipes The actors supported committee volunteers in their heart-healthy eating education activities. In 1993, the actors and volunteers recognized that they were failing to get their message out. The volunteers suggested distributing heart-healthy recipes. The Center produced the recipes and the actors assisted volunteers in their distribution.</p>	<p>Stabilization of resources: These recipes suggest that activities continued in spite of a technical change.</p>
<p>Event A4: Physical activity logs The actors had assisted the committees in forming walking clubs but by 1995, the actors and volunteers recognized that these clubs had failed. In response, they created logs for keeping track of any physical activity. The volunteers accepted the idea and distributed the logs, which had been printed by the regional public health authority.</p>	<p>Stabilization of resources: These logs suggest that the activities survived a technical change.</p>
<p>Event A5: Targeted cardiovascular risk factors screening In 1997, the actors put an end to cardiovascular risk factors screenings in the average citizen for two reasons: there had been a change in Canadian standards, and the regional public health authority no longer had the funds to maintain the instrument for measuring cholesterolemia (federal and provincial project financing having ended). The actors reluctantly put a stop to these activities. They said that this threatened the survival of the committees, because the screening was a popular activity. One actor, with the approval of management and the Center's doctors, continued to support volunteers in the screening of targeted populations.</p>	<p>Stabilization of resources: The implementation of targeted cardiovascular risk factors screening suggests that the activities survived a technical change.</p>
<p>Event A6: Relative autonomy of three out of four committees In 1997, federal and provincial project financing ended. The volunteers on three out of four committees were relatively autonomous actors as concerned the promotion of physical activity, distribution of heart-healthy recipes and clinics for measuring blood pressure. Their need for support from the Center in their activities was minimal, and this substantially reduced actors' work loads.</p>	<p>Stabilization of resources: the relative autonomy of committees suggests that the activities survived a budget cycle (the federal and provincial financing).</p>
<p>Event A7: Regular support from the regional public health authority Starting in 1988, the regional public health authority organized quarterly meetings with actors from the centers in order to plan the pilot project. After 1991, it also organized annual meetings with actors and volunteers. During all these meetings, the actors and volunteers shared their experiences, were trained and received encouragement.</p>	<p>Investment in adequate resources: These meetings were quarterly or annual investments in training and material.</p>

TABLE 3
CRITICAL EVENTS AT CENTER B

Center B: Themes and narratives of the critical events	Events
<p>Event B1: Two heart health positions become available In 1987, this Center had two openings involving programming heart health promotion activities. The actors who took these positions considered them opportunities to do other kinds of work.</p>	<p>Incentive: For two actors, obtaining positions was an incentive.</p>
<p>Event B2: Change of intervention strategy The actors had programmed heart health activities as part of the Center's existing activities. In 1988, they met with an expert, followed his advice and programmed heart health community action. The Center accepted this change to its intervention strategy.</p>	<p>Risk-taking: At the time Center B was the only center to have initiated community action in heart health.</p>
<p>Event B3: Need for physical rehabilitation services for cardiac patients A committee leader asked for an assessment of the needs of cardiac patients. The actors organized two community forums in 1992 during which the need for physical rehabilitation activities for cardiac patients was discussed. With the approval of the Center's management, the actors decided to meet this need with community action.</p>	<p>Need: These activities were adapted to the needs of cardiac patients.</p>
<p>Event B4: End of cardiovascular risk factors screening The cardiovascular risk factors screening was a popular activity. The actors doubted the results because the people being tested were often already aware of their risk factors. In 1997, the actors stopped their screening at the request of the regional public health authority and in accordance with the new Canadian standards.</p>	<p>Failure: The actors' doubts about the screening suggest that they recognized that this activity was a failure.</p>
<p>Event B5: Strategic reorientation of the Center In 1997, organizational changes took place across the Center's territory and throughout the public health region. These changes involved the replacement of management personnel and a change in strategic direction that worked against community action in heart health. As a result, the time actors had to support the committees was substantially reduced.</p>	<p>Reorientation: This reorientation ran counter to community action activities in heart health.</p>
<p>Event B6: Regular support from the regional public health authority Starting in 1988, the regional public health authority organized quarterly meetings with actors from the five centers in order to plan the pilot project. After 1991, it also organized annual meetings with actors and volunteers. These meetings raised the standing of the actors and volunteers and encouraged a sense of belonging.</p>	<p>Investment in adequate resources: These meetings were quarterly or annual investments in training and material.</p>
<p>Event B7: Support for programming rehabilitation activities for cardiac patients The actors did not have adequate sources of information in order to program community-based physical rehabilitation activities for cardiac patients. In 1993, they met with an expert in the field, who gave them technical support and provided enough expertise such that they could program these activities according to accepted standards.</p>	<p>Investment: This support is interpreted as an investment in qualified personnel.</p>
<p>Event B8: Support for implementing rehabilitation activities In 1994, the actors assisted the volunteers in implementing rehabilitation activities. The committee was incorporated as a community agency in order to obtain funding, be insured and rent space. Doctors and nurses were found to supervise the rehabilitation sessions.</p>	<p>Investment: This support was an investment in qualified staff, time, funding and materials</p>

TABLE 4
CRITICAL EVENTS AT CENTER-C

Center C: Themes and narratives of the critical events	Events
<p>Event C1: An opportunity to create a committee In 1989, a community organization of elderly people in a rural community asked the actors to organize some health-related activities. The actors proposed the formation of a volunteer committee to deal with heart health issues and organized monthly clinics to measure blood pressure.</p>	<p>Need: These activities were adapted to the needs of the elderly.</p>
<p>Event C2: Turnover in community organizers There was a succession of four actors in community organization between 1988 and 1997. The changes were in 1991, 1992, 1993 and 1995. Most of these actors gave community action in heart health lower priority than community action for improving the general or social environment.</p>	<p>Competition: These actors gave higher priority to competing programs.</p>
<p>Event C3: Declaring a school a non-smoking zone In 1994, a school became a non-smoking zone. The actors assisted the school in its adoption of an internal regulation prohibiting smoking before it was covered by a provincial law. Once this regulation was adopted, no additional involvement by the actors or other community health center resources were required.</p>	<p>Stabilization of resources: The reinforcement of the rule requiring a negligible quantity of resources.</p>
<p>Event C4: Failure in physical activity promotion In 1994, two obstacles put an end to the development of physical activity promotion as part of the pilot project. These activities were in competition with other programs. The walking clubs, started by the actors, were not working because people preferred walking on their own or in small groups of friends.</p>	<p>Failure: The actors recognized that the walking clubs they had formed had failed.</p>
<p>Event C5: Turnover in key actors There was a succession of three key actors between 1988 and 1997. The actors who were nurses played an important role and were essential to the project. The turnover in these positions took place in 1994 and 1996. In addition to the uncertainty surrounding their positions, the two last actors felt isolated and overworked.</p>	<p>Costs: These changes were linked to important costs for the actors (uncertainty, isolation and overwork).</p>
<p>Event C6: Reinstitution of screening The actors organized cardiovascular risk factors screenings in average citizens and in schools between 1988 and 1994, then took it up again in 1996. In 1995 they suspended the screenings because they had doubts about the value of these activities. In 1996, after some personnel changes, the new actors reinstated this activity. They did not know why the activity had been suspended.</p>	<p>Misinformation: This reinstatement of the activity suggests that the misinformation between actors was due to the changes in personnel.</p>
<p>Event C7: Regular support from the regional public health authority Starting in 1988, the regional public health authority organized quarterly meetings with actors from the five centers in order to plan the pilot project. After 1991, it also organized annual meetings with actors and volunteers. All these meetings raised the standing of and gave encouragement to actors and volunteers. They were enriching and rejuvenating.</p>	<p>Investment in adequate resources: These meetings were annual or quarterly investments in training and material.</p>
<p>Event C8: Involvement of two actors in heart health in 1988 In 1988, two actors organized cardiovascular risk factors screenings, in particular in schools where the Center already had activities. The Center did not create any heart health positions. The Center authorized this screening on the condition that no additional resource would need to be invested.</p>	<p>Technical and practical compatibility: The screening was introduced into center activities.</p>

TABLE 5
CRITICAL EVENTS AT CENTER D

Center D: Themes and narratives of the critical events	Events
<p>Event D1: Failure of walking clubs In 1996, the walking clubs ended their activities. Starting in 1993, the actors were forming and supporting walking clubs. The walks organized by the clubs failed, in particular because the walks were organized according to fixed schedules and club members preferred flexible schedules.</p>	<p>Failure: The actors recognized that the walking clubs had failed.</p>
<p>Event D2: End of cardiovascular risk factors screening The cardiovascular risk factors screening was free for volunteers and a popular activity. The actors doubted the results, because the people being tested often were already aware of their risk factors. In 1997, the actors stopped these screenings at the request of the regional public health authority and in accordance with the new Canadian standards.</p>	<p>Failure: The actors' doubts about the screening suggest that they recognized that this activity had failed.</p>
<p>Event D3: Regular support from the regional public health authority Starting in 1988, the regional public health authority organized quarterly meetings with actors from the centers in order to plan the pilot project. After 1991, it also organized annual meetings with actors and volunteers. During all these meetings, the actors and volunteers shared their experiences, were trained and received encouragement.</p>	<p>Investment of adequate resources: These were annual or quarterly investments in training and material.</p>
<p>Event D4: A budget specifically for heart health In 1991, the Center was able to establish a budget for heart health with project financing from the federal and provincial governments. The budget enabled actors to begin organizing heart health educational activities in community organizations as well as cardiovascular risk factors screenings.</p>	<p>Investment: This budget represents an adequate amount in financial and human resources.</p>

TABLE 6
CRITICAL EVENTS AT CENTER E

Center E: Themes and narratives of the critical events	Events
<p>Event E1: An opportunity to form a committee In 1990, the actors formed a volunteer committee in a community where the population had expressed a need for regular visits by a doctor. The Center did not want to provide this medical service. The new committee met part of the need expressed by the population, in particular as it concerned measuring blood pressure.</p>	<p>Need: These activities were in part adapted to the needs of the population.</p>
<p>Event E2: A volunteer committee ends operations, becoming a walking club A committee of four or five heart health volunteers met several times in 1993 and 1994 in another community. In 1995, this committee ended operations, except for its walking club. The walking was the only activity it had initiated.</p>	<p>Failure: The actors recognized the failure of the committee they had formed.</p>
<p>Event E3: End of cardiovascular risk factors screening In 1995, cardiovascular risk factors screening ended. The actors decided to organize screening in the workplace and stop screening the average citizen on the street, which had been popular, but the actors doubted its relevance. Screening in the workplace failed because the employers refused to let their employees be tested during working hours.</p>	<p>Failure: The actors' doubts concerning the screening suggests that they recognized that the activity had failed.</p>
<p>Event E4: Lack of actors In 1995, an actor left the project to set up another program in the Center that dealt with medical care. During the same period, a second actor left the project to get more involved in clinical activities. A third actor felt that the three of them had abandoned the project.</p>	<p>Competition: This lack of human resources was associated with the actors' involvement in other competing programs.</p>
<p>Event E5: Strategic reorientation of the Center In 1997, the change in the Center's strategic direction was detrimental to activities derived from the project. The Center had merged with a hospital and this had increased care services while causing a reduction in health promotion services. The Center's management changed. Before 1997, management supported the project, but in 1997 the new managers did not reinvest in heart health promotion.</p>	<p>Reorientation: This reorientation was at the expense of community action activities in heart health.</p>
<p>Event E6: Regular support from the regional public health authority Starting in 1988, the regional public health authority organized quarterly meetings with actors from all five centers in order to plan the pilot project. After 1991, it also organized annual meetings with actors and volunteers. All these meetings were warmly received and they rewarded, motivated and provided training for actors as well as volunteers.</p>	<p>Investment in adequate resources: These meetings were quarterly or annual investments in training and material.</p>
<p>Event E7: A heart health position becomes available In 1988, the Center's management created a part-time position for heart health promotion. It was complementary to another, existing position that was focused on disease prevention. This new position gave the actor one day per week for organizing heart health educational activities.</p>	<p>Investment: This position was an investment in qualified staff time.</p>

FIGURE 2
DISTRIBUTION OF EVENTS OBSERVED ACCORDING TO CENTER, TIME AND ROUTINIZED
ACTIVITIES IN 2000

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	2000
Center A												
<i>RSE*</i>			A2 Risk-taking			A3 Stabilization			A4 Stabilization		A5 A6 Stabilization	Routinized activities
<i>Joint events</i>		A1 Incentive										
<i>ISE**</i>		A7 Investments	A7	A7	A7	A7	A7	A7	A7	A7	A7	
Center B												
<i>RSE*</i>			B2 Risk-taking									Routinized activities
<i>Joint events</i>	B1 Incentive					B3 Need					B4 Failure B5 Reorientation	
<i>ISE**</i>		B6 Investment	B6	B6	B6	B6	B6	B6	B6	B6	B6	
						B7 Invest.	B8 Invest.					
Center C												
<i>RSE*</i>								C3 Stabilization				Routinized activities
<i>Joint events</i>			C1 Need		C2 Competition	C2	C2	C2	C2	C4 Failure	C5 Costs	
<i>ISE**</i>		C7 Investment	C7	C7	C7	C7	C7	C7	C7	C7	C7	
			C8 Compatibility							C6 Misinformation		
Center D												
<i>RSE*</i>												Non routinized activities
<i>Joint events</i>										D1 Failure	D2 Failure	
<i>ISE**</i>		D3 Investment	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	
					D4 Investment							
Center E												
<i>RSE*</i>												No activities
<i>Joint events</i>				E1 Need					E2 Failure	E3 Failure	E4 Competition	
<i>ISE**</i>		E6 Investment	E6	E6	E6	E6	E6	E6	E6	E6	E6	

*RSE: Routinization specific events
 **ISE: Implementation specific events

REFERENCES

- Abbott, A. (1995). A primer on sequence methods. In G. P. Huber & A. H. Van de Ven (Ed.), Longitudinal field research methods: Studying processes of organizational change (pp. 204-227). Thousand Oaks: Sage.
- Altman, D. G. (1995). Sustaining interventions in community systems : On the relationship between researchers and communities. Health Psychology, 14, 526-536.
- Anderson, B. E., & Nilsson, S. G. (1964). Studies in the reliability and validity of the Critical incident technique. Journal of Applied Psychology, 48, 398-403.
- Bracht, N., Finnegan, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. Health Education Research, 9, 143-255.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. Health Education Research, 8, 315-330.
- Butterfoss, F. D., Morrow, A. L., Rosenthal, J., Dini, E., Crews, R. C., DeWitt Webster, J., & Louis, P. (1998). CINCH: An urban coalition for empowerment and action. Health Education and Behavior, 25, 212-225.
- Chell, E. (1998). Critical incident technique. In G. Symon & C. Cassell (Eds.). Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide (pp. 51-72). London: Sage.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. Psychological Bulletin, 51, 327-358.
- Florin, P., Chavis, D., Wandersman, A., & Rich, R. (1992). A system approach to understanding and enhancing grassroots organizations: The Block Booster Project. In R. L. Levine & H. E. Fitzgerald (Eds.). Analysis of dynamics psychological systems: Methods and applications (pp. 215-243). New York: Plenum Press.
- Goodman, R. M., & Steckler, A. B. (1988). The life and death of a health promotion program: An institutionalization case study. International Quarterly of Community Health Education, 8, 5-21.
- Goodman, R. M., & Steckler, A. (1989). A model for the institutionalization of health promotion programs. Family and Community Health, 11, 63-78.
- Goodman, R. M., Steckler, A., Hoover, S., & Schwartz, R. (1993). A critique of contemporary community health promotion approaches: Based on a qualitative review of six programs in Maine. American Journal of Health Promotion, 7, 208-220.

- Goodson, P., Murphy Smith, M., Evans, A., Meyer, B., & Gottlieb, N. H. (2001). Maintaining prevention in practice: Survival of PPIP in primary care settings. American Journal of Preventive Medicine, *20*, 184-189.
- Heimer, C. A. (2001). Cases and biographies: An essay on routinization and the nature of comparison. Annual Review of Sociology, *27*, 47-76.
- Jackson, C., Altman, D. G., Howard-Pitney, B., & Farquhar, J. W. (1989). Evaluating community-level health promotion and disease prevention interventions. New Directions for Program Evaluation, *43*, 19-32.
- Lackey, J. F., Welnetz, T., & Balistreri, M. (2000). Ensuring a prevention presence when coalitions falter: A case study of a community coalitions demonstration project. Evaluation and Program Planning, *23*, 355-363.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. Academy of Management Review, *24*, 691-710.
- Levin, D. Z. (2000). Organizational learning and the transfer of knowledge: An investigation of quality improvement. Organization Science, *11*, 630-647.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. Strategic Management Journal, *14*, 95-112.
- March, J. G. (1996). Exploration and exploitation in organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Eds.), Organizational learning (pp. 101-123). Thousand Oaks: Sage.
- Mohr, L. (1982). Explaining organizational behavior. San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez Gomez, L., & Paradis, G. (1998). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. Preventive Medicine, *27*, 702-712.
- Paine-Andrews, A., Fawcett, S. B., Richter, K. P., Berkley, J. Y., Williams, E. L., & Lopez, C. M. (1996). Community coalitions to prevent substance abuse: The case of the "Project Freedom" replication initiative. Journal of Prevention and Intervention in the Community, *14*, 81-99.
- Paine-Andrews, A., Fisher, J. L., Campuzano, M. K., Fawcett, S. B., & Berkley-Patton, J. (2000). Promoting sustainability of community health initiatives: An empirical case study. Health Promotion Practice, *1*, 248-258.
- Peterson, M. F. (1998). Embedded organizational events: The units of process in organization science. Organization Science, *9*, 16-33.
- Pelletier, J., Moisan, J., Roussel, R., & Gilbert, M. (1997). Heart health promotion: A community development experiment in a rural area of Québec, Canada. Health Promotion International, *12*, 291-298.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, *7*, 99-113.

- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2002a). Making programs last: Conceptualizing sustainability. Submitted to Evaluation and Program Planning.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2002b). Program sustainability (Part I): Focus on organizational routines. Submitted to Health Education Research.
- Potvin, L., Paradis, G., Laurier, D., Masson, P., Pelletier, J., & Lessard, R. (1992). Le cadre d'intervention du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Hygie, 11, 17-23.
- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: Issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. Health Promotion International, 10, 199-207.
- Roberts-Gray, C., & Scheirer, M. A. (1988). Checking the congruence between a program and its organizational environment. In K. J. Conrad & C. Roberts-Gray (Eds.). Evaluating program environments: New directions for program evaluation (pp. 63-82). San Francisco: Jossey-Bass.
- Scheirer, M. A. (1981). Program implementation: The organizational context. Beverly Hills: Sage.
- Scheirer, M. A., Shediak, M. C., & Cassady, C. E. (1995). Measuring the implementation of health promotion programs: The case of the Breast and Cervical Cancer Program in Maryland. Health Education Research, 10, 11-25.
- Shediak-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research, 13, 87-108.
- Sorensen, G., Himmelstein, J. S., Hunt, M. K., Youngstrom, R., Hebert, J. R., Hammond, S. K., Palombo, R., Stoddard, A., & Ockene, J. K. (1995). A model for worksite cancer prevention: Integration of health protection and health promotion in the WellWorks Project. American Journal of health Promotion, 10, 55-62.
- Steckler, A., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 3, 34-44.
- Tijus, C. A. (1985). Une réponse à Karl Popper: Est-il possible d'analyser les processus de la création artistique? Bulletin de psychologie, 38, 831-839.
- Van de Ven, A. H. (1992). Suggestions for studying strategy process: A research note. Strategic Management Journal, 13, 169-188.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Methods for studying innovation development in the Minnesota Innovation Research Program. In G. P. Huber & A. H. Van de Ven (Eds.). Longitudinal field research methods: Studying processes of organizational change (pp. 155-185). Thousand Oaks: Sage.
- Van der Maren, J. M. (1995). Méthodes de recherche pour l'éducation. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Weber, M. (1995). Économie et société: Les catégories de la sociologie. Paris: Plon.

Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. Canadian Journal of Councelling, 20, 242-254.

Yin, R. K. (1979). Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized. Lexington: Lexington Books.

Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: Sage.

DISCUSSION

1. RE-CONCEPTUALISATION DE LA PÉRENNISATION DES PROGRAMMES: CINQ TRAJECTOIRES

En promotion de la santé, la pérennisation représente un concept général pour étudier la continuation des programmes (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). L'analyse critique de la littérature nous a d'abord conduit à proposer que la routinisation constitue le processus primaire ou fondamental de la pérennisation des programmes. Nous pensons qu'il n'y a pas de pérennisation sans routinisation dans une forme quelconque d'action organisée : une organisation (établissement de santé, école, entreprise, coalition ou groupe communautaire). En référence à Weber (1995) et Yin (1979), le concept de routinisation définit la pérennisation des programmes dans les organisations. La routinisation conduit à des routines organisationnelles qui sont par définition durables.

Puis, cette analyse nous a conduit à proposer que la standardisation constitue un processus secondaire de pérennisation qui se superpose à la routinisation. Nous pensons qu'il n'y a pas de standardisation sans routinisation et qu'elle représente un concept pertinent pour étudier la continuation des programmes lorsque ceux-ci s'intègrent dans des politiques publiques. En référence aux écrits néo-institutionnalistes, la standardisation est un processus de pérennisation d'ordre supérieur par rapport à la routinisation. Autrement dit, les routines standardisées sont en théorie plus durables que les simples routines organisationnelles car les premières sont intégrées dans un contexte normatif qui les rend plus durables que les secondes.

Ces écrits suggèrent ensuite qu'un programme est routinisé dans une organisation lorsqu'au moins une activité qui découle de ce programme est routinisée (la routinisation des programmes se concrétisant en une routinisation des activités relatives aux programmes). Toutes les activités initiales du programme peuvent fort bien ne pas être routinisées, certaines étant discontinuées (Altman, 1995). La littérature sur les organisations nous a fourni quatre caractéristiques des routines (mémoire, adaptation, valeurs et règles). Autrement

dit, un programme est routinisé lorsqu'au moins une activité qui découle de ce programme possède ces quatre caractéristiques. En référence à Weber (1995), une activité est définie par l'orientation significativement compréhensible des comportements des acteurs qui sont impliqués dans les programmes par rapport aux comportements d'autres personnes. Les objectifs des programmes matérialisent une telle orientation.

Enfin, l'analyse critique de la littérature en promotion de la santé nous a conduit à proposer que le processus de pérennisation commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des programmes. De manière corollaire, nous avons proposé que les processus de pérennisation et d'implantation sont concomitants. L'implantation représente un concept général pour étudier la mise en oeuvre des programmes. Les programmes ne sont pas pérennisés sans être implantés. Concernant le processus fondamental de la pérennisation, la concomitance des processus nous amène à distinguer trois catégories d'événements pour différencier les processus de routinisation et d'implantation: les événements spécifiques de la routinisation, les co-événements de routinisation et d'implantation, et les événements spécifiques de l'implantation. Pour chaque catégorie, nous avons proposé entre deux et six événements, à partir de la littérature en promotion de la santé et de la littérature sur les organisations.

Pour examiner les propositions théoriques qui ont trait aux activités routinisées, nous avons étudié les activités qui découlaient d'un projet pilote dans cinq centres locaux de services communautaires en 2000. Les résultats suggèrent que les activités issues du projet étaient routinisées dans trois centres sur cinq. Activités routinisées: Les activités observées en 2000 dans trois centres possédaient les quatre caractéristiques des activités routinisées. Activités non routinisées: Les activités dans un autre centre possédaient trois caractéristiques sur quatre donc elles n'étaient pas routinisées. Aucune règle propre à ces activités n'était intégrée dans les règles du centre. Activités officieuses: Les activités dans le dernier centre n'étaient pas reconnues officiellement dans le centre. Les acteurs

poursuivaient quelques activités de manière officieuse qui n'étaient donc pas routinisées. Selon la définition de Weber (1995), l'orientation du comportement des acteurs de ce centre était compréhensible par les acteurs mais non par la direction du centre.

Pour examiner les propositions théoriques concernant la concomitance des processus de routinisation et d'implantation, nous avons étudié les événements qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet pilote entre 1987 et 1997. Les résultats suggèrent que ces activités étaient routinisées en 2000 lorsque le processus de routinisation incluait des événements spécifiques de la routinisation, comme la prise de risque et la stabilisation des ressources. Événements et activités routinisées: Deux événements indiquent que deux des trois centres où l'on observe des activités routinisées ont pris des risques en faveur du projet. Ces centres étaient les premiers de la région à implanter une action communautaire en santé du cœur. De plus, cinq événements indiquent que deux des trois centres où l'on observe des activités routinisées ont stabilisé les ressources pour accomplir les activités issues du projet. Cette stabilisation est survenue parfois rapidement dans le déroulement de ces activités. Par exemple dans un centre, les activités ont survécu à trois changements techniques dont le premier est survenu quatre ans après le début de ces activités. Événements et activités non routinisées: Les résultats suggèrent que les activités observées n'étaient pas routinisées lorsque le processus de routinisation n'incluait aucun événement spécifique de la routinisation, comme dans les deux centres où nous n'avons observé aucune activité routinisée.

Ensemble, ces résultats soutiennent les propositions qui ont trait aux activités routinisées et à la concomitance des processus de routinisation et d'implantation, et ils permettent de les raffiner. Ces résultats soutiennent d'abord que les caractéristiques des routines mentionnées constituent des outils d'analyse pertinents pour apprécier une variation parmi les activités qui découlent des programmes, à un moment quelconque du déroulement des programmes.

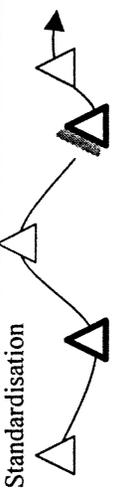
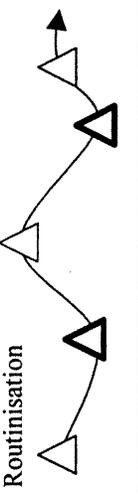
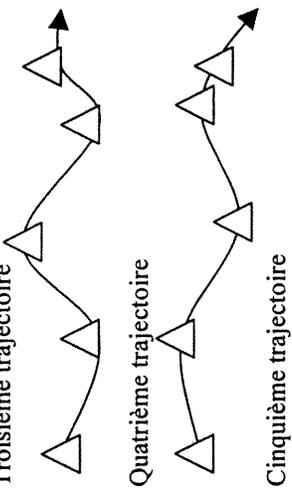
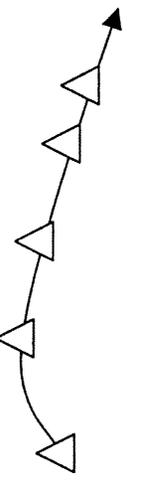
L'analyse de ces activités en fonction des caractéristiques des routines permet de distinguer les activités routinisées vis-à-vis des activités non routinisées. De plus, les résultats font apparaître des activités non routinisées inattendues, les activités officieuses.

Tout ceci raffine notre conceptualisation initiale de la pérennisation des programmes (figure 1). Les résultats suggèrent d'ajouter un degré¹ à notre échelle initiale : la pérennisation précaire. Pérennisation nulle: Aucune activité ne découle du programme dans une organisation. Pérennisation précaire: Quelques activités résiduelles du programme sont poursuivies officieusement par des acteurs dans une organisation, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec le programme. La continuation de ces activités dépend de ces acteurs. Pérennisation faible: Des activités officielles sont issues du programme mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles et ne sont donc pas routinisées. Ces activités peuvent changer de façon radicale à court terme. Pérennisation moyenne: Des activités routinisées sont issues du programme, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines. Ces activités sont durables. Pérennisation forte: Des activités à la fois routinisées et standardisées découlent du programme. Ces activités sont théoriquement plus durables que les simples routines. Elles n'ont pas été étudiées empiriquement.

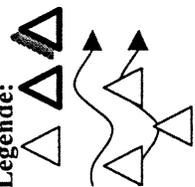
Ces résultats confortent ensuite notre proposition sur la concomitance des processus de routinisation et d'implantation; ils soutiennent également que les événements proposés constituent des outils d'analyse pertinents pour apprécier une variation parmi les événements qui jalonnent le déroulement des activités relatives aux programmes. Selon ces résultats, les événements spécifiques de la routinisation peuvent survenir dès le début du déroulement des programmes, de manière contemporaine aux co-événements de routinisation et

¹ Dans des domaines aussi divers que la littérature, le droit, la médecine, la musique ou les mathématiques, un degré consiste en un échelon, un rang ou un niveau dans une hiérarchie, sans forcément correspondre à un degré d'une échelle de mesure comme en physique (par exemple les degrés Celsius).

FIGURE 1 RE-CONCEPTUALISATION DE LA PÉRENNISATION DES PROGRAMMES: CINQ TRAJECTOIRES

Concomitance des processus de planification, d'implantation et de pérennisation: Événements d'implantation et de pérennisation	Passé Trajectoires	Présent ¹ (degré de pérennisation)
Événements de standardisation <ul style="list-style-type: none"> • Dissémination des programmes  • Politique publique standardisant les programmes 	Standardisation 	Routines standardisées ² (pérennisation forte)
Événements spécifiques de routinisation: <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisation des ressources pour accomplir les activités • Prise de risque par l'organisation en faveur des activités 	Routinisation 	Activités routinisées ³ (pérennisation moyenne)
Co-événements de routinisation et d'implantation: <ul style="list-style-type: none"> • Incitatifs récompensant les acteurs (vs. coûts) • Adaptation selon les besoins ou l'efficacité (vs. compétition ou échec) • Mise en adéquation des objectifs (vs. réorientation) • Communication transparente (vs. mésinformations) • Partage d'artefacts culturels • Intégration des règles des activités dans celles de l'organisation 	Troisième trajectoire 	Activités non routinisées (pérennisation faible)
Événements spécifiques d'implantation: <ul style="list-style-type: none"> • Investissement des ressources adéquates pour accomplir les activités • Introduction technique et pratique des activités dans l'organisation 	Quatrième trajectoire 	Activités officielles (pérennisation précaire)
	Cinquième trajectoire	Absence d'activités (pérennisation nulle)

Légende:



Notes:

1. Activités relatives aux programmes (lien logique activités-objectifs)
2. Routines intégrées dans des standards institutionnels (politiques publique)
3. Activités satisfaisant aux caractéristiques des routines organisationnelles (mémoire, adaptation, valeurs et règles)

d'implantation ou aux événements spécifiques d'implantation. Ces résultats soutiennent aussi la pertinence de distinguer des événements spécifiques de routinisation, et ils indiquent que ces derniers caractérisent les processus de routinisation qui conduisent à des activités routinisées.

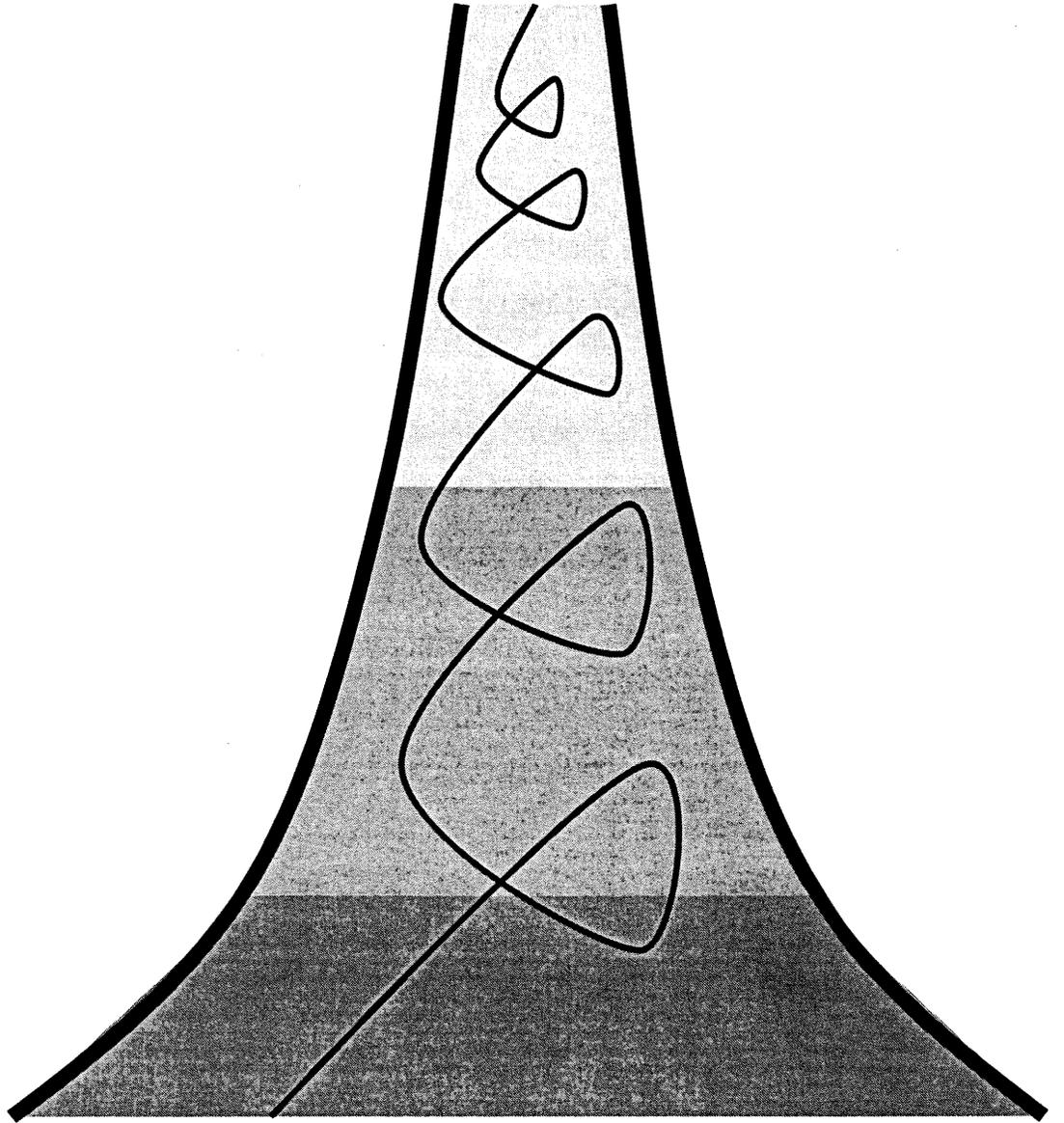
Tout ceci précise à son tour notre conceptualisation initiale en termes d'événements du processus de routinisation, ainsi qu'en terme de lien entre ces événements et les activités routinisées (figure 1). Événements spécifiques de routinisation: Ces événements consistent en la stabilisation des ressources organisationnelles et en la prise de risque par l'organisation en faveur de ces activités. Les résultats suggèrent que la survenue de ces événements favorise la présence d'activités routinisées. Co-événements de routinisation et d'implantation: Ces événements consistent en des incitations qui récompensent les acteurs, en l'adaptation des activités selon leur efficacité ou selon les besoins, en une mise en adéquation des objectifs ou en partage d'artefacts, et en l'intégration des règles qui régissent ces activités dans les règles organisationnelles. Les résultats suggèrent que la présence d'activités routinisées n'est pas présagée par l'occurrence de ces événements. Événements spécifiques de l'implantation: Ces événements consistent en un investissement des ressources adéquates et en une compatibilité des activités des programmes avec celles de l'organisation. Par ailleurs, les événements théoriques de standardisation n'ont pas été étudiés empiriquement et ils ne sont pas modifiés par cette re-conceptualisation.

Ce travail indique cinq trajectoires des programmes (figure 1). Chaque trajectoire est définie par un point (le présent) et par un processus (le passé). La première trajectoire est théorique, et l'ensemble des résultats empiriques en indiquent quatre autres. La première aboutit en théorie à des routines standardisées, elle combine des événements théoriques de standardisation, des événements spécifiques de routinisation, des co-événements de routinisation et d'implantation, et des événements spécifiques d'implantation.

La deuxième aboutit à des activités routinisées, elle combine des événements spécifiques de routinisation, des co-événements de routinisation et d'implantation, et des événements spécifiques d'implantation. La troisième, la quatrième et la cinquième aboutissent respectivement à des activités non routinisées, à des activités officieuses ou à l'absence d'activités. Ces trois dernières trajectoires combinent des co-événements de routinisation et d'implantation, et des événements spécifiques d'implantation.

Ces cinq trajectoires convergent vers un point et aucune de ces trajectoires n'est linéaire (figure 1). À propos notamment de la deuxième trajectoire, nous pensons que si nous avions disposé d'un instrument de mesure de la routinisation du programme, nous aurions pu mesurer la routinisation à plusieurs reprises et nous aurions observé une variation de la routinisation en fonction du temps dans les trois centres où des activités sont routinisées. D'ailleurs, Goodson et al. (2001) ont étudié en 1997, en 1999 et en 2000, les routines qui découlent du programme « Put Prevention Into Practice » dans cinq centres de santé. Pour chaque centre, cette étude indique une variation de la routinisation en fonction du temps. Cette étude soutient que l'évolution de la routinisation n'est pas linéaire. En référence à Langley et al. (1995), cette convergence et cette non-linéarité du processus de routinisation est en adéquation avec les processus décisionnels dans les organisations (figure 2). Dans les organisations, «la prise de décision suit une trajectoire générale de convergence graduelle» vers une situation finale, elle ne consiste pas en «une série d'étapes sur une séquence linéaire», elle est plutôt non ordonnée, combinant action et décisions de manière inextricable dans des processus décisionnels (p. 266). Citant Barnard, Langley et al. suggèrent que ces processus décisionnels consistent en «approximations successives - raffinant constamment les propositions, distinguant de mieux en mieux les faits - pour lesquelles la marche du temps est essentielle» (p. 266).

FIGURE 2 PRISE DE DÉCISION CONVERGENTE ET NON LINÉAIRE (D'APRÈS LE SCHEMA DE LANGLEY ET AL., 1995, P. 266)



L'ensemble des résultats suggère également que chaque trajectoire correspond à une séquence cumulative d'événements (figure 1). Une séquence cumulative consiste en une progression d'événements qui peuvent renchérir les uns sur les autres ou s'opposer (Van De Ven, 1992). Par exemple, les résultats indiquent que la présence d'activités officieuses dans un des centres découle du cumul de cinq événements. Un événement favorisait la routinisation et quatre événements la défavorisaient. (1) *Adaptation aux besoins - Une opportunité pour former un comité*: La formation d'un comité de bénévoles en santé du coeur dans une localité répondait aux besoins de la population. (2) *Échec - Réduction d'un comité de bénévoles à un club de marche*: Les acteurs du centre qui étaient impliqués dans le programmes reconnaissaient l'échec du comité qu'ils avaient formé. (3) *Échec - Arrêt des dépistages*: Les doutes des acteurs sur les dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire suggèrent que les acteurs reconnaissaient l'échec des dépistages. (4) *Concurrence - Manque de disponibilité des acteurs*: Ce manque de disponibilité était associé à l'implication des acteurs dans des programmes concurrents. (5) *Réorientation du centre*: La réorientation du centre défavorisait les activités d'action communautaire en santé du coeur qui découlaient du programme.

De plus, chaque trajectoire suggère une prévision de l'avenir des activités relatives au programme dans les centres. En référence à la théorie du triple présent de Saint-Augustin, l'observation du passé et du présent fonde les prévisions du futur (Ricoeur, 1983, tome 1). Selon cette théorie, le présent est constitué de trois composantes: le présent-passé, le présent-présent et le présent-futur. Il existe deux possibilités pour observer le temps: l'observer selon un récit des événements du passé (présent-passé) ou l'observer à un moment donné (présent-présent). Ces deux observations peuvent être combinées pour prévoir ce qui va se passer (présent-futur). En référence à cette théorie, les cinq trajectoires mentionnées permettent de prévoir le futur des activités relatives au programme dans les centres (figure 1). Par exemple, la trajectoire de routinisation prévoit une

continuation de ces activités à plus long terme dans les trois centres où les activités sont routinisées que dans les deux autres centres.

De manière générale, les prévisions sur l'avenir des programmes sont implicites dans les trajectoires et les degrés de pérennisation (figure 1). Dans chaque organisation, on prévoit un avenir ou une continuation à long terme pour les programmes qui suivent une trajectoire théorique de standardisation. Les programmes dont l'avenir ou la continuation à moyen terme sont prévisibles empruntent une trajectoire de routinisation. On prévoit que les programmes non routinisés seront continués à court terme (troisième trajectoire) ou à très court terme (quatrième trajectoire). De plus, certains programmes ont disparu (cinquième trajectoire).

Cette disparition suggère l'existence d'un point final temporel des programmes ou point final des activités qui en découlent. Éventuellement, toutes ces activités disparaîtront. Depuis le début de ce travail, nous examinons le déroulement des programmes depuis leur commencement sans évoquer de point final. Nous n'avons jamais traité de la disparition des activités et par voie de conséquence jamais défini la disparition des programmes. Pourtant, cette disparition constitue à l'évidence un élément crucial du devenir ou de la pérennisation des programmes. Une re-conceptualisation de la pérennisation des programmes en fonction de ce point final nous conduit vers un modèle théorique du processus de pérennisation.

2. MODÈLE THÉORIQUE DE LA PÉRENNISATION: DEUX CONFIGURATIONS

Les résultats de notre travail suggèrent que les activités routinisées survivent et meurent dans les centres. Survie et mort constituent des métaphores appropriées pour proposer deux configurations du processus de pérennisation des programmes. Ces configurations nous conduisent vers un modèle théorique de la pérennisation.

2.1 SURVIE-RENOUVELLEMENT ET MORT-TRANSFORMATION DES ACTIVITÉS ROUTINISÉES

Notre travail suggère que les activités sont routinisées pendant un laps de temps fini. Les routines organisationnelles survivent et meurent. Le temps des phénomènes humains, culturels ou sociaux, est borné par la disparition ou la mort. L'opposition entre ce temps mortel et le temps universel suscite l'idée que les types d'activités relatives aux programmes de promotion de la santé n'ont pas de début ni de fin en soi. Les activités routinisées consistent en une sélection d'activités dans l'évolution d'un type d'activités, elles disparaissent à un moment donné, en ayant à leur tour contribué à cette évolution.

Premièrement, les résultats de notre travail suggèrent que des activités routinisées survivent à la disparition d'autres activités. Par exemple, dans le Centre C, les cliniques pour mesurer la pression artérielle ont survécu à la disparition des dépistages des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (annexe 7). Ces cliniques ont survécu de manière inchangée entre 1991 et 2000 alors que leur pertinence était mise en doute par les acteurs. Ces doutes indiquent qu'en l'absence de changement, la survie des routines risque de conduire à pérenniser des routines désadaptées qui n'ont pas à l'être.

D'ailleurs, nos résultats suggèrent que le renouvellement des routines diminue ce risque. Dans le Centre A, les dépistages des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire pour le tout-venant se sont renouvelés sous forme de dépistages ciblés, en raison notamment du changement des normes canadiennes (annexe 5). Cette adaptation aux normes a évité de pérenniser à tort les dépistages pour le tout-venant. Grâce à cette adaptation, les dépistages dans le Centre A ont survécu à la disparition des dépistages dans les autres centres.

Deuxièmement, notre travail suggère la notion de la mort des routines organisationnelles. Par exemple, dans le Centre C, les dépistages des

facteurs de risque de maladie cardiovasculaire ont cessé en 1997 (annexe 7). La mort constitue le point final symbolique du temps des constructions sociales, notamment des routines. «Il arrive quelque chose même aux structures les plus stables. Il leur arrive quelque chose: en particulier, de mourir» (Ricoeur, 1983, tome 1, p. 396).

Troisièmement, les routines meurent et se transforment. Ricoeur (1983) soutient la proposition d'un temps unique, universel, qui constitue «une représentation originaire du temps qui est donnée comme illimitée» (tome 3, p. 90). Dit simplement, les activités relatives aux programmes n'ont pas d'aboutissement ou de commencement précisément défini par rapport à l'évolution d'un type d'activités en promotion de la santé ou en santé publique, comme les dépistages dans notre travail. D'une part, la mort des dépistages des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire dans quatre centres annonce une transformation à venir, probablement en dépistages génétiques. D'autre part, les dépistages des facteurs de risque constituent une évolution par rapport aux tests de dépistage des maladies infectieuses. Ces dépistages permettent d'intervenir avant l'apparition des symptômes cliniques. Ils constituent une évolution par rapport au dépistage historique des porteurs symptomatiques de pathologies infectieuses dans les quarantaines.

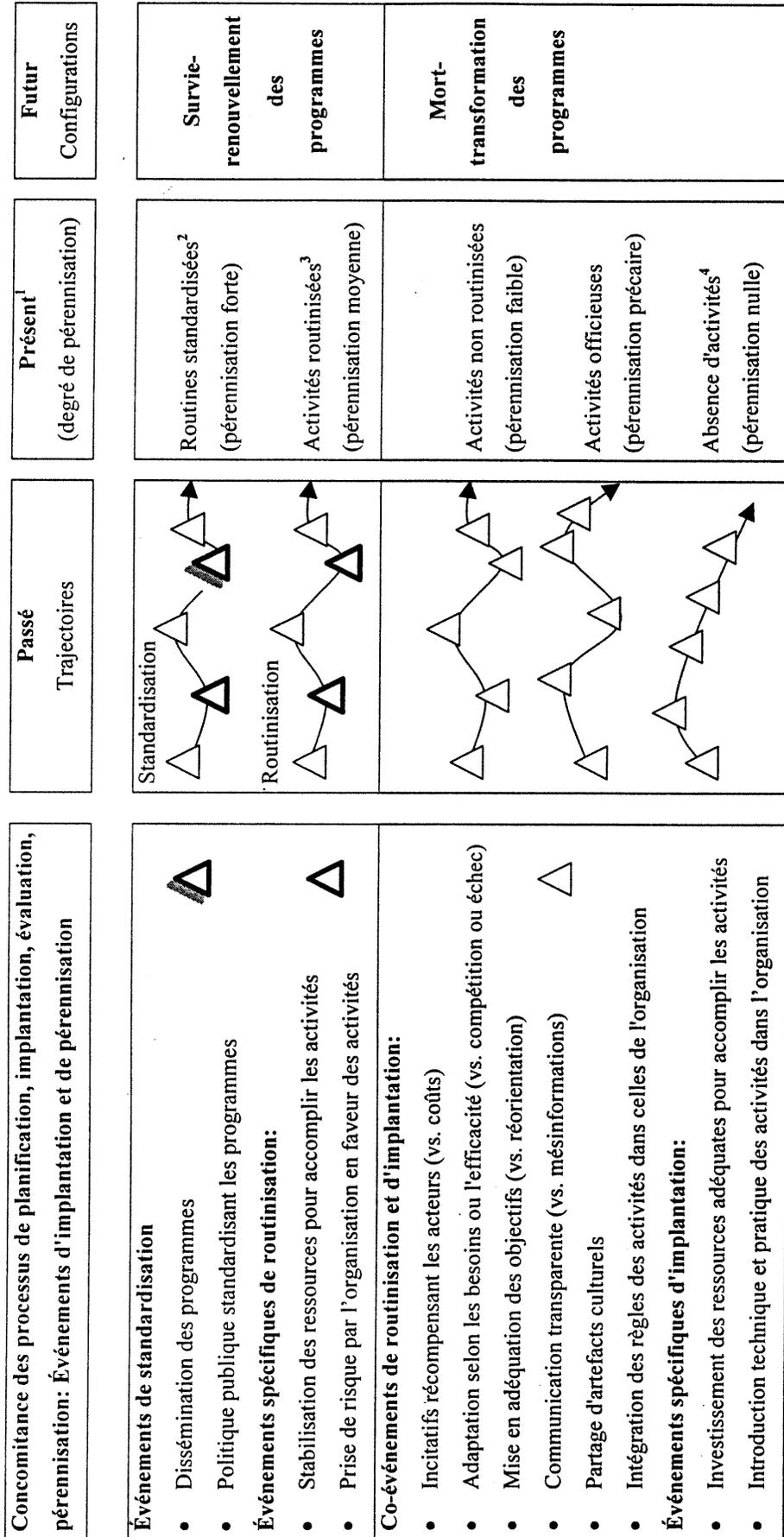
Le critère de distinction entre survie-renouvellement et mort-transformation des routines est d'ordre téléologique. L'examen du rapport «entre moyens et fins» suffit pour établir un lien d'ordre téléologique (Ricoeur, 1983, tome 3, p. 353). Dit simplement, c'est l'intention qui compte. Dans notre travail, un lien logique unissait entre les activités routinisées et les objectifs du projet pilote. Les routines observées en 2000 découlaient du projet, elles prolongeaient dans le temps les activités accomplies entre 1987 et 1997. Toutes ces routines avaient des objectifs similaires en termes de prévention des maladies cardiovasculaire dans la population générale ou de stratégie d'intervention (développement local axé sur la santé du coeur).

La survie-renouvellement et la mort-transformation des activités routinisées relatives aux programmes de promotion de la santé nous conduisent à proposer les notions de survie-renouvellement et de mort-transformation des programmes. Les programmes survivent et se renouvellent dans les organisations lorsqu'au moins une activité qui en découle se routinise, comme dans les centres A, B et C. Ils meurent et se transforment lorsqu'aucune activité ne se routinise, comme dans les centres D et E. Mobilisés d'abord pour organiser notre travail selon les temps mortel et universel, les travaux de Ricoeur (1983) nous entraînent vers un modèle théorique de la pérennisation des programmes en promotion de la santé.

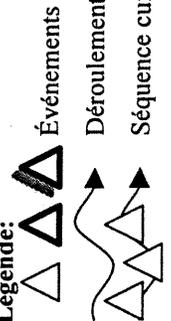
2.2 DEUX CONFIGURATIONS: SURVIE-RENOUVELLEMENT ET MORT-TRANSFORMATION DES PROGRAMMES

Ensemble, ces deux notions et les cinq trajectoires proposées dans notre travail suggèrent deux configurations qui permettent de théoriser ce que nous avons appris sur le processus de pérennisation des programmes en promotion de la santé: la survie-renouvellement et la mort-transformation des programmes (figure 3). Une configuration est un type idéal diachronique. Un type idéal constitue un mode de théorisation. « La sociologie élabore des types idéaux purs de chacune des sortes de structures qui révèlent alors chacune pour soi l'unité cohérente d'une adéquation significative aussi complète que possible [avec le réel], mais qui pour cette raison, ne se présentent pas davantage dans la réalité sous cette forme pure, absolument idéale, qu'une réaction physique dans un espace absolument vide » (Weber, 1995, p. 49). La proposition d'un type idéal diachronique constitue un mode de théorisation approprié dans notre travail parce que les notions de processus ou d'événements, ainsi que la nature rétrospective et narrative du matériel empirique, se réfèrent à l'historiographie.

FIGURE 3 MODÈLE THÉORIQUE DE LA PÉRENNISATION DES PROGRAMMES: DEUX CONFIGURATIONS



Légende:



Notes:

1. Activités relatives aux programmes (lien logique activités-objectifs)
2. Routines intégrées dans des standards institutionnels (politiques publique)
3. Activités satisfaisant aux caractéristiques des routines organisationnelles (mémoire, adaptation, valeurs et règles)

La notion de configuration est commune à l'histoire et à la sociologie. Selon Élias (1991), les configurations constituent « des formes de relations, des types particuliers de structures et de fonctions » (p. 126). Prises toutes ensemble, les configurations particulières représentent l'évolution sociale, alors que la notion weberienne de type idéal est temporellement « statique » et « fige » les phénomènes « finis » dans une « image idéale » (p. 141). Pour sa part, Ricoeur (1983) regroupe ces configurations particulières en configurations générales qui permettent de théoriser et de généraliser les résultats de l'analyse des récits historiques et sociologiques. En référence aux travaux de Ricoeur sur le temps et le récit, nous employons la notion de configuration pour théoriser notre travail.

Ce travail analyse principalement le récit des acteurs du projet pilote sur les événements survenus entre 1987 et 1997, également sur les routines en 2000. Ce récit est à la fois d'ordre historique et sociologique. Les récits historiques et sociologiques de l'action visent la compréhension de la pratique. Les premiers mettent en perspective après coup des témoignages sur les événements du passé et les seconds sont produits sur-le-champ à partir des témoins de la situation présente. Par conséquent, « la frontière devient poreuse » entre les matériels empiriques sociologique et historique, « comme on le voit dans l'histoire du passé récent qui mêle le témoignage des survivants aux traces documentaires » (Ricoeur, 1983, tome 3, p. 208). Les configurations proposées reposent sur trois composantes du récit des acteurs du projet pilote: un thème, des événements et un point final (figure 3).

Premièrement, le récit a une fonction mimétique du réel, il configure le réel par rapport à un thème. Selon Ricoeur (1983), la fonction principale du récit consiste en une mise en intrigue qui établit une relation entre des événements particuliers et une histoire construite autour d'un thème. Notre travail est centré sur la routinisation. Nos résultats empiriques (articles 2 et 3), les

histoires des centres (annexes 5 à 9) et les entrevues avec les informateurs (annexes 2 et 3), sont structurés par ce thème. Étant donné que le thème de la routinisation est fixé, le récit des acteurs donne une intention ou une direction aux événements survenus pendant le déroulement du projet pilote.

Deuxièmement, cette fonction mimétique du réel repose sur l'existence des événements «qui se sont effectivement produits dans le passé», les événements historiques consistant en reconstructions des moments cruciaux ou des changements qui bornent des périodes historiques anonymes (Ricoeur, 1983, tome 1, p. 173). Dans notre travail, les événements sont critiques et constituent des ruptures dans le déroulement du projet. Ils ont été sélectionnés parmi un ensemble d'événements en fonction de la présence d'un Avant et d'un Après ou selon leurs retombées sur les activités du projet (annexes 5 à 9). Nous avons examiné les événements critiques comme un historien qui est attentif aux points de rupture et à la dégradation des structures.

Troisièmement, cette fonction mimétique repose sur un point final. Le récit produit une configuration qui transforme une série d'événements en une histoire signifiante par rapport à un point final «d'où l'histoire peut être vue comme une totalité» (Ricoeur, 1983, tome 1, p. 131). Dans notre travail, la présence ou l'absence en 2000 d'activités routinisées qui découlent du projet constitue le point final temporel. La présence de routines suggère la configuration survie-renouvellement des programmes, et l'absence suggère la configuration mort-transformation. Ces configurations sont présentées dans la figure 3, «la métaphore bien connue de la flèche du temps» schématisant les séries d'événements par le trait de la flèche et le point final par la pointe de la flèche (p. 131).

Ces trois composantes du récit des acteurs du projet pilote, la routinisation, les événements critiques et la présence ou l'absence de routines organisationnelles, soutiennent la théorisation de notre travail. Pour chaque

centre, le récit des acteurs constitue une configuration singulière (annexes 5 à 9). Les cinq configurations singulières sont théorisées en deux configurations générales (figure 3). Les configurations survie-renouvellement et mort-transformation des programmes permettent de re-conceptualiser encore une fois la pérennisation des programmes en promotion de la santé. Elles constituent un modèle théorique au sens historique et sociologique. La survie-renouvellement correspond aux trajectoires de standardisation et de routinisation qui aboutissent respectivement à l'existence de routines standardisées et d'activités routinisées. La mort-transformation correspond aux troisième, quatrième et cinquième trajectoires qui aboutissent respectivement à des activités non routinisées, à des activités officieuses et à l'absence d'activités. De plus, notre travail soutient la concomitance des processus de planification, d'implantation et de pérennisation, et pour finaliser ce modèle, nous ajoutons l'évaluation comme quatrième processus concomitant (figure 3). Nous avons mentionné dans la recension des écrits que «l'évaluation constitue un processus continu qui commence dès le début de l'implantation» (Green & Kreuter, 1999, p. 42), et cette proposition est soutenue par d'autres recherches (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001).

3. LIMITES DU MODÈLE THÉORIQUE DE LA PÉRENNISATION

3.1 LIMITE DU RE-SOUVENIR

Étant donné que ce modèle se situe à l'intersection entre la sociologie et l'histoire, le re-souvenir en constitue une limite. Notre travail empirique examine notamment les événements survenus depuis le début du projet, de manière rétrospective. Il s'appuie sur des documents d'archive (les rapports annuels d'activité), et sur les témoignages des acteurs du projet. «La critique du témoignage des survivants est la plus difficile à exercer, en raison même de la confusion inextricable entre le quasi-présent, ressouvenu tel qu'il fut vécu au moment de l'événement, et la reconstruction fondée seulement sur des documents,

sans compter les distorsions inhérentes à la sélection intéressée - et même désintéressée - opérée par la mémoire» (Ricoeur, 1983, tome 3, p. 208).

Cette limite fait peser des risques sur la validité de nos résultats. Ces risques ont été diminués de deux façons. D'une part, nous avons utilisé la technique des événements critiques qui sont des événements chargés d'émotions dont le souvenir est plus riche que celui des autres événements. Les événements critiques bornent le temps, ils sont habituellement moins décalés dans le temps que les événements ordinaires. Par analogie, le souvenir des incidents de voyage est plus souvent raconté ou documenté que celui des jours ordinaires, et le souvenir d'un voyage est souvent divisé en un Avant et un Après un incident majeur. D'autre part, les arguments des acteurs à propos des événements ont été vérifiés de trois manières: avec les dires des acteurs dans d'autres centres à propos des mêmes événements, avec ceux des informateurs supplémentaires recrutés «en boule de neige», et avec ceux d'un informateur-clé qui était le coordinateur régional des activités relatives au projet.

3.2 AUTRES LIMITES OU PISTES DE RECHERCHE

Les autres limites de ce modèle constituent autant de pistes de recherche pour des travaux ultérieurs. Seules nos propositions sur les routines organisationnelles, sur les événements de routinisation ou d'implantation, et sur la concomitance des processus d'implantation et de pérennisation ont été mises à l'épreuve sur le plan empirique. Idéalement, pour raffiner et pour développer le modèle théorique de la pérennisation, des travaux ultérieurs devraient examiner les autres propositions, notamment celles qui concernent les événements de standardisation ou les standards institutionnels, et les événements des processus de planification ou d'évaluation.

Premièrement, les propositions sur la standardisation et les standards pourraient être examinées selon une démarche similaire à celle de notre

travail sur la routinisation et les routines. À notre avis, la standardisation permettrait de re-conceptualiser la notion de dissémination des programmes en promotion de la santé. La dissémination est définie comme une «adoption des connaissances, des interventions et des pratiques» (Johnson, Green, Frankish, MacLean, & Statchenko, 1996, p. 5). La rationalité de la dissémination est perçue comme étant instrumentale et reposant sur le savoir des experts (Green & Johnson, 1996; Orlandi, 1996). Cependant, les experts ne contrôlent pas le déroulement des programmes qui se modifient substantiellement avec le temps et ils ont peu de contrôle sur les activités des programmes expérimentaux (Potvin, 1996). De plus, les programmes se disséminent dans le cadre de politiques de santé (MacLean, 1996). En d'autres termes, la dissémination des programmes passe notamment par des politiques publiques (via des agents de changement étatiques), et en référence aux écrits néo-institutionnalistes, ces politiques constituent des standards institutionnels (Strang & Soule, 1998).

Deuxièmement, des travaux ultérieurs pourraient explorer les événements des processus de planification et d'évaluation. Par exemple, selon Mintzberg (1994), les plans stratégiques des organisations évoluent fortement avec le temps, de manière concomitante à la mise en oeuvre des activités. «La recherche empirique nous a appris que la formation des stratégies constitue un processus fondamentalement dynamique» (p. 252). Cette évolution dynamique suggère deux événements de planification: l'émergence de nouvelles stratégies et l'abandon de stratégies non réalisées. *Émergence de stratégies*: Mintzberg suggère que l'émergence de stratégies d'action constitue un événement fréquent qui influence fortement l'évolution du processus de planification. Une stratégie est émergente «lorsque la forme qui apparaît n'a pas été expressément voulue» (p. 40). *Abandon de stratégies*: Mintzberg suggère que 90% des stratégies d'action sont abandonnées, et que ces nombreux abandons influencent l'évolution du processus de planification.

Toutes ces limites ou pistes de recherche indiquent un enjeu d'ordre nomothétique. Bien entendu, notre modèle théorique ne constitue pas une loi ou un énoncé de principes généraux. Il dépend, sur le plan nomothétique, des résultats des travaux ultérieurs qui le mettront à l'épreuve. Néanmoins, il s'est développé à partir d'une analyse critique des arguments et des résultats d'autres chercheurs et il fait progresser les connaissances sur les routines organisationnelles et sur le déroulement des programmes en promotion de la santé. L'utilisation de ce modèle pour interpréter les écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé, permet d'illustrer cette contribution aux connaissances.

4. INTERPRÉTATION DES ÉCRITS EMPIRIQUES SELON LE MODÈLE DE LA PÉRENNISATION

De manière générale, le modèle théorique de la pérennisation auquel aboutit notre travail rend compte des principaux écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé. L'interprétation de ces écrits avec ce modèle clarifie les résultats empiriques de deux manières. D'une part, ces résultats concluent habituellement que les programmes sont continués ou discontinués. Parmi les programmes continués, l'application du modèle permet de distinguer ceux qui survivent et se renouvellent, de ceux qui meurent et se transforment. Dit simplement, la continuation d'un programme ne prévoit pas son avenir, alors que la présence ou l'absence de routine le prévoit. En d'autres termes, préciser la continuation d'un programme pertinent avec un diagnostic de survie-renouvellement informe les décideurs et les intervenants sur l'avenir de ce programme. Préciser cette continuation en terme de mort-transformation permet au besoin d'agir contre l'avenir annoncé et de faire en sorte que ce programme survive.

D'autre part, les programmes discontinués sont habituellement l'objet de peu d'attention. Tout se passe comme si ces programmes disparaissaient sans laisser de traces. Le modèle précise cette disparition avec la notion de

transformation. Cette notion est illustrée par les réflexions de Green (1989) sur la disparition d'une proportion importante des programmes, lesquels ont suscité l'émergence de nouvelles stratégies d'intervention qui peuvent s'appliquer à plusieurs problèmes, et lesquels ont offert de nouvelles occasions aux acteurs. « Il faut comparer cela avec les programmes qui survivent au-delà de leur utilité, car ils sont incrustés dans des bureaucraties, alors qu'ils échouent à s'adapter aux changements des problèmes et des priorités » (p. 44). En d'autres termes, la discontinuation des programmes est habituellement un sujet sans intérêt et synonyme d'échec, alors que la notion de mort et surtout de transformation des programmes, les activités qui en découlent n'ayant pas de début ni de fin en soi, fait entrevoir l'existence d'un domaine riche de recherches évaluatives.

Selon Rissel, Finnegan et Bracht (1995), la moitié des programmes inclus dans le «Minnesota Heart Health Program» étaient discontinués et la moitié étaient continués dans des organisations (tableau 1). La plupart de ceux qui étaient continués bénéficiaient «d'une structure de management, d'une formation pour le nouveau personnel, d'une évaluation régulière et d'une planification globale» (p. 203). Parmi les programmes continués, la moitié étaient inchangés et l'autre moitié étaient modifiés (les objectifs étant inchangés). Ces modifications «résultaient de changements survenus dans le contexte et suggéraient que les acteurs des programmes étaient capables de s'adapter à des nouvelles circonstances » (p. 203). Notre modèle clarifie ces résultats. Les programmes discontinués sont morts et transformés. Parmi les programmes continués, certains survivent et d'autres meurent. L'application du modèle permet de distinguer les organisations dans lesquelles les activités des programmes sont routinisées, de celles où elles ne le sont pas. Dans les premières, les programmes survivent et se renouvellent. Dans les secondes, ils meurent et se transforment. Ce renouvellement et cette transformation rendent compte des modifications des programmes.

TABLEAU 1
LA PÉRENNISATION DES PROGRAMMES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Auteurs et programmes	Résultats de l'étude de la pérennisation des programmes
Butterfoss et al. (1998) « Consortium for the Immunization of Norfolk's Children » devenu « Project Immunize Virginia »	Un programme d'amélioration de la couverture vaccinale des enfants dans une localité était continué dans une coalition communautaire. Puis, ce programme est devenu un modèle prôné par le Ministère de la santé de l'état de Virginie, et il a été implanté dans les 88 localités de l'état.
Florin et al. (1992) « Block Booster Project »	Parmi 28 coalitions communautaires, spécifiquement formées pour accomplir les activités du programme, huit avaient cessé de fonctionner.
Gans et al. (1994) « Pawtucket Heart Health Program » (volet scolaire)	Le programme a fourni un manuel de promotion de la santé du cœur aux professeurs et à l'administration scolaire. Il a fourni, aux écoles, une mise à jour des curriculums en éducation pour la santé du cœur.
Goodson et al. (2001) « Put Prevention into Practice »	Le programme était continué dans quatre centres de santé sur cinq (éducation pour la santé des patients). Il n'a jamais été implanté dans un centre.
Jackson et al. (1994) «Stanford Five-City Project»	Le programme était continué dans un centre de santé.
Lackey et al. (2000) « Milwaukee Community Prevention Coalition »	Le programme de prévention des toxicomanies était continué dans trois des cinq centres spécifiquement formés pour accomplir les activités du programme.
O'Loughlin et al. (1998) «Canadian Heart Health Initiative»	Parmi 189 interventions dans autant d'organisations, 44% étaient très permanentes, 35% modérément, 5% pas du tout et 15% n'existaient plus.
Paine-Andrews et al. (1996) « Project Freedom »	Le projet de prévention des toxicomanies était continué dans une coalition communautaire spécifiquement formée pour accomplir les activités du projet.
Pluye et al. (2002) Projet québécois de démonstration en santé du cœur	Le projet était continué dans une coalition communautaire spécifiquement formée pour accomplir les activités du projet dans une localité.
Rissel et al. (1995) «Minnesota Heart Health Program»	Parmi 78 programmes, 53% continuaient de fonctionner dans des organisations et 57% de ces derniers continuaient sous une forme modifiée.
Steckler et Goodman (1989) Programmes du Ministère de la santé de l'état de Virginie	Parmi 10 programmes en promotion de la santé, six étaient peu institutionnalisés, un l'était modérément, deux l'étaient moyennement et un l'était fortement.
Thompson et al. (2000) « Community Intervention Trial for Smoking Cessation »	Parmi 11 coalitions communautaires spécifiquement formées pour accomplir les activités du programme, deux avaient cessé de fonctionner.
Wickizer et al. (1998) Programmes de la fondation de la famille Kaiser	Parmi 11 programmes en promotion de la santé, six étaient continués dans des organisations, quatre étaient discontinués avec poursuite de quelques activités, et un était discontinué sans poursuite d'aucune activité.

Jackson et al. (1994) ont examiné la pérennisation d'un autre programme en santé du cœur, le «Stanford Five-City Project» (tableau 1). Ce programme est continué dans une organisation. «Pour plusieurs raisons, le Centre de santé du comté de Monterey a émergé comme une organisation leader» du programme (p. 390). «En somme, les seize membres du Centre de prévention des maladies chroniques de ce centre de santé constituaient le noyau dur des éducateurs de santé qui participaient au programme » (p. 391). Une fois déterminée la nature routinisée ou non des activités qui découlent du programme, le modèle permet de conclure que le programme survit et se renouvelle dans ce centre ou inversement qu'il y meurt et s'y transforme.

O'Loughlin et al. (1998) ont étudié la pérennisation de l'Initiative fédérale-provinciale canadienne en santé du cœur (tableau 1). Parmi cent quatre-vingt-neuf interventions implantées dans autant d'organisations, 45% étaient perçues par les informateurs comme étant très permanentes, 35% l'étaient modérément, 5% ne l'étaient pas du tout et 15% n'existaient plus. La perception de la pérennisation était mesurée par une seule question. «En ce moment, à combien estimez-vous la permanence de l'intervention dans (nom de l'organisation)»? (p. 3). Le modèle rend compte des programmes disparus (mort-transformation). De plus, une fois déterminée la nature routinisée ou non des activités issues des programmes, à partir de données factuelles, le modèle précise ces résultats en termes d'organisations dans lesquelles ces programmes survivent et se renouvellent ou inversement y meurent et s'y transforment.

Steckler et Goodman (1989) ont examiné la pérennisation de dix programmes en promotion de la santé dans des organisations (tableau 1). À partir de l'observation des événements associés à la pérennisation qui étaient survenus depuis le début des programmes, ces auteurs concluent que six programmes étaient peu pérennisés, un l'était modérément, deux l'étaient moyennement et un l'était fortement. Ces résultats suggèrent que pour améliorer la pérennisation, «les bailleurs de fonds doivent encourager les organisations à cultiver les porte-

étendards des programmes» (p. 38). L'interprétation de ces résultats avec notre modèle précise le type de ces événements, notamment les événements spécifiques de la routinisation. Le porte-étendard peut jouer un rôle au sein d'une coalition d'acteurs politiques pour implanter un programme ou le pérenniser, mais aucun événement spécifique de routinisation n'est automatiquement associé à sa présence. Dit simplement, le modèle suggère que la présence d'un porte-étendard ne favorise pas forcément la routinisation des programmes. Par exemple, un programme n'a jamais été implanté dans un centre de santé en dépit de la présence d'un porte-étendard (Goodson et al., 2001). À notre avis, le porte-étendard favorise la routinisation lorsqu'il est à l'origine d'un événement spécifique de routinisation. Une fois cet événement survenu, la pérennisation repose sur des routines organisationnelles, que le porte-étendard soit encore impliqué dans ces routines ou non.

Goodson et al. (2001) ont examiné la pérennisation du programme « Put Prevention into Practice » qui était continué dans quatre centres de santé sur cinq (tableau 1). Parmi ces quatre centres, trois « avaient fait preuve d'efforts concertés pour promouvoir le programme », deux « avaient alloué des ressources humaines au programme » (p. 187), et deux avaient formalisé « des plans tangibles pour intégrer le coût du matériel du programme dans leur budget » (p. 188). La pérennisation du programme dans les centres était mesurée en degré d'institutionnalisation qui reflétait l'expression des intentions de maintenir le programme. Un centre avait un degré légèrement inférieur aux autres car « il n'a jamais implanté le programme » (p. 186). Le modèle précise ces résultats en fonction de la présence ou de l'absence de routines issues du programme dans les quatre premiers centres. De plus, selon le modèle, le degré de pérennisation du programme dans le dernier centre est nul. N'étant pas implanté dans ce centre, le programme n'y est pas pérennisé, il est né mort.

Pour leur part, Gans, Bain, Plotkin, Lasater et Carleton (1994) ont examiné la pérennisation du « Pawtucket Heart Health Program » dans les écoles

(tableau 1). Le programme a permis de fournir un manuel en promotion de la santé du coeur aux professeurs et à l'administration scolaire de l'État. Il a également permis de fournir aux écoles une mise à jour des curriculums en éducation pour la santé du coeur. L'interprétation de ces résultats avec notre modèle suggère que ce programme est routinisé et sera éventuellement standardisé. L'utilisation du manuel et du curriculum semble faire partie des routines scolaires. Les activités issues du programmes semblent donc être routinisées dans les écoles de l'État. De plus, si l'administration fonde une politique scolaire sur le manuel, ces routines seront standardisées.

Dans la même veine, Butterfoss et al. (1998) ont étudié la pérennisation d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de la ville de Norfolk qui est devenu le « Project Immunize Virginia » (tableau 1). Ce programme fonctionnait initialement dans une coalition communautaire, puis il est devenu un programme prôné par l'État qui a été implanté dans quatre-vingt huit coalitions et autant de localités. D'ailleurs, un institut formait « les professionnels de santé responsables du développement et de l'implantation » de ce programme dans les coalitions (p. 220). Cette formation constitue un standard institutionnel. Notre modèle précise que le programme semble survivre et se renouveler dans les coalitions (les activités issues du programme paraissant être routinisées dans ces coalitions). De plus, le modèle précise que ces routines semblent standardisées.

Tout ceci suggère que l'interprétation des écrits empiriques avec notre modèle rend compte des résultats concernant toutes les formes d'organisations dans lesquelles les programmes se pérennisent (centres de santé, écoles, entreprises, coalitions ou groupes communautaires). En promotion de la santé, beaucoup d'énergie est investie dans les coalitions qui consistent en alliances entre des personnes et des organisations, lesquelles combinent leurs ressources pour accomplir des changements qu'elles ne pourraient pas accomplir seules (Butterfoss, Goodman, & Wandersman, 1993). Le modèle s'applique aux

coalitions dans deux situations différentes: (1) lorsque les coalitions influencent la pérennisation dans d'autres organisations, notamment dans les centres de santé ou les écoles; (2) lorsqu'elles constituent des organisations dans lesquelles les programmes se pérennisent. Par exemple, Wickizer, Wagner et Cheadle (1998) ont étudié la pérennisation de onze programmes subventionnés par la fondation de la famille Kaiser: six étaient continués dans des organisations; quatre autres étaient discontinués, quelques-unes de leurs activités étant poursuivies, un autre encore était discontinué sans qu'aucune activité ne soit poursuivie (tableau 1). De plus, neuf coalitions avaient initié autant de programmes et seulement quatre coalitions étaient encore actives au moment de l'étude. Les résultats montrent que quatre programmes continués sont pérennisés dans autant de coalitions et dans d'autres organisations. Un autre programme continué dans une organisation ne s'est pas pérennisé dans une coalition car «la coalition avait réussi l'essentiel de ce qu'elle avait à faire et n'était plus nécessaire» (p. 143). Concernant les programmes discontinués qui auraient pu mais ne se sont pas pérennisés dans une coalition, les résultats suggèrent «qu'il était difficile de maintenir une coalition viable » (p. 143).

L'application du modèle est légèrement différente selon ces deux situations. Premièrement, Lackey, Welnetz et Balistreri (2000) ont étudié la pérennisation d'un programme de prévention des toxicomanies (tableau 1). Sous l'influence d'une coalition intersectorielle, cinq centres ont été spécifiquement formés pour accomplir les activités du programme. « Les résultats suggèrent que trois des cinq centres fournissaient les services stipulés » dans le programme (p. 361). Au moment de l'étude, «le personnel des centres se réunissait de manière informelle pour collaborer à la prévention des toxicomanies et pour planifier la pérennisation de leurs centres, la coalition n'émergeant plus comme un point de discussion» (p. 359). D'ailleurs, plusieurs informateurs résumaient les activités de la coalition de la manière suivante: Ils [les membres de la coalition] ne font quasiment plus rien (p. 359). L'interprétation de ces résultats avec notre modèle indique que la pérennisation du programme dépend de la survie des centres,

indépendamment de la survie de la coalition. Dit simplement, les coalitions peuvent influencer la pérennisation des programmes dans d'autres organisations et disparaître, sans que cela mette forcément un terme à la survie et au renouvellement de ces derniers.

Deuxièmement, Florin et al. (1992) ont examiné la pérennisation du « Block Booster Project » dans vingt-huit coalitions communautaires qui étaient spécifiquement formées pour accomplir les activités du programme: vingt continuaient de fonctionner et huit ont disparu (tableau 1). La pérennisation est examinée en termes de participation des membres, de succès pour accomplir des activités, de disponibilité des ressources et de règles de fonctionnement. Pour leur part, Thompson et al. (2000) ont étudié la pérennisation du programme COMMIT dans onze coalitions communautaires spécifiquement formées pour accomplir les activités du programme: neuf continuaient de fonctionner et deux ont disparu (tableau 1). La pérennisation est étudiée en termes de ressources, de personnel rémunéré et de succès pour accomplir des activités. Dans la même veine, Paine-Andrews et al. (1996) ont examiné la pérennisation du « Project Freedom » dans une coalition communautaire spécifiquement formée pour accomplir les activités du programme (tableau 1). La coalition continuait de fonctionner. Les membres de la coalition ont construit et mis en oeuvre «un plan pour pérenniser le financement» de leurs activités (p. 88).

Les résultats de ces trois études indiquent que la pérennisation des programmes dans ces coalitions dépend de la survie de ces dernières qui sont formées spécifiquement pour les programmes. En référence à notre modèle et aux caractéristiques des routines, étudier la pérennisation du programme consiste alors à examiner le fonctionnement de la coalition en termes de capacités pour mobiliser des ressources, d'habiletés pour adapter les activités, de valeurs et de règles notamment en termes de planification, de supervision et d'évaluation. L'article présenté en annexe 10 illustre cet examen (Pluye, Potvin, & Pelletier, 2002). Dans cet article, nous avons étudié la pérennisation du Projet québécois de

démonstration en santé du cœur dans une coalition communautaire spécifiquement formée pour accomplir les activités du projet (tableau 1). Cette coalition a été étudiée dans le cadre d'une recherche plus générale qui portait sur les facteurs-clés de la pérennisation des changements environnementaux favorables à la promotion de la santé (Pluye et al., 2000).

Le projet est continué dans la coalition. Cette coalition est capable de mobiliser des ressources sous forme de « transactions récurrentes » avec l'Unité régionale de santé publique, avec un Centre local de services communautaires et avec trois groupes communautaires de la localité (Pluye, Potvin, & Pelletier, 2002, p. 7). Elle adapte ses activités au cours d'une réunion annuelle « d'évaluation » (p. 6). Lors de cette réunion, les activités de l'année à venir sont planifiées. Ces activités sont supervisées par des acteurs du centre qui constituent les porte-étendards de la coalition. « Hormis la règle du vote à la majorité, aucune règle ou procédure explicite ne guide la communication, les transactions, l'interdépendance [avec d'autres organisations] ou la gouvernance » (p. 8). Cette coalition constitue une organisation rudimentaire et ses activités se confondent avec celles du projet. À l'évidence, ces activités ne satisfont pas à toutes les caractéristiques des routines. Elles ne sont liées à aucun objectif écrit par la coalition, elles ne sont pas incluses dans une planification formelle établie par la coalition, elles ne sont pas l'objet d'une description de tâches ou de règles écrites par la coalition. D'ailleurs, les superviseurs sont en même temps les porte-étendards et ils n'ont pas été formellement désignés par les membres de la coalition. Les résultats suggèrent que les acteurs du centre ont pris ce rôle par défaut, parce qu'aucun membre bénévole de la coalition ne voulait le prendre. Selon un membre, « nous ne voulions ni président, ni secrétaire » (p. 16). En référence au modèle, ces résultats suggèrent que le projet n'est pas routinisé dans cette coalition: il y meurt et s'y transforme. En revanche, nous avons vu dans le troisième article que le projet est routinisé dans ce centre: il y survit et s'y renouvelle. Cette interprétation, avec le modèle, des résultats empiriques obtenus à la fois sur cette coalition et sur ce centre, nous semble en adéquation avec la

réalité que résume un des acteurs du centre. «Les bénévoles auraient pu devenir des agents pour le développement [local de la promotion de la santé du cœur], mais cela ne s'est pas passé comme ça, il faut des gens du centre pour faire avancer les choses» (p. 15). Cette section a longuement examiné comment le modèle théorique proposé contribuait à préciser les résultats produits par les recherches empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé. La section suivante présente une implication méthodologique de notre travail.

5. IMPLICATION MÉTHODOLOGIQUE

En promotion de la santé, ce travail propose une nouvelle approche pour analyser les événements. Dans ce domaine, les événements sont rarement utilisés comme unités d'analyse des processus (Nutbeam, 1998). Lorsque c'est le cas, l'événement constitue un élément d'une séquence chronologique d'événements, comme dans une biographie. Par exemple, Williams et Olano (1999) décrivent l'enchaînement de cinq événements relatifs à l'implantation d'un programme PATCH («Planned Approach To Community Health») pour améliorer la prévention des maladies cardio-vasculaires dans une communauté afro-américaine: (1) formation de la coalition communautaire, (2) estimation des besoins de la communauté par la coalition, (3) formation des clubs de marche de quartier par la coalition, (4) soutien des clubs par la coalition (ex. la coalition a fourni des cartes avec les itinéraires des marches et elle a tenu ces cartes à jour), (5) réorganisation des clubs de marche pour répondre à des besoins supplémentaires de la communauté tels que la prévention des crimes.

Ces séquences d'événements sont habituellement analysées selon un modèle étagé (Altman, 1995; Butterfoss et al., 1998; Bracht et al., 1994; Florin, Chavis, Wandersman, & Rich, 1992; Murray, 1986; Nezek & Galano, 1993; Paine-Andrews et al., 1996; Scheirer, Shediak, & Cassady, 1995; Sorensen et al., 1995; Sutherland, Cowart, & Harris, 1998; Wickizer, Wagner & Cheaddle,

1998; Williams & Olano, 1999). Ces analyses fournissent des résultats utiles pour généraliser l'application d'un modèle étapiste particulier dans différents contextes. Williams et Olano (1999) notamment, avec la séquence des événements mentionnée, soutiennent l'applicabilité du modèle PATCH dans une communauté afro-américaine. Ces résultats peuvent être comparés avec ceux des autres études relatives à ce modèle.

Pour leur part, Scheirer, Shediak et Cassady (1995) supposent que les étapes des modèles constituent des unités d'analyse universelles applicables à tous les programmes. Ces auteurs étudient l'implantation d'un programme de prévention du cancer du sein dans les centres de santé. L'étendue de l'implantation était mesurée selon trois étapes: l'initiation du programme, la mise en oeuvre des activités pour les bénéficiaires et les effets du programme. Selon ces auteurs, ces étapes constituent les unités d'analyse du «modèle de l'enchaînement logique des événements».

Les arguments et les résultats de notre travail vont à l'encontre de cette notion de succession immuable de quelques étapes universelles qui sont accomplies d'un seul tenant. Ce travail propose plutôt que les quatre étapes du type idéal du modèle étapiste se répètent de façon non ordonnée, notamment dans un contexte organisationnel. Dans ce contexte, les processus décisionnels ne sont pas linéaires, la rationalité de la prise de décision est limitée, elle est légitimée par une coalition d'acteurs et elle repose sur un savoir en action. Dit simplement, l'ordre des étapes est différent selon les organisations et selon les programmes, il ne se réfère pas à un enchaînement logique universel des événements.

Ces écrits suggèrent que notre travail constitue une nouvelle approche pour analyser les événements en promotion de la santé. La mise en séquence des événements constitue une méthode connue dans la littérature sur les organisations. La mise en configuration du récit des événements est une voie de théorisation préconisée par Abbott (1998): les configurations reposent sur «des

relevés des événements», elles constituent un moyen fondamental pour penser le monde (p. 171). L'approche utilisée dans ce travail s'inspire des études longitudinales des processus organisationnels, notamment des travaux de Van de Ven et ses collaborateurs (Van de Ven, 1976; Van de Ven & Angle, 1989; Van de Ven, 1992; Van de Ven & Poole, 1995). Finalement, notre travail suggère que les événements constituent des unités d'analyse potentiellement universelles pour analyser les séquences d'événements. Ces événements peuvent être recensés dans les écrits empiriques et dans la pratique puis classifiés. Une fois classifiés, ils permettent d'interpréter et de comparer les événements empiriques observés selon les organisations et selon les programmes. De cette comparaison émerge éventuellement une solution au problème de recherche. Par exemple, les événements spécifiques de la routinisation proposés dans ce travail contribuent à une solution du problème de la pérennisation des programmes en promotion de la santé, en particulier sur le plan ontologique.

6. IMPLICATION ONTOLOGIQUE

En proposant un modèle théorique de la pérennisation avec deux configurations qui sont fondées sur la distinction entre la présence et l'absence d'activités routinisées (survie-renouvellement et mort-transformation), ce travail propose une solution originale à l'aspect ontologique du problème de la pérennisation des programmes en promotion de la santé. Le type idéal du modèle étapiste couramment utilisé indique à tort que la pérennisation survient d'un seul tenant et constitue de façon immuable la dernière étape du déroulement des programmes. Les connaissances sur la pérennisation sont contradictoires et parcellaires, la profusion de termes et de travaux témoigne de l'importance d'une volonté des décideurs, des intervenants et des chercheurs de mieux appréhender le phénomène.

Étant donné qu'il examine des processus, le modèle proposé est en adéquation avec des étapes qui se répètent de manière non ordonnée, et il répond

au moins en partie aux préoccupations des acteurs des programmes. Il indique cinq trajectoires des programmes, douze événements associés à la pérennisation, et quatre caractéristiques des routines organisationnelles. Ensemble, les composantes de ce modèle définissent la pérennisation sur le plan ontologique. Dit simplement, ce modèle repose avant tout sur les routines organisationnelles et par conséquent sur la distinction entre un programme routinisé dans des organisations et un programme qui ne l'est pas.

Cette distinction contribue à soutenir la différence ontologique entre implantation et pérennisation. Elle permet de préciser les résultats des écrits empiriques qui ne font habituellement aucune distinction factuelle parmi l'ensemble des activités issues des programmes qui sont continuées. Elle contribue à mieux analyser la pérennisation par rapport à l'implantation. Étant donné qu'un programme pérennisé est forcément implanté, la différence ontologique entre la pérennisation et l'implantation constitue un défi de taille. Notre travail répond dans une certaine mesure à ce défi, il suggère que certains événements spécifiques permettent de distinguer ces deux processus. Dit autrement, il suggère que la différence ontologique entre ces deux processus se situe essentiellement sur le plan diachronique.

Notre travail, le modèle qui en résulte et ces distinctions appellent une dernière précision. L'implantation et la pérennisation sont liées tout en évoluant différemment l'une et l'autre. Le caractère routinisé ou non des activités qui découlent des programmes se réfère à la pérennisation et non à l'implantation. De plus, nous croyons que le nombre et l'efficacité des activités qui découlent des programmes ne se réfèrent pas à la pérennisation mais à l'implantation. Par exemple, notre travail indique que les activités issues du projet dans un centre ne sont pas routinisées alors que l'implantation de ces activités s'est améliorée durant les trois dernières années: le nombre d'activités a augmenté et le nombre de comités soutenus par les acteurs du centre est passé de deux à cinq (annexe 8). Tout ceci concourt à proposer de nouvelles questions relatives à l'évaluation pour

compléter les questions habituelles qui concernent avant tout l'implantation des programmes (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001). Ces dernières portent sur la pertinence des objectifs des programmes, sur la cohérence entre ces objectifs, les activités et les ressources, sur l'adaptation des programmes par rapport à leur environnement, et à leurs effets. À ces questions, notre travail suggère d'ajouter des questions d'évaluation portant sur la routinisation de ces activités dans des organisations.

À l'issue de ce travail, les organisations nous semblent des structures sociales ou des unités d'analyse vraiment pertinentes pour étudier les processus en promotion de la santé, quelle que soit leur forme (centres de santé, écoles, entreprises, coalitions ou groupes communautaires). Ces processus sont en grande partie méconnus, le déroulement des programmes est rarement analysé sous une perspective processuelle (Nutbeam, 1998). En particulier, les processus de pérennisation des programmes semblent inaccessibles, tout se passe comme s'ils étaient dissimulés dans des «boîtes noires dont le contenu est obscur» (Koepsell et al., 1992; Palumbo & Calista, 1990; Scheirer, Shediak & Cassady, 1995). Métaphoriquement, notre travail suggère que l'analyse des processus ou des séquences d'événements qui se déroulent dans chaque organisation révèle le contenu de ces fameuses boîtes noires. Ce travail nous a appris que ces événements permettent de comparer les séquences entre elles, et par conséquent de comparer les processus d'une organisation à l'autre. Cette pertinence des organisations en tant qu'unités d'analyse et cette comparabilité des événements constituent certainement deux leçons méthodologiques importantes que la promotion de la santé peut tirer de la littérature sur les organisations.

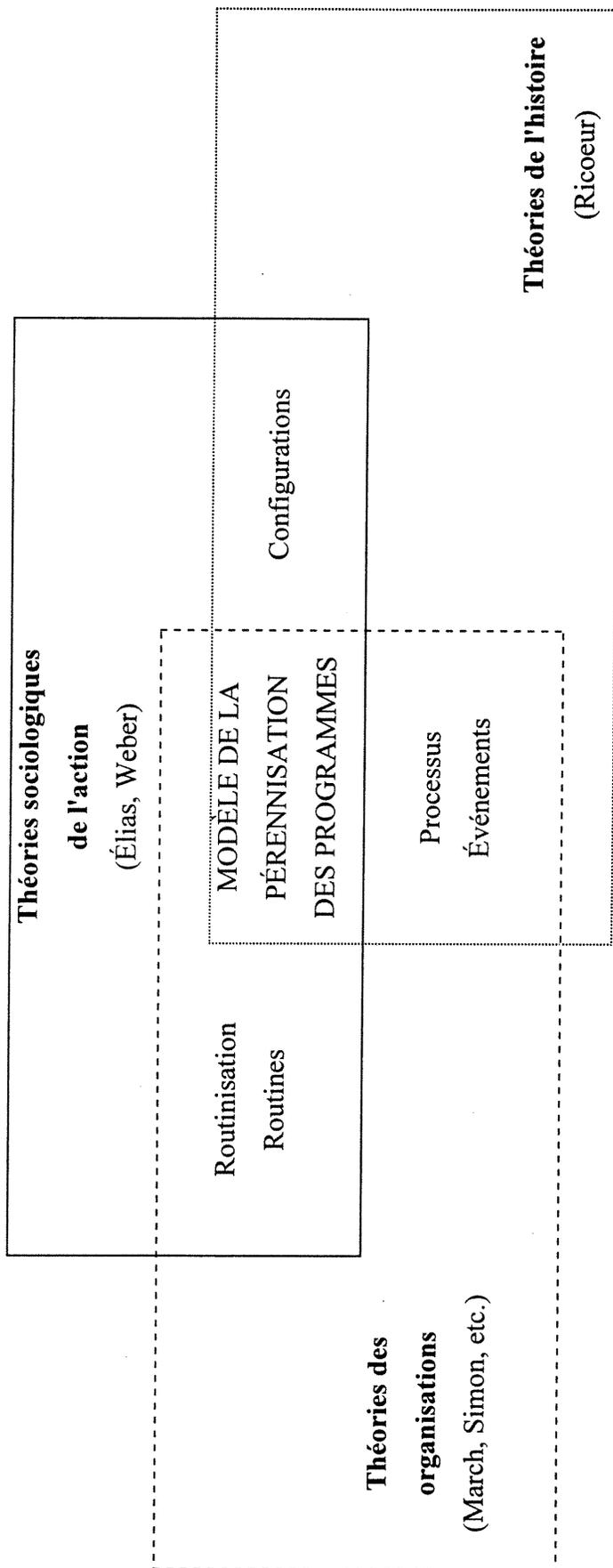
CONCLUSION

1. VERS UN NOUVEAU MODÈLE THÉORIQUE DU DÉROULEMENT DES PROGRAMMES

En conclusion, notre travail contribue à résoudre les problèmes associés au type idéal du modèle étapiste qui est couramment utilisé pour étudier ou représenter le déroulement des programmes en promotion de la santé mais qui est décevant sur le plan théorique et trompeur sur le plan pratique. La littérature en promotion de la santé ne fournit aucune solution satisfaisante à ce problème. Ce travail a exploré un ensemble de solutions potentielles qui est identifié notamment par Nutbeam (1998) ou Scheirer et Griffith (1990), celui des théories des processus ou de la compréhension narrative des phénomènes sociaux (Abbott, 1995; Abbott, 1998; Langley, 1999; Mohr, 1982; Van de Ven, 1976; Van de Ven, 1992; Van de Ven & Angle, 1989; Van de Ven & Poole, 1995). Nous avons exploré une petite portion de cet ensemble et notre travail suggère qu'une solution se situe à l'intersection de plusieurs théories des sciences sociales.

Cette exploration et le modèle de la pérennisation qui en résulte se situe à l'intersection de trois types de théories: les théories sociologiques de l'action, les théories des organisations et les théories de l'histoire (figure 1). La routinisation et les routines organisationnelles se situent à l'intersection des théories sociologiques de l'action et des théories des organisations. Les processus et les événements se situent à l'intersection des théories des organisations et des théories de l'histoire. Les configurations se situent à l'intersection des théories sociologiques de l'action et des théories de l'histoire. Les définitions de la rationalité instrumentale, des activités sociales et de la routinisation s'inspirent des concepts sociologiques proposés par Weber (1995). Les notions de séquences d'événements, de processus décisionnels, de rationalité limitée, de savoir en action, de légitimité politique, de routines et de standards institutionnels sont définies d'après la littérature sur les organisations. Les définitions du temps, des événements et des configurations s'inspirent des travaux philosophiques de Ricoeur (1983) sur l'histoire. Nous avons justifié cette intersection sur le plan méthodologique. Sur le plan épistémologique, cette intersection représente une

FIGURE 1
À L'INTERSECTION DES THÉORIES SOCIOLOGIQUES DE L'ACTION, DES THÉORIES DES ORGANISATIONS
ET DES THÉORIES DE L'HISTOIRE



mise en relation interdisciplinaire (Piaget, 1967). Dans notre travail, en référence à Piaget, les configurations du modèle théorique de la pérennisation « entrent dans le domaine de la sociologie diachronique à laquelle l'histoire fournit une substructure indispensable » (p. 1116). Autre exemple, la définition du concept des routines est déduite des théories des organisations, et elle s'inspire de diverses disciplines comme la psychologie, la sociologie et l'anthropologie.

De plus, notre modèle repose sur les connaissances issues de la pratique en promotion de la santé. Une fois définies théoriquement, les composantes du modèle étaient précisées avec une analyse des écrits empiriques sur la pérennisation, lesquels examinent les pratiques. On en donnera pour preuve les items qui précisent les caractéristiques des routines, également les événements de routinisation. Une fois précisées, ces composantes étaient examinées au cours d'une étude empirique sur la routinisation d'un projet dans cinq Centres locaux de services communautaires, cette étude appréciant des pratiques. D'ailleurs, le deuxième bénéfice important de cette étude consiste en implications pratiques pour les acteurs des programmes: un moyen simple pour analyser leurs activités selon les caractéristiques des routines, ainsi que pour étudier les événements de la routinisation de « leurs » programmes. Dit simplement, deux applications découlent de ce modèle: une démarche diagnostique et pronostique de la pérennisation et des moyens pour influencer la pérennisation. Ces deux applications requièrent de re-conceptualiser encore une fois la pérennisation.

2. RE-CONCEPTUALISATION DU MODÈLE POUR LA PRATIQUE: MÉMOIRE-ATTENTE-INITIATIVE

Notre travail a examiné jusqu'ici les routines organisationnelles au temps présent et les événements de la routinisation survenus dans le passé. Sur un plan pratique, notre étude sur les routines s'applique directement aux activités des programmes. Les chercheurs, les décideurs ou les acteurs peuvent appliquer notre méthode pour diagnostiquer à tout moment la présence ou l'absence d'activités routinisées dans les organisations. En admettant le modèle théorique de la

pérennisation, le pronostic de ces activités découle du diagnostic. Les programmes routinisés survivent et se renouvellent. Les programmes non routinisés meurent et se transforment. Cependant, «l'avenir ne peut pas se déduire de l'évolution à long terme d'une configuration [spécifique] située dans le passé» (Élias, 1991, p. 195). C'est une idée erronée «de croire que le fait de diagnostiquer une tendance évolutive à long terme dans le passé implique automatiquement qu'on peut prédire que cette même tendance se perpétuera forcément et automatiquement dans le futur» (p. 196). Autrement dit, lorsque les chercheurs, les décideurs ou les acteurs des programmes appliquent ce modèle, tout n'est pas joué, le futur est encore à construire, des projets sont encore à faire aboutir.

Une fois le diagnostic et le pronostic posés, le temps présent est également celui de l'initiative, celui de susciter l'événement. Les événements de la routinisation constituent autant de moyens d'action pour influencer la routinisation d'un programme qui ne l'est pas encore. Notre travail et le modèle qui en résulte, parce qu'ils sont centrés sur des aspects ontologiques et épistémologiques, n'expliquent pas en détail le lien logique qui unit le modèle et ces applications pratiques ou téléologiques. «Le temps de l'initiative est le temps où le poids de l'histoire déjà faite est déposé, suspendu, interrompu, et où le rêve de l'histoire encore à faire est transposé en décisions responsables» (Ricoeur, 1983, tome 3, p. 375). Cette transposition du modèle théorique dans la pratique fait de notre travail une oeuvre téléologique. Elle introduit dans ce travail «l'intention, l'attente, l'espoir, la crainte, le vouloir, le souci, le calcul, la curiosité, bref toutes les manifestations privées ou communes visant le futur; comme l'expérience, l'attente relative au futur est inscrite dans le présent; c'est le futur-rendu-présent, tourné vers le pas-encore» (p. 376). D'ailleurs, les écrits empiriques sur la pérennisation des programmes en promotion de la santé suggèrent que les programmes sont souvent continués. À son tour, ceci indique que routiniser un programme qui ne l'est pas encore constitue une attente ou une intention «déterminée, finie, modeste qui doit pouvoir susciter un engagement responsable», et ne constitue pas une attente ou une intention «utopique qui désespère l'action» (p. 389).

Un exemple fictif permet d'illustrer cette transposition de notre modèle dans la pratique. Les acteurs du Centre D appliquent ce modèle et ils diagnostiquent la présence d'activités non routinisées (annexe 8). Souhaitant favoriser la routinisation de ces activités, ils interviennent auprès de la direction du centre afin de stabiliser les ressources allouées à la santé du coeur. Ils demandent un budget spécifique, et un poste à temps partiel réservé pour ces activités. Pour soutenir leur demande, ils rédigent une proposition budgétaire et la description de tâches du poste. Conjointement, les volontaires des comités se mobilisent pour parler de la santé du coeur dans les médias locaux, et pour faire circuler une pétition en faveur d'un programme de promotion de la santé du coeur. La direction du centre accède à ces demandes, elle inclut ces activités dans la programmation annuelle du centre et elle désigne formellement un superviseur.

En termes diachroniques, le triple présent augustinien constitue la trame temporelle de notre modèle (passé, présent, futur) et se traduit en pratique par la mémoire, l'attente et l'initiative concernant une configuration spécifique (la routinisation d'un programme singulier dans une organisation particulière). «Une vision prospective de l'évolution d'une configuration [spécifique], quel que soit l'endroit où l'on se place, permet seulement de constater que l'état de la configuration B n'est qu'une des transformations possibles de A, et que, par conséquent, l'état de la configuration C n'est que l'une des transformations possibles de B, etc.» (Élias, 1991, p. 198). Dit simplement, prendre l'initiative pour réaliser ses attentes ou ses intentions constitue le pain quotidien des acteurs stratégiques dans les organisations et cette initiative peut consister à susciter un événement spécifique de routinisation comme stabiliser les ressources, pour faire en sorte qu'un programme non routinisé aujourd'hui le soit demain. «Dans bien des cas, sinon dans tous, la plasticité des configurations [spécifiques] que forment des hommes en vertu de leur interdépendance est si grande, que la configuration la plus tardive, issue d'un certain état de la configuration précédente, n'est qu'une des nombreuses modifications possibles que contenait en germe cette première

configuration» (p. 199). Cette initiative repose sur la mémoire du passé et sur l'interdépendance des acteurs, notamment des acteurs des organisations dans lesquelles les programmes se pérennisent. En promotion de la santé, ces acteurs sont interdépendants des intervenants des systèmes administratifs et des militants du monde vécu.

3. UN DERNIER DÉFI: L'INTÉGRATION DE NOTRE MODÈLE DANS UNE THÉORIE DE LA SOCIÉTÉ

Bien entendu, le modèle proposé dans ce travail a encore plusieurs défis à relever avant de pouvoir être appliqué en promotion de la santé ou en santé publique. Nous en avons discuté plusieurs, notamment l'étude de la standardisation et des standards institutionnels. Le dernier défi auquel nous avons pensé consiste à étudier l'intégration de ce modèle dans une théorie de la société. Ce défi découle d'une impression et d'une intuition. Tout au long de la collecte et de l'analyse des données, nous avons eu l'impression que deux types d'interactions étaient importantes pour comprendre la pérennisation du projet dans les centres: les interactions entre les acteurs des centres et les responsables du système de santé, également les interactions entre les acteurs et les membres des groupes communautaires. Nous avons alors eu l'intuition que ces interactions pourraient être comprises selon la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas (1987). Selon cette théorie, les acteurs des systèmes administratifs colonisent le monde vécu des gens ordinaires qui à leur tour résistent à cette colonisation. Autrement dit, via le projet et les acteurs des centres, le système de santé a colonisé le monde vécu des membres des groupes communautaires. À leur tour, ces derniers résistaient à la colonisation. Le projet se routinisait dans les centres lorsque la colonisation restait forte ou la résistance demeurait relativement faible. Il ne se routinisait peu ou pas lorsque la colonisation faiblissait ou la résistance devenait forte. Tout ceci suggère d'intégrer notre modèle de la pérennisation dans une théorie de la société qui englobe les organisations.

Dans notre travail empirique, des interactions semblaient importantes pour comprendre la pérennisation du projet, des interactions entre les acteurs des centres et l'Unité régionale de la santé publique ou les groupes communautaires. Par exemple, le changement des normes canadiennes concernant le dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire a eu un impact très différent selon les centres en fonction de ces interactions. Les acteurs soutenaient les membres des groupes communautaires pour organiser annuellement des dépistages visant la population générale. Le changement des normes proscrivait ces dépistages et recommandait plutôt d'organiser des dépistages ciblant des populations particulières. Ce changement s'est traduit par une directive de l'Unité régionale de santé publique à tous les acteurs des centres impliqués dans le projet. Les dépistages devaient cesser. Les dépistages ont cessé dans tous les centres sauf un. Dans ce dernier, les acteurs étaient convaincus que cesser les dépistages aurait des répercussions négatives sur le fonctionnement des groupes. Ces acteurs ont continué les dépistages, de manière ciblée, en accord avec les médecins et la direction de leur centre.

Ces interactions semblaient pouvoir être expliquées par la théorie d'Habermas (1987) sur la société qui concilie l'analyse des systèmes administratifs et celle du monde vécu (tableau 1). Dans les systèmes administratifs, la rationalité de l'action sociale est instrumentale, elle est légitimée par l'État, et elle repose sur le savoir des experts. Dans le monde vécu au contraire, la rationalité est fondée sur la communication, elle est légitimée par la coordination ou le consensus, et elle repose sur un savoir critique (la critique des arguments). Par exemple, dans l'article présenté en annexe 10, nous avons étudié la pérennisation du Projet québécois de démonstration en santé du cœur dans une coalition communautaire spécifiquement formée pour accomplir les activités du projet (Pluye, Potvin, & Pelletier, 2002). Les résultats indiquent que dans cette coalition, « la prise de décision était partagée entre les membres, les acteurs du centre faisaient habituellement des propositions que les bénévoles discutaient, et les décisions étaient prises à la majorité des voix : tout le monde étant sur le

TABEAU 1
PÉRENNISATION ET SOCIÉTÉ: MÉDIATION DES ORGANISATIONS
ENTRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LE MONDE VÉCU

	Systèmes administratifs (Habermas)	Organisations (théories des organisations)	Monde vécu (Habermas)
Rationalité Légitimité Savoir	Rationalité instrumentale Légitimité étatique Savoir des experts	Rationalité limitée Coalition d'acteurs politiques Savoir en action	Rationalité fondée sur la communication Coordination ou consensus Savoir critique (savoir fondé sur la critique des arguments objectifs, normatifs et subjectifs)

même pied d'égalité « (p. 9). Comme dans une famille où les membres argumentent pour ou contre des activités qui sont accomplies lorsque les arguments favorables l'emportent sur les arguments défavorables. En référence à Habermas, les acteurs de la promotion de la santé qui interviennent directement dans les communautés sont localisés, avec leurs arguments, dans un espace social et dans un temps historique qui définissent le monde vécu.

3.1 MONDE VÉCU VS. SYSTÈMES ADMINISTRATIFS

Le monde vécu est un contexte intersubjectif. Ce monde est un lieu où les gens ordinaires, locuteurs et auditeurs d'arguments, se rencontrent et peuvent réciproquement prétendre que leurs arguments représentent le monde de façon adéquate. «Locuteurs et auditeurs peuvent critiquer et confirmer les prétentions à la validité de leurs arguments, ils peuvent ainsi régler leurs différends et viser un accord» (Habermas, 1987, tome 2, p. 139). Ces personnes utilisent tour à tour des arguments objectifs, normatifs et subjectifs. En ce sens, la théorie de l'agir communicationnel est congruente avec la proposition de Fassin selon laquelle la santé publique se fait en se disant, avec des arguments (2000).

Les arguments objectifs reposent sur des faits ou sur les effets des activités de promotion de la santé, les arguments normatifs se réfèrent à des normes éthiques ou des normes de pratique, et les arguments subjectifs sont d'ordre esthétique ou expressif. Mais argumenter ne suffit pas pour agir dans le monde vécu, encore faut-il critiquer les arguments. Cette critique emprunte à son tour des raisons objectives, normatives et subjectives. On critique un argument objectif parce qu'il n'est pas vrai: les faits invoqués sont erronés ou les activités accomplies ne sont pas efficaces. On critique un argument normatif parce qu'il n'est pas juste: la norme a changé ou la norme de pratique n'est pas légitime dans le contexte. Enfin, on critique un argument subjectif parce qu'il est simulé ou ne semble pas authentique. Une personne ordinaire du monde vécu ne dispose pas seulement de la rationalité instrumentale, "ni seulement de la rationalité d'un sujet

moralement éclairé et pratiquement fiable, elle est encore capable d'évaluer avec sensibilité, elle a en outre la force de se rapporter de façon réflexive à sa propre subjectivité, et de percer à jour les limites irrationnelles qui affectent systématiquement ses expressions cognitives, morales, pratiques et esthétiques" (Habermas, 1987, tome 1, p. 37). Dans la rationalité du monde vécu, les arguments objectifs des experts, qui sont à la base de la rationalité instrumentale des systèmes administratifs, ne représentent qu'un seul type d'arguments. Par exemple dans notre travail, la décision de l'unité régionale de santé publique de cesser les dépistages des facteurs de risque cardio-vasculaires est contesté par les acteurs d'un centre au nom de la popularité des dépistages parmi les bénévoles.

Cette argumentation et surtout cette critique de l'argumentation permettent l'expression de la rationalité fondée sur la communication. Appliquée à la promotion de la santé, cette rationalité constitue une force d'action non violente, elle permet de réaliser l'entente voire de susciter le consensus entre les acteurs des programmes et les membres des familles ou des communautés. Cette rationalité permet à tout le monde de surmonter les différences liées aux subjectivités individuelles. Elle garantit l'unité du monde vécu. Elle assure l'intersubjectivité du contexte des programmes en promotion de la santé et elle permet d'accomplir les activités de ces programmes, sinon de façon consensuelle, au moins de façon coordonnée. « La rationalité est une disposition propre à des sujets capables de parler et d'agir. Elle se traduit dans des modes de comportement pour lesquels de bonnes raisons peuvent à chaque fois être exhibées » (tome 1, p. 38).

Via ses programmes, la promotion de la santé participe à ce qu'Habermas (1987) appelle la colonisation du monde vécu par les systèmes administratifs. Le monde vécu résiste contre cette colonisation pour défendre des modes de vie menacés par les systèmes ou pour imposer des nouveaux modes de vie dont ces systèmes ne veulent pas. « Les services sociaux, y compris le système de santé publique, sont une thérapeutique qui étend un réseau de rapports clientélares sur les sphères de la vie privée » (tome 2, p. 400). En référence à

cette théorie, via le projet et les acteurs des centres, le système de santé a colonisé le monde vécu des communautés. Dans le centre qui a poursuivi les dépistages des facteurs de risque cardio-vasculaires, le projet se routinisait et la colonisation restait forte. Les acteurs ont appliqué à la lettre les nouvelles normes canadiennes pour continuer les dépistages en accord avec les médecins et la direction du centre. Le projet se routinisait dans deux autres centres où la résistance demeurait relativement faible par rapport à la colonisation. Les événements qui défavorisaient la routinisation et témoignaient de cette résistance ne l'ont pas empêché. Le projet se routinisait peu ou pas dans deux autres centres où la colonisation faiblissait et la résistance devenait forte, comme en témoignent la succession des échecs parmi les derniers événements observés (échec des clubs de marche, échec d'un comité de bénévoles, arrêt des dépistages).

3.2 TRIPLE MÉDIATION DES ORGANISATIONS

Tout ceci répond au moins en partie au dernier défi de notre travail qui consiste à étudier l'intégration du modèle de la pérennisation dans une théorie de la société. Selon ce modèle, la rationalité de la pérennisation des programmes dans les organisations est limitée, elle est légitimée par une coalition d'acteurs politiques et elle repose sur un savoir en action (tableau 1). Ce modèle est principalement limité aux organisations. «Une théorie, quelle qu'elle soit, accède à son expression la plus haute lorsque l'exploration du domaine où sa validité est vérifiée s'achève dans la reconnaissance des limites qui circonscrivent son domaine de validité» (Ricoeur, tome 3, p. 466). L'intégration de ce modèle dans la théorie d'Habermas (1987) suggère que les systèmes administratifs et le monde vécu constituent les limites d'application de notre modèle. Cette intégration constitue une contribution originale aux connaissances car le monde des organisations constitue réciproquement une limite de la théorie d'Habermas. «La théorie de l'agir communicationnel perd sa base de validité dans le cadre interne des organisations. Les acteurs des organisations agissent par la communication « sous réserve » car ils peuvent recourir à des règles formelles : «ils ne sont pas

obligés de viser un consensus grâce à des outils communicationnels» (tome 2, p. 342).

Les configurations proposées sont essentiellement des configurations organisationnelles. Cette intégration pourrait conduire à développer des configurations des nombreux êtres humains interdépendants qui se situent dans les organisations ou les systèmes administratifs ou le monde vécu. «Le concept de configuration place le problème des interdépendances humaines au centre de la réflexion théorique» (Élias, 1991, p. 163). Elle pourrait conduire à proposer que les organisations constituent le lieu d'une triple médiation entre le système de santé et le monde vécu: médiation entre la rationalité instrumentale du système et la rationalité fondée sur la communication du monde vécu, médiation entre la légitimité étatique du système et celle du consensus dans le monde vécu, médiation entre le savoir des experts du système et le savoir fondé sur la critique des arguments objectifs, normatifs et subjectifs dans le monde vécu (tableau 1).

Cette médiation est dialogique et diachronique. D'une part, elle nuance la proposition de Fassin (1998), selon laquelle «la santé publique devient l'un des modes de gestion les plus consensuels des problèmes sociaux, une fois que l'on a mené à bien les deux opérations de traduction de ces problèmes dans l'ordre sanitaire et de leur inscription dans l'espace public» (p. 42). Cette médiation indique un mode de gestion au moins négocié sinon conflictuel comme cela est implicite dans les termes habermassiens de colonisation et de résistance.

D'autre part, il s'agit d'une médiation entre les «potentialités inaccomplies» du passé et le futur «ouvert et contingent» (Ricoeur, 1983, tome 3, p. 390). «Les configurations se modifient au cours de l'existence en même temps que les hommes, cela vaut pour les individus, mais aussi pour tous les groupes et même pour les sociétés en général: que leurs membres disent «nous» en parlant d'eux-mêmes et «eux» en parlant des autres, voilà qui est universel, mais ce qu'ils entendent par «nous» et «eux», voilà qui peut se modifier» (Élias, 1991, p. 154).

En d'autres termes, la rationalité des acteurs de cette médiation n'est pas seulement limitée, elle oscille entre la rationalité des systèmes administratifs et celle du monde vécu.

Tout se passe comme si ces acteurs avaient des identités multiples, tantôt prenant des décisions en tant qu'intervenants qui font corps avec leur système administratif, tantôt en tant que militants qui soutiennent les causes du monde vécu. Leurs activités consistent tantôt en interventions au nom d'un système, tantôt en actes de parole au nom du monde vécu. «L'intervention se situe à l'intersection d'un des pouvoirs de l'agent et des ressources du système» (Ricoeur, tome 3, p. 417). En somme, l'intégration de notre modèle théorique dans une théorie de la société suggère que les acteurs des organisations dans lesquelles les programmes en promotion de la santé se pérennisent sont des médiateurs entre les systèmes administratifs et le monde vécu. Cette notion de médiateur fait écho aux propositions de Labonte (1994) selon lesquelles ces acteurs doivent assumer leur identité métissée, à la fois fonctionnaires et militants. «La promotion de la santé existe entre deux périls dialectiques: celui de neutraliser les conflits sociaux dans *l'éthos* conservateur des institutions, et celui de dénier sa parenté bureaucratique en clament naïvement que «la communauté» est une solution à tous nos malheurs sociaux, politiques, économiques et dans le domaine de la santé» (p. 88).

4. DERNIER RETOUR SUR LE PROBLÈME

Finalement, sur un plan épistémologique, le fait de poser les termes de ce dernier défi soutient notre critique du type idéal du modèle étapiste. Selon ce modèle, la rationalité de la pérennisation est instrumentale, elle est légitimée par l'État, et elle repose sur le savoir des experts. En termes habermassiens et weberiens, ce modèle est idéal-typique du système de santé qui a donné naissance à la promotion de la santé. Il semble congruent avec le déroulement des programmes qui se réfèrent à une approche hiérarchique (top-down) mais il

représente mal ce déroulement à la fois du point de vue des organisations et de celui du monde vécu. Dit simplement, le modèle théorique proposé dans notre travail représente mieux le déroulement des programmes en promotion de la santé, tant selon une approche hiérarchique que selon une approche participative (bottom-up) (Laverack & Labonte, 2000).

Selon la première approche, les objectifs, les activités et les ressources des programmes sont définis par les intervenants des systèmes administratifs. Le monde vécu exerce peu de contrôle sur le déroulement des programmes. Selon la deuxième approche, les programmes sont définis par des militants du monde vécu qui en contrôlent également le déroulement. Cependant, «ces types idéaux sont problématiques en pratique» (p. 256). Notre travail suggère qu'ils sont problématiques car ils figent les programmes dans une situation temporelle statique. L'intégration de notre modèle dans la théorie habermassienne de la société suggère de déconstruire ces types idéaux selon une perspective diachronique. Selon cette perspective, les programmes en promotion de la santé ou les événements qui en caractérisent le déroulement se réfèrent tour à tour aux approches hiérarchique et participative. Dit simplement, notre modèle représente mieux la réalité que le modèle étapiste car ces approches «ne sont pas mutuellement exclusives en pratique» (p. 257). Tout ceci est en adéquation avec «la difficulté» que les acteurs des organisations «éprouvent pour accommoder ces approches» car cette accommodation correspond à une oscillation entre deux rationalités fondamentalement différentes (tableau 1): celle des systèmes administratifs - instrumentale - et celle du monde vécu - communicationnelle - (p. 257). À son tour, cette oscillation est en adéquation avec des étapes du déroulement des programmes qui se répètent de manière non ordonnée ou avec des processus décisionnels convergents et non linéaires, pour lesquels notre travail fournit des instruments d'observation.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A. (1995). A primer on sequence methods. In G. P. Huber & A. H. Van de Ven (Ed.), Longitudinal field research methods : Studying process of organizational change (pp. 204-227). Thousand Oaks: Sage.

Abbott, A. (1998). The causal devolution. Sociological Methods and Research, 27, 148-181.

Alexander, E. R. (1985). From idea to action: Notes for a contingency theory of the policy implementation process. Administration and Society, 16, 403-426.

Altman, D. G. (1995). Sustaining interventions in community systems: On the relationship between researchers and communities. Health Psychology, 14, 526-536.

Argyris, C. (1993). Knowledge for action. San Francisco: Jossey-Bass.

Baun, W. B. (1994). Program management. In M. P. O'Donnell & J. S. Harris (Ed.), Health promotion in the work place (pp. 89-117). Albany: Delmar.

Bracht, N., Finnegan, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. Health Education Research, 9, 143-255.

Bracht, N., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). A five stage community organization model for health promotion. In N. Bracht (Ed.), Health promotion at the community level (pp. 83-104). Thousand Oaks: Sage.

Brown, J. S., & Duguid, P. (1996). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 58-82). Thousand Oaks: Sage.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. Health Education Research, 8, 315-330.

Butterfoss, F. D., Morrow, A.L., Rosenthal, J., Dini, E., Crews, R. C., DeWitt Webster, J., & Louis, P. (1998). CINCH: An urban coalition for empowerment and action. Health Education and Behavior, 25, 212-225.

Charue-Duboc, F. (1995). Des savoirs en action. Paris: L'Harmattan.

Chenoweth, D. (1991). Planning health promotion at the worksite. Dubuque: Brown & Benchmark.

Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1996). Culture and organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 430-459). Thousand Oaks: Sage.

Coonan, W., Owen, N., & Worsley, T. (1991). Planning, implementation and evaluation of community based preventive programs in childhood and youth: experience in Australia. In D. Nutbeam, B. Haglund, P. Farley & P. Tillgren

(Ed.), Youth health promotion: From theory to practice in school & community (pp. 292-310). London: Forbes.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1970). Processus de décision dans l'entreprise. Paris: Dunod.

Davis, D. D. (1982). Participation in community intervention design. American Journal of Community Psychology, 10, 429-446.

Dignan, M. B., & Carr, P. A. (1992). Program planning for health education and promotion. Philadelphia: Lea & Febiger.

Dogson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literature. Organization Studies, 14, 375-394.

Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1997). Health Promotion: Models and Values. Oxford: Oxford University Press.

Easterby-Smith, M. (1997). Disciplines of organizational learning: Contributions and critiques. Human Relations, 50, 1085-1113.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. Academy of Management Review, 14, 532-550.

Eisenhardt, K. M., & Zbaracki, M. J. (1992). Strategic decision making. Strategic Management Journal, 13, 17-37.

Élias, N. (1991). Qu'est-ce que la sociologie? Paris: Éditions de L'Aube.

Epp, J. (1987). Achieving health for all: A framework for health promotion. Health Promotion, 1, 419-428.

Epple, D., Argote, L., & Devadas, R. (1996). Organizational learning curves: A method for investigating intra-plant transfer of knowledge acquired through learning by doing. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 83-100). Thousand Oaks: Sage.

Fassin, D. (1998). Politique des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique. In D. Fassin (Ed.), Les figures urbaines de la santé publique: Enquête sur des expériences locales. Paris: Éditions La Découverte.

Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Richter, K. P., Lewis, R. K., Harris, K. J., Williams, E. L., Berkley, J. Y., Lopez, C. M., & Fisher, J. L. (1996). Empowering community health initiatives through evaluation. In D. M. Fetterman, S. J. Kaftarian, & A. Wandersman (Ed.), Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability (pp. 161-187). Thousand Oaks: Sage.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. Psychological Bulletin, 51, 327-358.

Florin, P., Chavis, D., Wandersman, A., & Rich, R. (1992). A system approach to understanding and enhancing grassroots organizations: The Block Booster Project. In R. L. Levine & H. E. Fitzgerald (Ed.), Analysis of dynamics

psychological systems: Methods and applications (pp. 215-243). New York: Plenum Press.

Florin, P., Mitchell, R., & Stevenson, J. (1993). Identifying training and technical assistance needs in community coalitions: A developmental approach. Health Education Research, *8*, 417-432.

Gans, K. M., Bain, S. L., Plotkin, B., Lasater, T. M., & Carleton, R. A. (1994). Implementation and institutionalization of heart health programming in schools: The Pawtucket Heart Health Program experience. Journal of Health Education, *25*, 89-96.

Goodman, R. M., & Steckler, A. (1989). A model for the institutionalization of health promotion programs. Family and Community Health, *11*, 63-78.

Goodman, R. M., Wandersman, A., Chinman, M., Imm, P., & Morrissey, E. (1996). An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. American Journal of Community Psychology, *24*, 33-61.

Goodman, R. M., Steckler, A., & Kegler, M. C. (1997). Mobilizing organizations for health enhancement. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (Ed.), Health behavior and health education : Theory, research and practice (pp. 287-312). San Francisco: Jossey-Bass.

Goodson, P., Murphy Smith, M., Evans, A., Meyer, B., & Gottlieb, N. H. (2001). Maintaining prevention in practice: Survival of PPIP in primary care settings. American Journal of Preventive Medicine, *20*, 184-189.

Green, L. W. (1989). Is institutionalization the proper goal of grantmaking ? American Journal of Health Promotion, *3*, 44.

Green, L. W., & Johnson, J. L. (1996). Dissemination and utilization of health promotion and disease prevention knowledge: Theory, research and experience. Canadian Journal of Public Health, *87*(Suppl. 2), S11-S17.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1992). CDC's planned approach to community health as an application of PRECEED and an inspiration for PROCEED. Journal of Health Education, *23*, 140-147.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach. Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Habermas, J. (1987). Théorie de l'agir communicationnel (tome1): Rationalité de l'agir et rationalisation de la société. Paris: Fayard.

Habermas, J. (1987). Théorie de l'agir communicationnel (tome2): Pour une critique de la raison fonctionnaliste. Paris: Fayard.

Hage, J. T. (1999). Organizational innovation and organizational change. Annual Review of Sociology, *25*, 597-622.

Hannan, M. T., & Freeman, J. (1989). Organizational ecology. Cambridge: Harvard University Press.

Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). Evaluating health promotion. Artamon: MacLennan & Petty.

Hawe, P., & Stickney, E. K. (1997). Developing the effectiveness of an intersectoral food policy coalition through formative evaluation. Health Education Research, 12, 213-225.

Huber, G. P. (1996). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 124-162). Thousand Oaks: Sage.

Hutchins, E. (1996). Organizing work by adaptation. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 20-57). Thousand Oaks: Sage.

Jackson, C., Fortman, S. P., Flora, J. A., Melton, R. J., Snider, J. P., & Littlefield, D. (1994). The capacity-building approach to intervention maintenance implemented by the Stanford Five-City Project. Health Education Research, 9, 385-396.

Johnson, J. L., Green, L. W., Frankish, C. J., MacLean, D. R., & Statchenko, S. (1996). A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. Canadian Journal of Public Health, 87(Suppl. 2), S5-S10.

Kemm, J., & Close, A. (1995). Health promotion: Theory and practice. London: MacMillan.

Kirk, J. S., & Raven, J. E. (1962). The presocratic philosophers. Cambridge: Cambridge University Press.

Koepsell, T. D., Wagner, E. H., Cheaddle, D. L., Patrick, D. L., Martin, D. C., Diehr, P. H., & Perrin, E. B. (1992). Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. Annual Review of Public Health, 13, 31-57.

Kreuter, M. W. (1992). PATCH: Its origin, basic concepts, and links to contemporary public health policy. Journal of Health Education, 23, 135-139.

Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. Health Education Quarterly, 21(2), 235-268.

Lackey, J. F., Welnetz, T., & Balistrieri, M. (2000). Ensuring a prevention presence when coalitions falter: A case study of a community coalitions demonstration project. Evaluation and Program Planning, 23, 355-363.

Lalonde, M. (1974). Une nouvelle perspective sur la santé des canadiens. Ottawa: Information Canada.

Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., & Posada, E. (1995). Opening up decision making: The view from the black stool. Organization Science, 6, 260-279.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. Academy of Management Review, 24, 691-710.

Lant, T. K., & Mezias, S. J. (1996). An organizational learning model of convergence and reorientation. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 267-301). Thousand Oaks: Sage.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. R. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Eds.), La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 365-389). Montréal: Gaëtan Morin.

Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy and Planning, 15, 255-262.

Lefebvre, R. C. (1990). Strategies to maintain and institutionalize successful programs. In N. Bracht (Ed.), Health promotion at the community level (pp. 209-228). Newbury Park: Sage.

Leroy, F., & Ramanantsoa, B. (1997). The cognitive and behavioural dimensions of organizational learning in a merger: An empirical study. Journal of Management Studies, 34, 871-894.

Levitt, B., & March, J. G. (1996). Organizational learning. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 516-540). Thousand Oaks: Sage.

Lupton, D. (1995). The imperative of health: Public health and the regulated body. London: Sage.

MacDonald, M. A., & Green, L. W. (2001). Reconciling concept and context: The dilemma of implementation in school-based health promotion. Health Education and Behavior, 28, 749-768.

MacLean, D. R. (1996). Positioning dissemination in public health policy. Canadian Journal of Public Health, 87(Suppl. 2), S40-S43.

Majone, G., & Wildavsky, A. (1979). Implementation as evolution. In J. Pressman & A. Wildavsky (Ed.), Implementation (pp. 177-194). Berkeley: University of California Press.

March, J. G. (1996). Exploration and exploitation in organizational learning. In L. S. Sproull & M. D. Cohen (Ed.), Organizational learning (pp. 101-123). Thousand Oaks: Sage.

March, J. G., & Simon, H. A. (1993). Organizations. Cambridge: Blackwell.

March, J. G., Sproull, L. S., & Tamuz, M. (1996). Learning from sample of one or fewer. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 1-19). Thousand Oaks: Sage.

McKenzie, J. F., & Smeltzer, J. L. (1997). Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer. Boston: Allyn and Bacon.

McQueen, D. V. (2001). Stengthening the evidence base for health promotion. Health Promotion International, 16, 261-268.

Mintzberg, H. (1994). Grandeur et décadence de la planification stratégique. Paris: Dunod.

Mohr, L. (1982). Explaining organizational behavior. San Francisco: Jossey-Bass.

Murray, D. (1986). Dissemination of community health promotion programs: The Fargo-Moorhead Heart Health Program. Journal of School Health, 56, 375-381.

Naidoo, J., & Wills, J. (1994). Health promotion: Foundations for practice. London: Baillière Tindall.

Nancholas, S. (1998). A logical framework. Health Policy and Planning, 13, 189-193.

Nettleton, S., & Burrows, R. (1997). If health promotion is everybody's business what is the fate of the health promotion specialist? Sociology of Health and Illness, 19, 23-47.

Nezlek, J. B., & Galano, J. (1993). Developing and maintaining state-wide adolescent pregnancy prevention coalitions: A preliminary investigation. Health Education Research, 8, 433-447.

Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. Organization Science, 5, 14-37.

Nutbeam, D. (1996). Improving the fit between research and practice in health promotion: Overcoming structural barriers. Revue Canadienne de Santé Publique, 87, S18-S23.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: Progress, problems and solutions. Health Promotion International, 13, 27-44.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Sanchez Gomez, L., & Paradis, G. (1998). Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. Preventive Medicine, 27, 702-712.

Orlandi, M. A. (1996). Health promotion technology transfer: Organizational perspectives. Canadian Journal of Public Health, 87(Suppl. 2), S28-S33.

Paine-Andrews, A., Fawcett, S. B., Richter, K. P., Berkley, J. Y., Williams, E. L., & Lopez, C. M. (1996). Community coalitions to prevent substance abuse: The case of the "Project Freedom" replication initiative. Journal of Prevention and Intervention in the Community, 14, 81-99.

Paine-Andrews, A., Fisher, J. L., Campuzano, M. K., Fawcett, S. B., & Berkley-Patton, J. (2000). Promoting sustainability of community health initiatives: An empirical case study. Health Promotion Practice, 1, 248-258.

Palumbo, D. J., & Calista, D. J. (1990). Implementation and the policy process: Opening up the Black Box. New York: Greenwood Press.

Pelletier, J., Moisan, J., Roussel, R., & Gilbert, M. (1997). Heart health promotion: A community development experiment in a rural area of Québec, Canada. Health Promotion International, 12, 291-298.

Piaget, J. (1970). Problèmes généraux de la recherche interdisciplinaire et mécanismes communs. In Unesco (Ed.), Tendances principales de la recherche dans les sciences sociales et humaines (pp. 559-628). Paris: Mouton/Unesco.

Pinder, L. (1994). The federal role in health promotion: Art of the possible. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Ed.), Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives (pp. 92-106). Toronto: W.B. Saunders Canada.

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7, 99-113.

Pluye, P., Potvin, L., Neville, D., MacDonald, M., Williams, W., Blair, L., & Green, L. W. (2000). Quels sont les facteurs et les processus clés associés à la pérennisation des changements environnementaux en faveur de la promotion de la santé ? (R00-03). Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Pluye, P., Potvin, L., & Pelletier, J. (2002). Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network? Soumis à Canadian Journal of Public Health.

Potvin, L. (1996). Methodological challenges in evaluation of dissemination programs. Canadian Journal of Public Health, 87(Suppl. 2), S79-S83.

Potvin, L., Haddad, S., & Frohlich, K. (2001). Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In I. Rootman (Ed.), Evaluation in health promotion: Principles and perspectives (pp. 45-61). Copenhagen: World Health Organization.

Potvin, L., Paradis, G., Laurier, D., Masson, P., Pelletier, J., & Lessard, R. (1992). Le cadre d'intervention du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Hygie, 11, 17-23.

Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T. E., Maccoby, N., & Farquhar, J. W. (1996). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia project. In Pan American Health Organization (Ed.), Health Promotion: An anthology (pp. 89-125). Washington: Pan American Health Organization.

Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: Revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. Revue Canadienne de Santé Publique, 88, 109-113.

Renaud, L., & Gomez-Zamudio, M. (1998). Planifier pour mieux agir. Québec: RÉFIPS.

Ricoeur, P. (1983). Temps et récit (tome 1): L'intrigue et le récit historique. Paris: Seuil.

Ricoeur, P. (1983). Temps et récit (tome 3): Le temps raconté. Paris: Seuil.

Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: Issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. Health Promotion International, 10, 199-207.

Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. In J. S. Wholey, H.P. Hatry & K. E. Newcomer (Ed.), Handbook of practical program evaluation (pp. 40-68). San Francisco: Jossey-Bass.

Scheirer, M. A., & Griffith, J. (1990). Studying micro-implementation empirically: Lessons and dilemmas. In D.J. Palumbo & D.J. Calista (Ed.), Implementation and the policy process: Opening up the Black Box: (pp. 163-179). New York: Greenwood Press.

Scheirer, M. A., Shediak, M. C., & Cassady, C. E. (1995). Measuring the implementation of health promotion programs: The case of the Breast and Cervical Cancer Program in Maryland. Health Education Research, 10, 11-25.

Shediak-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research, 13, 87-108.

Simnett, I. (1995). Managing health promotion: Developing healthy organizations and communities. Chichester: John Wiley & Sons.

Simon, H. (1992). Economics, bounded rationality and the cognitive revolution. Aldershot: Edward Elgar.

Sitkin, S. B. (1996). Learning through failure: The strategy of small losses. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 541-578). Thousand Oaks: Sage.

Sorensen, G., Himmelstein, J. S., Hunt, M. K., Youngstrom, R., Hebert, J. R., Hammond, S. K., Palombo, R., Stoddard, A., & Ockene, J. K. (1995). A model for worksite cancer prevention: Integration of health protection and health promotion in the WellWorks Project. American Journal of health Promotion, 10, 55-62.

Steckler, A., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 3, 34-44.

Stevenson, H. M., & Burke, M. (1991). Bureaucratic logic in new social movement clothing: The limits of health promotion research. Health Promotion International, 6(4), 281-289.

Strang, D., & Soule, S. A. (1998). Diffusion in organizations and social movements: From hybrid corn to poison pills. Annual Review of Sociology, 24, 265-290.

Sutherland, M., Cowart, M. E., Harris, G. J. (1998). Jackson county partnership: Developing an effective coalition. International Quarterly of Community Health Education, 17, 405-415.

Thompson, B., Lichtenstein, E., Corbett, K., Nettekoven, L., & Feng, Z. (2000). Durability of tobacco control efforts in the 22 Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) communities 2 years after the end of interventions. Health Education Research, 15, 353-366.

US-D.H.H.S., Department of Health and Human Services. (1990). Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, D.C.: Superintendent of Documents (PHS 91-50213).

Van de Ven, A. H. (1976). A framework for organization assessment. Academy of Management Review, 1, 65-78.

Van de Ven, A. H., & Angle, H. L. (1989). An introduction to the Minnesota Innovation Research Program. In A. H. Van de Ven, H. L. Angle & M. S. Poole (Ed.), Research on the management of innovation: The Minnesota studies (pp. 3-30). New York: Harper & Row.

Van de Ven, A. H. (1992). Suggestions for studying strategy process: A research note. Strategic Management Journal, 13, 169-188.

Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Methods for studying innovation development in the Minnesota Innovation Research Programme. In G. P. Huber & A. H. Van de Ven (Ed.), Longitudinal field research methods : Studying processes of organizational change (pp. 155-185). Thousand Oaks: Sage.

Virany, B., Tushman, M. L., & Romanelli, E. (1996). Executive succession and organization outcomes in turbulent environments: An organizational learning approach. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 302-329). Thousand Oaks: Sage.

Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. Evaluation and program Planning, 23, 389-395.

Weber, M. (1995). Économie et société: Les catégories de la sociologie. Paris: Plon.

Weick, K. E. (1996). The role of renewal in organizational learning. International Journal of Technology Management, 11, 738-746.

Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1996). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight desks. In M. D. Cohen & L. S. Sproull (Ed.), Organizational learning (pp. 330-358). Thousand Oaks: Sage.

W.H.O., Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. (1987). Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1, 4, ii-v.

Wickizer, T. M., Wagner, E., & Cheadle, A. (1998). Implementation of the Henry J. Kaiser family foundation's community health promotion grant program: A process evaluation. The Milbank Quarterly, 76, 121-147.

Williams, L. C., & Olano, V. R. (1999). Mobilizing and maintaining a coalition to promote physical activity among African Americans in Southeast Stockton, California. Journal of Health Education, 30(Suppl.), S31-S36.

Yin, R. K. (1994). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks: Sage.

ANNEXE 1 – ARTICLE PUBLIÉ DANS
RUPTURES

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7, 99-113.

La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé

Pierre Pluye

Affiliation Université de Montréal

Louise Potvin

Affiliation Université de Montréal

Jean-Louis Denis

Affiliation Université de Montréal

Article
original

Résumé :

L'expérimentation par projet pilote est courante en promotion de la santé. Cet article propose de recentrer la question de la pérennisation organisationnelle autour des concepts de routines et de routinisation, plutôt qu'en termes d'institutionnalisation, la notion la plus utilisée par les chercheurs et les intervenants en promotion de la santé. Il est suggéré que les propositions théoriques, auxquelles les concepts de routines et de routinisation renvoient, permettent de mieux expliquer les retombées des projets pilotes dans les organisations, que celles sur lesquelles repose l'institutionnalisation. En conséquence, pour penser la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé, cet article fait plutôt appel à la littérature sur les organisations. D'abord, les routines étant issues d'un apprentissage, la routinisation et les routines sont définies en s'inspirant de la littérature sur l'apprentissage organisationnel. Puis, le processus qui conduit à la routinisation est conceptualisé en s'inspirant de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. Selon cette littérature, des événements sont la trace des processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel, donc la routinisation. Ces événements sont explorés. Enfin, la notion d'acteurs stratégiques est décrite comme étant le principe du processus qui conduit à la routinisation. Les acteurs stratégiques sont à la fois des créateurs, et des interprètes du hasard et de la contingence.

Mots clefs : Acteurs stratégiques, apprentissage organisationnel, institutionnalisation, pérennisation, prise de décision, promotion de la santé, routinisation.

Introduction

Les projets pilotes sont des moyens privilégiés pour expérimenter des interventions en promotion de la santé. Ils requièrent temps et énergie de la part des intervenants et des chercheurs chez lesquels ils génèrent des attentes élevées en vue de faire évoluer les interventions. Plusieurs chercheurs en promotion de la santé se sont intéressés aux retombées de ces projets dans les organisations. Cependant, les auteurs dominants fondent leurs études sur les travaux de Yin (1979), qui n'établissent pas la distinction entre les processus et les résultats, alors que cette distinction semble essentielle pour mieux comprendre les enjeux de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes. Cet article propose de repenser le problème de la pérennisation en s'inspirant plutôt de la littérature sur les organisations.

Par pérennisation, nous entendons la viabilité à long terme des interventions d'un projet. En promotion de la santé, la plupart des auteurs s'inscrivent dans une perspective d'institutionnalisation de l'innovation pour parler de la pérennisation des projets dans les organisations. Dans cette perspective, la pérennisation est la dernière étape du développement de l'innovation; elle dépend de décisions impliquant des acteurs politiques au sein de l'organisation et devrait découler des résultats d'évaluation des effets. Cette perspective nous apparaît inadéquate, car les principes de la prise de décision sur lesquels elle repose ne reflètent pas la manière dont les décisions sont prises dans les organisations. En effet, dans cette perspective, l'élément décisif est constitué par les résultats d'évaluation des effets. Alors qu'en réalité, en dépit d'évaluations d'effets non concluantes, les projets pilotes laissent des traces substantielles dans les organisations. Comme nous le verrons plus loin, plusieurs publications récentes suggèrent l'usage des concepts de routines et de routinisation.

Le concept de routinisation nous apparaît d'autant plus approprié pour parler du devenir organisationnel des interventions qui font l'objet d'expérimentation par projet pilote en promotion de la santé, qu'il justifie la mobilisation de la littérature sur l'apprentissage organisationnel,

centrée sur le concept de routine. L'objectif général de cet article vise à renouveler la conception des intervenants et des chercheurs en promotion de la santé concernant la pérennisation organisationnelle des projets pilotes. Nous examinons d'abord de façon critique la notion d'institutionnalisation de l'innovation qui prévaut dans la littérature en promotion de la santé. Puis, nous définissons les routines et nous conceptualisons la routinisation en référence à la littérature sur l'apprentissage organisationnel. Ensuite, nous étudions le processus qui conduit à la routinisation dans les organisations, et puisque nous parlons d'organisations, nous formulons des propositions théoriques qui s'inspirent de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. Nous proposons d'étudier les séquences d'événements qui caractérisent ces processus décisionnels. Ces processus débutent dès la planification des projets pilotes et sous-tendent l'apprentissage organisationnel. Enfin, nous suggérons la notion d'acteurs stratégiques comme principe pour penser la routinisation. En effet, les acteurs tiennent une large place dans les deux *corpus* de connaissances organisationnelles auxquels nous référons et cette notion inclut aussi les acteurs politiques.

Critique de l'institutionnalisation de l'innovation en promotion de la santé

Au terme d'un projet pilote, l'une des retombées possibles est la pérennisation de ses interventions dans les organisations impliquées. Pour décrire cette pérennisation, plusieurs concepts sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature en promotion de la santé: appropriation, intégration, incorporation, institutionnalisation et routinisation (Bracht et al., 1994; Renaud, Chevalier & O'Loughlin, 1997; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). L'institutionnalisation est la notion qui semble jouir de la plus grande popularité (Bracht et al., 1994; Goodman & Steckler, 1989; Goodman, McLeroy, Steckler & Hoyle, 1993; Rissel, Finnegan & Bracht, 1995; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989). L'institutionnalisation telle que

développée par Steckler, Goodman et leurs collaborateurs, la dernière étape du développement d'une innovation en promotion de la santé. Elle fait suite à l'adoption et à l'implantation, lorsque l'innovation devient une routine. Elle consiste à enchâsser durablement l'innovation dans une organisation hôte pour en assurer la viabilité à long terme, après l'arrêt de l'apport des ressources extérieures (Goodman et al., 1993). C'est l'étape finale d'un processus où « l'innovation colonise l'organisation » (Steckler, Goodman, McLeroy, Davis & Koch, 1992, p. 220).

Concernant la notion d'institutionnalisation et sa définition, ces auteurs s'inspirent principalement des travaux de Yin (1979) sur la routinisation des innovations dans les bureaucraties, pour tenter de mesurer le degré d'institutionnalisation de certains projets dans des organisations. L'institutionnalisation est opérationnalisée par le nombre de passages et de cycles pendant lesquels un projet survit dans une organisation (Goodman & Steckler, 1989; Steckler & Goodman, 1989). « Le terme passages définit des changements significatifs dans les procédures ou les structures de l'organisation, qui reflètent une augmentation du support de l'organisation envers l'innovation;; le terme cycles implique des événements récurrents qui surviennent comme éléments constitutifs des opérations durant toute la vie de l'organisation et qui peuvent éventuellement affecter l'innovation » (Yin, 1979, p. 57). Les passages touchent l'innovation. Par exemple, un passage est le changement qui survient lorsqu'un apport de ressources extérieures prend fin, l'innovation dépendant alors entièrement des ressources de l'organisation. En contraste, indépendamment de l'innovation, les cycles sont les marqueurs du temps dans l'organisation. Par exemple, le plan d'action annuel de l'organisation est un cycle, la révision annuelle du plan d'action constituant l'événement qui borne le cycle. Naturellement, cette révision peut éventuellement renforcer ou au contraire menacer la survie de l'innovation. L'observation de dix innovations confirme que l'institutionnalisation est d'autant plus forte que le nombre de passages et de cycles pendant lesquels elles survivent dans l'organisation est élevé (Steckler & Goodman, 1989). Dans une publication ultérieure, les notions de passages et cycles disparaissent au profit des routines. L'institutionnalisation est

alors mesurée à partir d'un questionnaire centré sur quatre aspects des routines: production, maintenance, support et management des routines (Goodman et al., 1993).

Parmi les critiques de ces travaux, Scheirer (1993) en questionne la validité, car elle détecte un hiatus entre les propositions théoriques et les propositions opérationnelles. Barab, Redman et Froman (1998) confirment le problème de validité en observant que « les passages ne sont pas explicitement mesurés » (p.23). D'ailleurs, on peut dire la même chose des cycles. De plus, selon Scheirer (1993), les résultats de Steckler et Goodman présentent une forte corrélation entre les éléments de chaque facteur, ainsi qu'entre les facteurs eux-même, dont celui des routines. Ce problème de multicollinéarité a été confirmé par Barab et al (1998), qui ont testé le questionnaire de Goodman et Steckler auprès de cent trente-deux organisations. Autrement dit, à propos de la notion d'institutionnalisation, les propositions conceptuelles reposent sur les passages et les cycles, alors que les propositions opérationnelles ne semblent pas en tenir compte, ces dernières suggérant plutôt l'usage des routines.

Ces critiques plaident en faveur de l'usage des routines comme concept clé, et par conséquent en faveur de la routinisation, comme le suggérait Yin (1979). Toutefois, ce discours sur la routinisation doit être renouvelé, car sa logique porte à confusion, la routinisation étant étudiée à la fois comme un processus et comme un résultat. La routinisation est décrite comme étant la dernière étape du développement de l'innovation après les étapes de l'adoption et de l'implantation (Yin, 1979, pp.4-5). La routinisation est aussi décrite comme étant le « processus par lequel une innovation devient partie intégrante d'une bureaucratie », ce processus débute dès l'adoption de l'innovation, et il conduit à la routinisation (Yin, 1979, pp.49-71). Dans leurs premières publications, Steckler, Goodman et leurs collaborateurs ont succombé à cette confusion puisqu'ils mesurent le degré d'institutionnalisation en comptant le nombre de passages et de cycles, alors qu'à l'évidence, les passages et les cycles caractérisent un processus qui conduit à la routinisation. D'ailleurs, dans une publication ultérieure, ils abandonnent les passages et les cycles

au profit des routines, sans véritablement définir ces dernières. Cette confusion et cet abandon sont des arguments en faveur d'une reconceptualisation des routines et de la routinisation.

Concernant le processus qui conduit à l'institutionnalisation, pour Steckler, Goodman et leurs collaborateurs ce processus culmine idéalement avec une décision rationnelle qui repose sur les résultats des évaluations des effets. Seules les innovations ayant fait la preuve de leur efficacité devraient être institutionnalisées. En conséquence, «une évaluation des effets de l'innovation devrait être réalisée avant de décider l'institutionnalisation» (Steckler & Goodman, 1989, p. 35).

En prônant une rationalité fondée sur les résultats d'évaluation des effets, Steckler, Goodman et leurs collaborateurs s'inscrivent dans le courant de pensée qui domine le développement des programmes en promotion de la santé. Par exemple, Flay (1986) identifie huit étapes dans le développement des programmes en promotion de la santé; la décision du passage d'une étape à la suivante devant reposer sur la présence d'effets, et le développement devant être arrêté quand aucun effet n'est observé. Pour sa part, Nutbeam (1998) estime que le développement des programmes en promotion de la santé devrait suivre six étapes dont le test, la démonstration et la dissémination; la décision du passage d'une de ces étapes à la suivante dépendant principalement des résultats d'évaluation des effets. Appliquée à la pérennisation organisationnelle, cette rationalité est résumée par les trois énoncés suivants. Si les effets sont positifs et les conditions d'implantation satisfaisantes, une innovation est candidate à la routinisation. Si les effets sont positifs et les conditions d'implantation incertaines, l'innovation n'est pas concluante, il ne doit pas y avoir routinisation. S'il n'y a pas d'effet ou si les effets sont négatifs, quelles que soient les conditions d'implantation, il ne doit pas y avoir routinisation. Pourtant, cette rationalité est contredite par ceux-là mêmes qui s'en réclament. Plusieurs auteurs disent préparer l'institutionnalisation dès la planification des interventions (Bracht et al., 1994; Goodman et al., 1993; Rissel et al., 1995; Steckler & Goodman, 1989). Par exemple, la pérennisation organisationnelle des interventions expérimentées

dans le cadre du projet de démonstration «Minnesota Heart Health Project» était un objectif initial majeur du projet (Bracht et al., 1994; Rissel et al., 1995). De plus, Bracht et al. (1994) considèrent le nombre des organisations dans lesquelles il y a pérennisation comme un indicateur de succès. D'ailleurs, Green (1989) émet la même critique que nous, lorsqu'il constate que les promoteurs de santé considèrent, à tort, l'institutionnalisation comme une fin en soi ou comme un gage de succès, c'est-à-dire bonne *a priori*.

De plus, le processus qui conduit à la routinisation est centré sur des acteurs politiques dont l'action se déroule en trois temps (Goodman & Steckler, 1989). Les acteurs de l'organisation interagissent avec l'innovation durant leurs routines habituelles, chacun pouvant ainsi estimer les coûts et les bénéfices de l'innovation. Puis, si l'innovation a des avantages, elle génère un support qui s'incarne au mieux dans un porte-étendard et dans une coalition. Ces derniers catalysent alors un ajustement mutuel de l'organisation et de l'innovation jusqu'à l'institutionnalisation. Ce processus repose donc principalement sur des acteurs politiques au sein de l'organisation, le porte-étendard étant un acteur clé qui agit comme «un ambassadeur de l'innovation» (Steckler & Goodman, 1989, p. 39).

Une évidence sort confortée par cette critique et par la notion d'acteurs politiques. Le processus qui conduit à la pérennisation n'est pas uniquement suspendu aux résultats d'évaluations des effets. Ce processus dépend d'un ensemble de décisions, qui s'étalent dans le temps et débutent au moment de la planification. Par ailleurs, pour étudier un processus, Scheirer (1994) suggère d'examiner les chaînes d'événements qui concernent les interventions en promotion de la santé et leurs bénéficiaires. Mais cette auteure ne définit pas les événements en question, et même si elle s'en défend, elle sous-entend une linéarité des processus étudiés en employant le terme chaîne et en regroupant les événements en phases.

Cette revue des travaux et des critiques sur la notion d'institutionnalisation de l'innovation justifie l'usage des routines comme concept clé et du concept de routinisation pour penser

la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé, en même temps qu'elle suggère de redéfinir ces concepts. Elle suggère aussi que le processus conduisant à la routinisation dépend d'un ensemble de décisions qui couvre toute la vie des projets, et non d'une décision ponctuelle prise en fonction des résultats d'évaluation des effets. De plus, elle soutient que ces décisions dépendent principalement d'acteurs politiques agissant au sein des organisations. En conséquence, dans cet article, nous nous inspirons de la littérature sur les organisations pour atteindre quatre objectifs spécifiques : (1) redéfinir la routinisation comme composante organisationnelle de la pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé et définir les routines, (2) avancer des propositions théoriques sur les événements des processus décisionnels qui influencent la routinisation, (3) contribuer, par la même occasion, à développer une démarche peu explorée en promotion de la santé et (4) repenser le rôle des acteurs dans le processus conduisant à la routinisation.

Routines, routinisation et apprentissage organisationnel

Un projet pilote ne fait pas partie, au départ, des routines de l'organisation. En revanche, quand il est terminé, sa routinisation signifie que de nouvelles routines, induites par le projet, existent dans l'organisation. Dans cet article, nous suggérons que routines et routinisation sont issues d'un apprentissage et non d'une décision ponctuelle. Ainsi, dans le contexte de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes, routines et routinisation sont logiquement définies d'après la littérature sur l'apprentissage organisationnel. De plus, l'apprentissage organisationnel offre une perspective centrée à la fois sur les routines et sur les acteurs de l'organisation. Cette perspective examine l'acquisition de nouvelles routines au sein d'une organisation, à partir des savoirs des acteurs de l'organisation, de la même manière que les publications récentes en promotion de la santé. L'exemple type est celui d'une organisation locale de santé publique (au Québec, ce seraient des Centres locaux de services communautaires ou CLSC)

qui développe un projet pilote ; ce projet est source d'apprentissage pour les intervenants et il induit des nouvelles routines qui perdurent après qu'il soit terminé.

Un projet est un ensemble d'activités et de ressources dont les objectifs sont communs. Les projets pilotes comprennent des interventions qu'Oldenburg, Sallis, French et Owen (1999) classent dans les catégories « développement de l'innovation » et « recherche et développement ». Ces projets impliquent habituellement un partenariat entre plusieurs organisations. La pérennisation organisationnelle des projets est la capacité des organisations à maintenir les services et à produire les bénéfices attendus après l'arrêt de l'apport de ressources extérieures (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Par exemple, lorsqu'un CLSC, en partenariat avec des organismes communautaires et/ou des chercheurs, développe une nouvelle façon d'intervenir sur un problème prioritaire, pour ensuite expérimenter cette intervention de façon systématique et l'évaluer, la routinisation est la viabilité, dans l'organisation, des interventions expérimentées dans le cadre du projet.

Routines et routinisation

Le concept de routine comporte souvent une charge négative à cause de son association avec les bureaucraties. Crozier (1963) qualifie le modèle bureaucratique mécaniste, entre autres, de dysfonctionnel par ses « aspects routiniers ». Pourtant, étymologiquement, les routines ne sont *a priori* ni bonnes ni mauvaises. Elles consistent en un savoir-faire issu d'un apprentissage, et au XVII^e siècle, on les nomme des habitudes (Rey, Tomi, Hordé & Tanet, 1994) qui, selon Dewey (1930), ne sont pas mauvaises en soi. De plus, on ne peut pas prévoir les effets positifs ou négatifs des routines, avant de les avoir soumises à l'expérience.

Sans jugement de valeur, Weber (1971) définit la routinisation comme la bureaucratisation quasi-inéluctable d'une domination charismatique. Pour lui, la domination bureaucratique représente le type pur de la domination légale, et sa rationalité est fondée sur des règles formelles et sur des savoirs. Par contre, la domination charismatique est plutôt affective et repose sur l'irrationalité du sacré. Routines et routinisation intègrent donc raison et croyances.

Les routines selon la littérature sur l'apprentissage organisationnel

La littérature sur l'apprentissage organisationnel se développe depuis vingt ans (Argyris & Schön, 1978) et elle a fait l'objet de cinq revues de littérature majeures (Hedberg, 1981; Shrivastava, 1983; Fiol & Lyles, 1985; Levitt & March, 1995; Huber, 1995). La prémisse de cette littérature s'énonce ainsi : les organisations apprennent facilement à partir d'expériences uniques ou d'un petit nombre d'expériences (March, Sproull & Tamuz, 1995), comme dans le cas de projets pilotes. Cet apprentissage se manifeste par un changement de routines qui est un changement graduel lié à des expériences de type essais et erreurs. La définition des succès et des échecs ne paraît d'ailleurs pas toujours très claire puisque « les acteurs interprètent les événements » (Levitt & March, 1995). D'abord et avant tout, apprentissage des acteurs (Dogson, 1993), l'apprentissage organisationnel se veut aussi le développement de savoirs interprétés, communiqués et consensuels dans l'organisation (Nicolini & Meznar, 1995), ce qui définit une routine.

Dans cette perspective d'apprentissage, les routines occupent une place prépondérante dans les organisations. Celles-ci sont des entités constituées de routines (Edmondson & Moingeon, 1998), ou mieux, ce sont des portfolios de routines (Weick, 1995). Par routines organisationnelles on entend des procédures standard opérationnelles (Cyert & March, 1970) ou des séquences standardisées d'opérations (Weick, 1995). Ce sont, dans tous les cas, des processus collectifs (Cohen & Bacdayan, 1995) qui ont tendance à persister (Nelson & Winter, 1982).

Parmi les définitions plus opérationnelles des routines, nous en retenons deux types. Premièrement, les routines peuvent être définies par la transposition à l'échelle des organisations, des processus psychologiques d'apprentissage. Ainsi les routines présentent deux éléments conçus pour l'individu. D'une part, les routines sont une mémoire procédurale issue de l'expérience, c'est-à-dire de l'encodage des leçons du passé (Cohen & Bacdayan, 1995); elles sont engrangées dans l'organisation comme une distribution de plusieurs mémoires procédurales entre les différents acteurs (Cohen & Bacdayan, 1995). D'autre part, les routines possèdent une propriété

d'adaptabilité. L'adaptation des routines est fonction de l'estimation du rapport des effets souhaités sur les effets observés (Levitt & March, 1995). Quant aux barrières à l'adaptation, ce sont des interprétations partagées appelées « apprentissage superstitieux » ou « pièges » ou « routines défensives » qui surviennent après un conflit interne ou après une période de congruence de l'organisation avec son environnement (Levitt & March, 1995; Edmondson & Moingeon, 1998; Argyris, 1993).

Deuxièmement, les routines peuvent être définies en à l'aide de concepts sociologiques et anthropologiques. Le concept de routine renvoie alors à l'imitation et à l'habitude plutôt qu'à la critique rationnelle de l'action (Edmondson & Moingeon, 1998; Levitt & March, 1995). Les routines sont donc des processus interprétatifs qui reflètent un « esprit de groupe » (Weick & Roberts, 1995). Les routines présentent deux éléments conçus pour le collectif. D'une part, les routines sont des croyances, des codes ou des cultures dans l'organisation, dont les véhicules sont des symboles, des rituels et des langages (Levitt & March, 1995). D'autre part, les routines sont des règles estimées efficaces si elles sont appliquées à une situation appropriée. Ces règles gouvernent non seulement la prise de décision (Cyert & March, 1970; Hutchins, 1995; Nelson & Winter, 1982), mais aussi l'action par l'application de règles de travail, la transmission d'informations et de plans, la mémorisation des documents et l'archivage (Cyert & March, 1963; Hutchins, 1995; Nelson & Winter, 1982; Cohen & Bacdayan, 1995; Dogson, 1993).

Pour illustrer ces concepts de mémoire, d'adaptabilité, de croyances et de règles, nous pouvons imaginer l'exemple suivant. Un projet pilote vient de se terminer dans un CLSC et quelques-unes des interventions expérimentées dans le projet continuent d'être mises en oeuvre par des intervenants du CLSC (mémoire procédurale). Ces interventions reposent sur des partenaires communautaires (adaptation au milieu). Parmi ces interventions, un dépistage annuel est poursuivi parce que l'image « médicale » qui y est associée a beaucoup de succès, bien qu'un tel dépistage ne fasse plus partie des guides de bonne pratique (barrière à l'adaptation par « apprentissage

superstitieux»). Par ailleurs, des objectifs explicites supportent ces interventions symbolisées par une mascotte (croyances et symboles). Ces interventions font aussi l'objet d'un plan d'activités et se déroulent sous la supervision de la direction du CLSC (règles d'action et de décision).

Les séquences d'événements des processus décisionnels dans les organisations

Le processus qui conduit à la routinisation est composé d'un ensemble de décisions qui couvre la vie de projets pilotes en promotion de la santé. Pour examiner ce processus dans le contexte de la pérennisation organisationnelle, et par le fait même ces décisions, nous nous inspirons logiquement de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. D'ailleurs, ces études parlent de processus décisionnels et non de décisions ponctuelles, parce qu'une décision dans une organisation n'est pas un élément isolable dans le temps, par rapport à d'autres décisions, ni dans l'espace, par rapport à d'autres processus décisionnels dans et hors de l'organisation (Langley, 1999). Plus précisément, nous sommes intéressés à étudier les processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel et, par voie de conséquence, la routinisation. Avec Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada et Saint-Macary (1995), nous postulons que ces processus décisionnels laissent des traces dans l'organisation, sous la forme d'événements.

L'événement comme élément de base des processus

L'événement est l'élément central du narratif historique qui constitue une approche empirique explicative en sciences sociales (Abbott, 1998); un événement étant un incident, une activité majeure ou un changement (Van De Ven & Poole, 1995). Comme tout processus, un processus décisionnel peut être étudié selon des séquences d'événements (Abbott, 1995) une séquence d'événements étant la représentation de leur agencement dans le temps (Van De Ven, 1992). Cette approche recèle une difficulté importante à savoir l'identification des événements à combiner

pour former les séquences. Il faut justifier l'inclusion ou l'exclusion d'un événement dans une séquence donnée (Abbott, 1995). De plus, nous sommes d'accord avec Van De Ven (1992) pour juger insatisfaisante la solution facile qui consiste à utiliser uniquement la dimension chronologique pour former des séquences dites linéaires. Notre conceptualisation envisage plutôt des séquences cumulatives, conjointes et récurrentes. Une séquence cumulative correspond à une progression d'événements sur une voie de routinisation d'un projet pilote. Ces événements peuvent renchérir les uns sur les autres ou s'opposer. Une séquence conjointe représente l'interrelation d'événements sur des processus décisionnels différents dont l'un est une voie de routinisation. Dans une séquence récurrente, un même type d'événements se répète plusieurs fois selon une périodicité définie, la séquence pouvant être par ailleurs cumulative ou conjointe.

Dans notre conceptualisation de la routinisation, les événements d'intérêt sont ceux que les acteurs interprètent comme ayant une influence sur l'apprentissage découlant de l'expérimentation avec un tel projet. La littérature en apprentissage organisationnel permet d'identifier trois types d'événements favorisant l'apprentissage et quatre types le défavorisant. À partir de ces types d'événements, chacun étant illustré par un exemple, nous définissons *a priori* quatre séquences d'événements et un patron théorique de séquences.

Événements et séquence favorisant l'apprentissage

Trois types d'événements favorisent l'apprentissage organisationnel: des prises de risques, des incitatifs et des partages d'artefacts culturels. (1) La prise de risque par l'organisation vis-à-vis des acteurs du projet pilote est un événement favorisant l'apprentissage, car elle développe la confiance en soi des acteurs impliqués, qui acquièrent une légitimité pour partager voire imposer leurs savoirs (Levinthal & March, 1993). Octroyer un budget spécial à un projet pilote pour la Direction d'un CLSC comporte une prise de risque. Cet événement est généralement interprété comme favorable par les intervenants. (2) Les incitatifs récompensent directement les acteurs impliqués dans un projet pilote. C'est une réponse économique classique si les personnes

remportent du succès dans leurs explorations (Levinthal & March, 1993). Dans le cas des intervenants impliqués dans un projet pilote, la prise en charge par le CLSC de leurs frais de participation à un Colloque peut revêtir la forme d'une récompense. (3) Sans acculturation ni «ghettoïsation», par analogie avec des notions anthropologiques, le partage d'artefacts culturels entre le projet pilote et l'organisation favorise l'apprentissage, le projet pilote se nourrissant de la culture de l'organisation et vice-versa (Cook & Yanow, 1995). La présentation du projet à chacune des journées annuelles «portes ouvertes» du CLSC constituerait un partage d'artefacts.

Parmi l'éventail des séquences d'événements possibles, nous définissons a priori une séquence cumulative plausible qui favorise l'apprentissage organisationnel et donc la routinisation. Selon les trois types d'événements (prise de risque, incitatifs ou partage d'artefacts), cette séquence présuppose la présence d'au moins deux événements qui se potentialisent pour favoriser l'apprentissage. D'ailleurs ils peuvent se répéter plusieurs fois chacun, et si la répétition d'un événement suit une périodicité définie, on parlera de séquence récurrente. On peut penser que seul le partage d'artefacts se prête à récurrence.

Événements et séquence défavorisant l'apprentissage

Quatre types d'événements défavorisent l'apprentissage organisationnel : l'avantage compétitif d'interventions concurrentes, la reconnaissance d'un échec, une période de réorientation et une mésinformation. (1) Le fait que des interventions autres que le projet pilote constituent des avantages compétitifs pour l'organisation devient un événement défavorisant l'apprentissage, car l'apprentissage des interventions concurrentes est alors favorisé (March, 1995 ; Levinthal & March, 1993). Depuis le milieu des années 1990, par exemple, la promotion de la lutte anti-tabac entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux procure un avantage compétitif à ce type d'interventions dans les CLSC, souvent au détriment de projets pilotes dessert la réduction d'autres facteurs de risque. (2) La reconnaissance de l'échec d'un projet pilote dessert l'apprentissage, car les organisations ont alors tendance à renforcer leurs routines traditionnelles, celles-ci étant

perçues comme garantes de succès (Huber, 1995; Levitt & March, 1995). Par exemple, si la mise en œuvre d'un projet pilote semble notoirement insuffisante par rapport aux attentes des intervenants d'un CLSC, cela constitue une reconnaissance d'échec, alors que le même degré d'implantation pourrait ne pas être perçu comme un échec dans un autre CLSC où les attentes des intervenants seraient différentes. (3) Une réorientation de l'organisation défavorise l'apprentissage quand elle se fait au détriment des acteurs du projet pilote (Lant & Mezas, 1995). La réorientation correspond à un virage stratégique qui coïncide habituellement avec un changement d'équipe dirigeante ou un roulement du personnel (Carley, 1995). Le remplacement d'un directeur de CLSC fervent de l'action communautaire par un gestionnaire de services de soins serait une réorientation défavorisant la routinisation d'un projet pilote fondé sur des théories de développement communautaire. (4) Les mésinformations sont des retards ou des distorsions dans la transmission d'informations relatives au projet pilote. L'apprentissage organisationnel reposant sur le partage des savoirs par les acteurs, il nécessite une transmission convenable de l'information (Huber, 1995). Par conséquent, les mésinformations défavorisent l'apprentissage. La reconnaissance a posteriori que le Directeur d'un CLSC entretenait une image erronée quant à la nature exacte d'un projet et ce, quelle que soit la cause de ce préjugé illustrerait très bien la mésinformation. L'événement défavorable est constitué par le fait de la mésinformation et non par sa cause.

Parmi l'ensemble des séquences d'événements possibles, nous définissons a priori une séquence cumulative plausible qui défavorise l'apprentissage organisationnel et donc la routinisation. Selon les quatre types d'événements (concurrence, échec, mésinformation, réorientation), cette séquence présuppose l'existence d'au moins deux événements qui se potentialisent pour défavoriser l'apprentissage. D'ailleurs ils peuvent se répéter plusieurs fois chacun, mais on peut penser que ces types d'événements ne sont jamais récurrents.

Deux autres séquences *a priori* et patron théorique de séquences

En réalité, les séquences cumulatives peuvent combiner un certain nombre d'événements

favorisant l'apprentissage organisationnel avec un certain nombre d'événements le défavorisant. Autrement dit, nous définissons *a priori* une troisième séquence cumulative plausible. Selon les trois types d'événements favorisant l'apprentissage organisationnel (prise de risque, incitatifs ou partage d'artefacts) et selon les quatre types le défavorisant (concurrence, échec, mésinformation ou réorientation), cette séquence présuppose la présence d'au moins deux événements qui s'opposent pour influencer l'apprentissage. D'ailleurs, les événements peuvent se répéter plusieurs fois chacun et, si la répétition des partages d'artefacts suit une périodicité définie, on parlera de séquence récurrente.

Une quatrième séquence est aussi plausible. Une séquence dite conjointe présuppose au moins deux événements influençant l'apprentissage dont l'un est associé à un processus décisionnel qui n'est pas directement relié au projet pilote. Ainsi, comme dans l'exemple de l'événement « avantage compétitif d'interventions concurrentes » (les répercussions de la promotion de la lutte anti-tabac par un gouvernement), des événements qui sont la trace d'un processus décisionnel conduisant à la routinisation d'un projet pilote dans un CLSC peuvent être influencés par des processus décisionnels extérieurs au CLSC.

En conséquence, pour rendre compte de l'ensemble des décisions qui influencent la routinisation d'un projet pilote dans une organisation, nous proposons d'explorer les patrons que forment les séquences d'événement définies *a priori*. Ainsi dans notre conceptualisation de la routinisation des projets pilotes, les résultats d'une évaluation des effets constituent un événement parmi tous les autres dans la mesure où ces derniers sont associés à la reconnaissance d'un échec. Des résultats non concluants qui ne sont pas perçus comme un échec sont considérés comme des « non événements » sur la voie de la routinisation. Par exemple, l'évaluation des effets du MHHP déjà cité est non concluante, elle montre que la diminution de la prévalence des facteurs de risques enregistrée dans les communautés expérimentales n'est pas significativement différente de celle observée dans les communautés témoins et de la tendance séculaire (Luepker et al., 1994; Luepker et al., 1996). Or, nous avons vu que la routinisation du

MHHP est bien réelle et qu'elle semble résulter, du moins en partie, de décisions prises dès la planification.

Le rôle des acteurs stratégiques dans les processus décisionnels

Nous avons vu le rôle central des acteurs politiques dans la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé (coalition et porte-étendard). Les acteurs tiennent aussi une place centrale en apprentissage organisationnel et dans les écrits sur la prise de décision dans les organisations. À la lumière de ces écrits, nous suggérons plutôt la notion d'acteurs stratégiques comme principe de ces processus décisionnels. Ces acteurs incluent les acteurs politiques, s'ils sont présents. En passant, les acteurs politiques expliquent pourquoi il y a routinisation, mais ils n'expliquent pas une éventuelle absence de routinisation, contrairement aux acteurs stratégiques. Ces derniers, intervenants de l'organisation impliqués dans les projets pilotes, sont à la fois des créateurs, et des interprètes du hasard et de la contingence. Par exemple, des intervenants de CLSC responsables de l'implantation d'un projet pilote agissent comme acteurs stratégiques. On peut imaginer qu'ils rencontrent des personnes intéressées par le projet, rassemblent la documentation disponible sur des projets équivalents et rédigent plusieurs plans du projet (création volontaire). On peut imaginer aussi que leur rencontre fortuite avec un expert en santé publique, lors d'un colloque, les incite à modifier éventuellement le plan du projet (interprétation du hasard). On peut imaginer encore, si le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux refuse un financement complémentaire sollicité, que ce refus conduise les intervenants à adapter le projet ou à chercher d'autres bailleurs de fonds (interprétation de la contingence). Certains auteurs suggèrent d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence bien que, à propos de la prise de décisions dans les organisations, les modèles types centrés sur le hasard ou sur la contingence négligent l'acteur.

Un certain nombre de travaux, réalisés tant à l'échelle individuelle qu'organisationnelle, suggèrent d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence. À l'échelle individuelle, Piaget (1967) définit trois réalités qui se retrouvent en proportions variées pour constituer des connaissances : les constructions dirigées, le hasard et les prédéterminations. À l'échelle individuelle toujours, mais à propos de la prise de décisions dans les organisations, Langley et al. (1995) proposent d'intégrer plusieurs modèles. L'un repose sur le volontarisme, l'acteur qui prend des décisions est expérimenté, c'est un créateur doué d'intuition doublé d'un acteur mû par l'inspiration. L'autre repose sur le hasard quand la prise de décision est anarchique. Un autre encore repose sur la contingence, les acteurs organisationnels ont une rationalité limitée, ils posent un diagnostic à partir d'informations limitées sur l'environnement, ils avancent plusieurs solutions alternatives et ils en choisissent une en fonction des ressources de l'organisation. À l'échelle organisationnelle, March et Shapira (1982) présentent une synthèse des écrits sur les théories de la décision et du changement organisationnel. Ces théories mettent habituellement l'accent sur les décisions volontaires, alors qu'un changement survient rarement en raison de ces seules décisions, car les organisations sont sensibles aux événements fortuits et les changements, contingents de l'environnement des organisations.

Toutefois, l'acteur est négligé dans les modèles types de la prise de décisions centrés sur le hasard ou la contingence. D'une part, le modèle type, centré sur le hasard, est celui de la poubelle (« garbage can model »). Ce modèle surestime l'aléatoire en sous-estimant la contingence des décisions et en présumant à tort que les acteurs sont passifs (Friedberg, 1997). March et ses collaborateurs voient les organisations comme des anarchies organisées où les décisions sont itératives et fortuites, car soumises à quatre éléments indépendants les uns des autres : les problèmes, les solutions, les participants et les opportunités de choix (Cohen, March & Olsen, 1972). Autrement dit, l'organisation est une poubelle où « les décisions sont plus le fruit du hasard que celui de la volonté de quiconque » (Friedberg, 1997, p.83). Dans notre exemple, le modèle de la poubelle voudrait que le plan

prévu soit radicalement transformé après la rencontre fortuite avec l'expert. D'autre part, les théories de la contingence sont structuralistes et fonctionnalistes, elles mettent l'emphase sur l'adaptation de l'organisation à son environnement et elles sont critiquées parce qu'elles négligent les acteurs (Donaldson, 1996). Les travaux considérés comme chefs de file des théories de la contingence dans les organisations sont ceux de Lawrence et Lorsh (1967). La contingence se définit ainsi : ce qui est possible de réaliser en fonction des forces et des faiblesses de l'organisation et en fonction des opportunités et des menaces présentes dans l'environnement. Dans notre exemple, la théorie de la contingence voudrait que le projet soit forcément adapté au refus du conseil d'administration. Les théories de la contingence sont critiquées parce qu'elles proposent une conception abstraite de l'organisation, une conception désincarnée qui laisse peu de place aux acteurs (Donaldson, 1996 ; Ballé, 1994).

Finalement, nous proposons d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence dans la notion d'acteurs stratégiques. L'usage du terme stratégie est justifié, car il « tend à se constituer en méthodologie générale de l'action humaine » (Charnay, 1995, p. 6). Classiquement, la stratégie est l'art de commander et de manœuvrer les armées, mais depuis la deuxième guerre mondiale, les gouvernements intègrent des éléments économiques, sociaux et culturels dans leurs représentations de la guerre, et cela aurait favorisé l'utilisation du concept de stratégie dans le langage courant, comme en promotion de la santé (stratégies d'intervention) et dans les organisations (planification stratégique). Lyotard (1979) nous montre la voie en intégrant le hasard et l'acteur stratégique : « En sciences humaines, le référent étant l'homme, il développe une stratégie y compris en face de celle du savant : le hasard auquel celui-ci se heurte n'est donc pas d'objet mais de stratégie » (p.93). Ainsi, pour paraphraser Lyotard, les acteurs stratégiques prennent trois types de décisions dans les processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel des projets pilotes en promotion de la santé, et donc leur routinisation : (1) des décisions d'acteurs volontaires expérimentés et inspirés, de créateurs intuitifs, (2) des décisions d'acteurs qui interprètent

le hasard et l'incertitude, (3) des décisions d'acteurs qui interprètent la contingence par rapport aux moyens et à l'environnement de l'organisation.

Conclusion

Pour conclure, nous demandons aux intervenants et aux chercheurs en promotion de la santé de garder à l'esprit trois idées de base. Premièrement, les travaux récents sur la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé constituent des arguments en faveur de l'usage du concept de routinisation, et des routines comme concept clé. Les routines étant issues d'un apprentissage, dans le contexte des organisations qui nous intéresse, la littérature sur l'apprentissage organisationnel suggère que les routines sont une mémoire procédurale, qu'elles possèdent des propriétés d'adaptabilité et qu'elles sont des croyances et des règles. Deuxièmement, les travaux sur la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé montrent que le processus conduisant à la routinisation dépend d'un ensemble de décisions, prises dès la planification et tout au long de la vie de ces projets. Transposée à notre contexte, la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations propose d'étudier les événements

comme traces de ce processus, et plus précisément d'identifier les patrons de séquences d'événements des processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel et en bout de ligne la routinisation. *A priori*, trois types d'événements favorisent cet apprentissage (prise de risque, incitatifs et partage d'artefacts) et quatre le défavorisent (concurrence, échec, réorientation et mésinformation). *A priori* toujours, les séquences qui combinent ces événements ne sont pas linéaires, les séquences plausibles étant plutôt cumulatives, conjointes ou récurrentes. Troisièmement, les mêmes travaux mettent l'accent sur le rôle des acteurs politiques au sein de l'organisation pour obtenir la routinisation d'un projet, alors que nous suggérons plutôt la notion d'acteurs stratégiques comme principe des processus décisionnels qui conduisent, à la routinisation ou n'y mènent pas. En conséquence, pour renouveler la conception de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes, les intervenants et les chercheurs en promotion de la santé doivent examiner la routinisation de ces projets du point de vue des acteurs stratégiques. Ces acteurs sont à la fois des créateurs et des interprètes du hasard et de la contingence. Évidemment, le défi consiste maintenant à confronter ces propositions théoriques à des recherches empiriques. □

Références

- Abbott, A. (1995). A primer on sequence method. Dans G. P. Huber, & A. W. Van De Ven (Eds.), *Longitudinal field research methods: studying processes of organizational change* (pp. 204-227). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Abbott, A. (1998). The causal devolution. *Sociological Methods and Research*, 27, 148-181.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading: Addison-Wesley.
- Ballé, C. (1994). *Sociologie des organisations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Barab, S. A., Redman, B. K., & Froman, R. D. (1998). Measurement characteristics of the Level of Institutionalization Scales: Examining reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement*, 6, 19-33.
- Bracht, N., Finnegan, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research*, 9, 243-255.
- Carley, K. (1995). Organizational learning and personnel turn over. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 230-266). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charnay, J. P. (1995). *La stratégie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cohen, M. D., & Bacdayan, P. (1995). Organizational routines are stored as procedural memory: evidence from a laboratory study. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 403-429). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1995). Culture and organizational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 430-459). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Seuil.
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1970). *Processus de décision dans l'entreprise*. Paris: Dunod.
- Dewey, J. (1930). *Human nature and conduct: An introduction to social psychology*. New York: The Modern Library.
- Dogson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literature. *Organization Studies*, 14, 375-394.
- Donaldson, L. (1996). The normal science of structural contingency theory. Dans S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of organization studies* (pp. 57-76). London: Sage Publications.
- Edmondson, A., & Moingeon, B. (1998). From organizational learning to the learning organization. *Management Learning*, 29, 5-20.
- Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational learning. *Academy of Management Review*, 10, 803-813.
- Flay, B. R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine*, 15, 451-474.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.
- Goodman, R. M., & Steckler, A. B. (1989). A model for the institutionalization of health promotion programs. *Family Community Health*, 11, 63-78.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., & Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 20, 161-178.
- Green, L. W. (1989). Is institutionalization the proper goal of grantmaking? *American Journal of Health Promotion*, 3, 44.

111 Pierre Pluye, Louise Potvin et Jean-Louis Denis

- Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In C. Nystrom, & W. Starbuck (Eds.), *Handbook of organizational design* (pp. 8-27). London: Oxford University Press.
- Huber, G. P. (1995). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 124-162). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hutchins, E. (1995). Organizing work by adaptation. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 20-57). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Langley, A. (1999). *Strategies for theorizing from process data*. Université du Québec à Montréal. Manuscrit soumis pour publication.
- Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., & Saint-Macary, J. (1995). Opening up decision making: The view from the black stool. *Organization Science*, 6, 260-279.
- Lant, T. K., & Mezias, S. J. (1995). An organizational learning model of convergence and reorientation. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 267-301). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lawrence, P. R., & Lorsh, J. W. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. *Strategic Management Learning*, 14, 95-112.
- Levitt, B., & March, J. G. (1995). Organisational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 516-539). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Luepker, R. V., Murray, D. M., Jacobs, D. R., Mittelmark, M. B., Bracht, N., Carlaw, R., Crow, R., Elmer, P., Finnegan, J., Folsom, A. R., et al. (1994). Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 84, 1383-1393.
- Luepker, R. V., Rastam, L., Hannan, P. J., Murray, D. M., Gray, C., Baker, W. L., Crow, R., Jacobs, D. R., Pirie, P. L., Mascioli, S. R., Mittelmark, M. B., & Blackburn, H. (1996). Community education for cardiovascular disease prevention: morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology*, 144, 351-362.
- Lyotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- March, J. G. (1995). Exploration and exploitation in organizational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational Learning* (pp. 101-123). Thousand Oaks: Sage Publications.
- March, J. G., & Shapira, Z. (1982). Behavioral decision theory and organizational decision theory. Dans G. R. Ungson, & D. N. Braunstein (Eds.), *Decision making: An interdisciplinary inquiry* (pp. 92-115). PWS: Kent Publishing Company.
- March, J. G., Sproull, L. S., & Tamuz, M. (1995). Learning from samples of one or fewer. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 1-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nelson, R. N., & Winter, S. G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nicolini, D., & Mezner, M. B. (1995). The social construction of organizational learning: Conceptual and practical issues in the field. *Human Relations*, 48, 727-746.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Oldenburg, B. F., Sallis, J. F., French, M. L., & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121-130.
- Piaget, J. (1967). Les deux problèmes principaux de l'épistémologie des sciences de l'homme. Dans J. Piaget (ed.), *Logique et connaissance scientifique* (p. 1115-1146). Paris: Encyclopédie de la Pléiade.

- Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Revue canadienne de santé publique*, 88, 109-113.
- Rey, A., Tomi, M., Hordé, T., & Tanet, C. (1994). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health Promotion International*, 10, 199-207.
- Scheirer, M. A. (1993). Are the Level of Institutionalization Scales ready for «prime time»? A commentary on «Development of level of institutionalization scales for health promotion programs». *Health Education Quarterly*, 20, 179-182.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco: Jossey bass.
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13, 87-108.
- Shrivastava, P. (1983). A typology of organizational learning systems. *Journal of Management Studies*, 20, 7-28.
- Steckler, A. B., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 3, 34-44.
- Steckler, A. B., Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Davis, S., & Koch, G. (1992). Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 214-224.
- Van De Ven, A. H. (1992). Suggestions for studying strategy process: a research note. *Strategic Management Journal*, 13, 169-188.
- Van De Ven, A. W., & Poole, M. S. (1995). Methods for Studying Innovation Development in the Minnesota Innovation Research Program. Dans G. P. Huber, & A. W. Van De Ven (Eds.), *Longitudinal field research methods: Studying processes of organizational change* (pp.155-185). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris: Plon.
- Weick, K. E. (1995). The Non-traditional Quality of Organizational Learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.163-174). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1995). Collective mind in organizations: Heedfull interrelating on flight decks. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational Learning* (pp.330-358). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yin, R. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*. Lexington: Lexington Books.

Abstract

Health promotion researchers often uses pilot project experimentation. This article proposes, with regard to organisational sustainability, to focus on the concepts of routines and routinisation instead of on institutionalisation, a notion which is most used by researchers and practitioners. It is suggested that the theoretical propositions referring to the concepts of routines and routinisation, allow for better explanations of the pilot projects' consequences within organisations, than the propositions grounding institutionalisation. This article, therefore, borrows from the organisational literature to study pilot projects' organisational sustainability. First, given that routines derive from apprenticeship, routines and routinisation are defined using the organisational learning literature. Second, the process leading to routinisation is conceptualised using the organisational decision making process literature. This literature suggests that events are traces of decisional processes that influence organisational learning, and thus routinisation. These events will be explored. Finally, the notion of strategic actors, which includes political actors, is described as the basic principle of the process leading to routinisation. The strategic actors are at once creators, as well as being interpreters of chance and contingency.

Remerciements

Les auteurs remercient Pascale Lehoux, Daniel Campeau et Lucie Nadeau.

Biographies

Pierre Pluye détient un diplôme de médecine générale de l'Université Paul Sabatier à Toulouse et une maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal. Il est étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal et détient une bourse de formation doctorale du Programme national de la recherche et développement en santé (PNRDS # 6605-5358-47).

Louise Potvin est professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Chercheure du Conseil de recherche médicale du Canada, affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Elle dirige l'option Promotion de la santé du Doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé.

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur la régionalisation des soins de santé, le leadership et le changement stratégique et le rôle des évidences dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.

ANNEXE 2 - DOCUMENTS RELATIFS À
L'ÉTHIQUE



**APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**
RELEVÉ Médicines
2000
(ce certificat est valide pour deux ans, si protocole non modifié)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé : **Quels sont les patrons de séquences d'événements qui influencent la routinisation des projets pilotes en promotion de la santé**

présenté par : **M. Pierre Pluye et Dr Louise Potvin**

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

[REDACTED]

Signature de David McFarland, Président

Date d'étude : 09/03/00

Date d'approbation : 22 MAR. 2000

Numéro de référence : [REDACTED]

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.



Université de Montréal
Faculté de médecine
Vice-décanat
Recherche et études supérieures
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec)

LETTRE AUX ACTEURS-CLÉS

Date

Nom, Prénom

Adresse

Objet : Étude du maintien des activités induites par un projet pilote

Monsieur,

Nous étudions les événements qui influencent le maintien des activités en santé du coeur dans votre CLSC après la fin du financement du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Une brève description de notre étude est présentée dans les documents ci-joints.

En tant qu'acteur principal dans ce projet pilote en santé du coeur, vous êtes un informateur-clé déterminant pour notre étude. Vous pouvez communiquer avec nous si vous souhaitez participer. Cette étude consiste en entrevues avec vous selon trois étapes. Une première entrevue durera environ une heure, elle aura lieu dans votre CLSC. Nous listerons les principaux événements survenus au cours de ce projet pilote en santé du coeur et nous examinerons les différents éléments qui montrent le maintien des activités en santé du coeur dans votre CLSC. Une deuxième entrevue durera environ une heure, elle sera téléphonique. Nous reviendrons plus en détail sur les principaux événements identifiés par l'ensemble des actrices. Une troisième entrevue sera une entrevue de groupe, dans votre CLSC, avec les deux ou trois acteurs principaux vis-à-vis de ce projet pilote dans votre CLSC, pour vérifier les résultats de l'analyse.

Toutes les informations collectées durant les entrevues seront confidentielles. Nous préférons que les entrevues soient enregistrées avec un magnétophone pour assurer la qualité de l'analyse des informations. Cependant, si vous n'êtes pas à l'aise avec un magnétophone, nous pouvons nous limiter à prendre des notes écrites. Les enregistrements et les notes seront séparées des informations privées d'identification des informateurs. Votre nom n'apparaîtra dans aucune de nos publications ou rapports, et les informations collectées seront agrégées de manière à ce qu'aucun informateur ne puisse être identifié a posteriori.

Vous êtes libre à tout moment de refuser de participer à tout ou à une partie des entrevues et vous pouvez nous annoncer l'arrêt de votre participation à cette étude quand vous le souhaitez. Vous serez en contact avec Pierre Pluye, étudiant au doctorat en santé publique et agent de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) à l'Université de Montréal (téléphone : (514) 343 6111 poste 8600 - fax : (514) 343 2207). Quand notre étude sera terminée, nous serons heureux de vous en faire parvenir les résultats, un exemplaire sera disponible pour chacun des participants.

En vous remerciant par avance de toute l'attention que vous porterez à notre demande et en espérant que vous accepterez de nous aider, nous vous prions d'agréer, monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pierre Pluye
Étudiant au doctorat en santé publique

Louise Potvin
Professeure titulaire

LETTRE AUX INFORMATEURS SUPPLÉMENTAIRES

Date

Nom, Prénom

Adresse

Objet : Étude du maintien des activités induites par un projet pilote

Monsieur,

Nous étudions les événements qui influencent le maintien des activités en santé du coeur dans le CLSC après la fin du financement du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Vous nous avez été recommandé par, vous êtes un informateur important pour notre étude. Si vous êtes intéressé pour participer à cette recherche, vous pouvez nous contacter afin de prendre rendez-vous pour réaliser une entrevue téléphonique. Cette entrevue durera environ quinze minutes. Nous examinerons ensemble le document "informations et formulaire de consentement", nous verrons par quels moyens vous pourrez nous faire parvenir le formulaire de consentement, puis nous parlerons des événements survenus entre 1987 et 1997 concernant ce projet pilote. Une brève description de notre étude est présentée dans le document ci-joint.

Toutes les informations collectées durant cette entrevue seront confidentielles. Nous préférons que les entrevues soient enregistrées avec un magnétophone pour assurer la qualité de l'analyse des informations. Cependant, si vous n'êtes pas à l'aise avec un magnétophone, nous pouvons nous limiter à prendre des notes écrites. Les enregistrements et les notes seront séparées des informations privées d'identification des informateurs. Votre nom n'apparaîtra dans aucune de nos publications ou rapports, et les informations collectées seront agrégées de manière à ce qu'aucun informateur ne puisse être identifié a posteriori.

Vous êtes libre à tout moment de refuser de participer à tout ou à une partie des entrevues et vous pouvez nous annoncer l'arrêt de votre participation à cette étude quand vous le souhaitez. Vous serez en contact avec Pierre Pluye, étudiant au doctorat en santé publique et agent de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) à l'Université de Montréal (téléphone : (514) 343 6111 poste 8600 - fax : (514) 343 2207). Quand notre étude sera terminée, nous serons heureux de vous en faire parvenir les résultats, un exemplaire sera disponible pour chacun des participants.

En vous remerciant par avance de toute l'attention que vous porterez à notre demande et en espérant que vous accepterez de nous aider, nous vous prions d'agréer, monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pierre Pluye
Étudiant au doctorat en santé publique

INFORMATIONS ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude: **Étude du maintien des activités induites par un projet pilote**

Sous-titre: **Comment les CLSC apprennent-ils des projets pilotes ?**

Chercheur : Pierre Pluye, M.D., M.Sc. Santé Communautaire
Étudiant au Programme de Doctorat en Santé Publique de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
Agent de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (GRIS)
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-6111 poste 8600 Fax: (514) 343-2207
Courrier électronique: pierre.pluye@umontreal.ca

Directrice : Louise Potvin, Professeure titulaire
Département de Médecine Sociale et Préventive de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
Chercheuse du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (GRIS)
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-6142 Fax: (514) 343-2207

Co-directeur : Jean-Louis Denis, Professeur agrégé
Département d'administration de la santé (DASUM) de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
Chercheur régulier du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (GRIS)
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-5611 Fax: (514) 343-2448

Cette recherche est financée par une bourse de formation doctorale octroyée par le Programme National de Recherche et Développement Scientifiques de Santé Canada (PNRDS # 6605-5358-47). Elle a été approuvée par le Comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Introduction:

Nous étudions les événements qui influencent le maintien des activités induites par un projet pilote dans des organisations telles que les CLSC. C'est un sujet important parce que les projets pilotes sont des moyens courants pour essayer des interventions en promotion de la santé et parce qu'ils requièrent beaucoup de temps et d'énergie. Pourtant on en connaît peu sur ce sujet. Votre participation aura l'avantage de nous aider à mieux comprendre les principaux événements qui ont influencé l'apprentissage du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur dans votre CLSC.

Objectif et description de l'étude :

Étant donné que nous avons peu d'informations sur ce sujet, l'objectif de notre étude est d'explorer et d'illustrer les principaux événements qui ont influencé l'apprentissage du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur dans votre CLSC, afin de mieux comprendre pourquoi et comment votre CLSC a maintenu des activités induites par ce projet pilote (animation des comités de bénévoles pour la promotion de la santé du coeur et éducation pour la santé du coeur).

Notre étude s'apparente à une analyse du processus décisionnel dans une organisation et elle repose sur un cadre conceptuel issu de la littérature en apprentissage organisationnel. Nous sollicitons votre participation pour la collecte de données.

Procédures de l'étude:

La sélection des participants et le choix des méthodes de collecte de données ont été faits de façon à obtenir avant tout le point de vue des actrices stratégiques vis-à-vis de ce projet dans le CLSC, dont le votre, tout en les contrastant avec un éventail d'autres points de vues.

La première étape est une entrevue individuelle avec les actrices stratégiques. Elle durera environ une heure et se déroulera dans les CLSC concernés. Cette entrevue a pour but de lister les principaux événements survenus tout au long du projet, en autant qu'ils ont influencé l'apprentissage du projet par le CLSC. Elle a aussi pour but d'identifier des informateurs potentiels à propos de ces événements et de qualifier le maintien des activités induites par le projet. Les documents produits par votre CLSC au sujet du projet constituent aussi une source de données.

La deuxième étape comprend des entrevues téléphoniques individuelles avec les actrices stratégiques et avec les informateurs identifiés à l'étape précédente. Ces entrevues dureront environ une heure. Elles ont pour but de documenter les événements principaux et leur influence sur l'apprentissage du projet par le CLSC.

La troisième étape est une entrevue de groupe, dans chaque CLSC, avec les actrices stratégiques. Cette entrevue durera moins de deux heures et se

déroulera dans les CLSC concernés. Elle permet de présenter les résultats préliminaires des analyses pour vérification.

Participation et retrait volontaire:

Votre participation aux entrevues est volontaire et bénévole. Les entrevues auront lieu au printemps et à l'automne 2000. Vous pouvez décider de vous retirer sans préjudice et en tout temps de même que vous pouvez refuser de répondre à certaines questions sans avoir à justifier votre décision. En cas de force majeure, cette recherche pourrait être suspendue, auquel cas vous en seriez informés.

Risques et avantages:

Outre le temps que vous devrez consacrer aux entrevues, la participation à cette recherche ne devrait comporter ni risque, ni inconfort. C'est pourquoi nous attachons une grande importance à protéger la confidentialité (voir ci-dessous). Par ailleurs les résultats préliminaires de l'analyse des données vous seront présentés en primeur et nous serons heureux de vous faire parvenir un exemplaire du rapport de recherche à l'été 2001.

Les avantages de participer à cette recherche sont les suivants : réfléchir aux interventions réalisées, mieux comprendre les retombées des projets pilotes en promotion de la santé et appliquer des nouvelles méthodes de recherche en promotion de la santé.

Confidentialité:

Toutes les informations seront traitées en préservant leur caractère confidentiel ainsi que votre anonymat et celui de tous les informateurs. Seuls les chercheurs connaissent l'identité des personnes sollicitées. Cette information ne sera pas divulguée.

Par ailleurs, vous êtes libres de refuser tout enregistrement des entrevues avec un magnétophone, et les cassettes "audio" sur lesquelles des entrevues auront été enregistrées sont identifiées par un code anonyme. Les cassettes seront détruites après un an, suite à la dernière entrevue réalisée, le temps de produire le rapport de recherche et des articles scientifiques dans des revues spécialisées. Ces publications ne porteront ni votre nom, ni tout autre élément qui permettrait d'identifier vos opinions personnelles.

Pour information:

Si vous avez des questions sur l'étude ou si vous voulez discuter d'aspects qui vous préoccupent, vous pouvez contacter Pierre Pluye (téléphone : (514) 343-6111 poste 8600).

Pierre Pluye, Étudiant Ph.D en santé publique
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Louise Potvin, Professeure titulaire
Département de Médecine Sociale et Préventive
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Jean-Louis Denis, Professeur agrégé
Département d'administration de la santé (DASUM)
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé
Faculté de Médecine, Université de Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Titre de l'étude: **Étude du maintien des activités en santé du coeur**
Sous-titre: **Comment les CLSC apprennent-ils des projets pilotes**

Chercheur : Pierre Pluye, M.D., M.Sc. Santé Communautaire
Étudiant au Programme de Doctorat en Santé Publique de la
Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
Agent de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en
Santé de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-6111 poste 8600 Fax: (514) 343-2207
Courrier électronique: pierre.pluye@umontreal.ca

Je, (nom et prénom en lettres moulées)déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, après en avoir discuté avec Pierre Pluye, étudiant au doctorat en santé publique, et comprendre le but, la nature, les risques, les inconvénients et les avantages de l'étude en question. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par simple avis verbal.

Après mûre réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Signature : date:

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée sur une cassette "audio".

OUI: NON:

Signature : date:

Je, Pierre Pluye, étudiant au doctorat en santé publique, déclare avoir expliqué le but, la nature, les risques, les inconvénients et les avantages de l'étude à (nom et prénom en lettres moulées) : Je déclare avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Pierre Pluye: date:

ANNEXE 3 - STRUCTURE DES ENTREVUES -
PARTIE I : LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES EN
2000

ILLUSTRATION D'UNE LISTE DES ACTIVITÉS

Les informations incluses dans cette annexe concernent un centre et des entrevues fictifs. Les informations en italiques concernent l'année 1998-1999. En préambule à l'entrevue, elles étaient mises à jour par les acteurs du centre relativement à l'année 1999-2000.

Les activités du centre en 1999-2000 (activités issues du projet)	Trois comités de bénévoles soutenus par le centre		
	Comité 1	Comité 2	Comité 3
Nombre d'activités concernant la promotion de l'activité physique (nombre de bénéficiaires)	<i>1 par mois</i> (2354)		
Nombre d'activités en promotion de l'alimentation saine (nombre de bénéficiaires)	<i>10</i> (675)		
Nombre de cliniques pour mesurer la pression artérielle (nombre de bénéficiaires)	<i>1 par mois</i> (176)		<i>1 par mois</i> (21)
Nombre de conférences (nombre de bénéficiaires)	<i>2</i> (149)	<i>1</i> (45)	<i>3</i> (34)
Autres activités ? - - -			

ACTIVITÉS DE SOUTIEN DU FONCTIONNEMENT DES COMITÉS EN 1999-2000	OUI	NON
<i>Préparation du matériel d'éducation pour la santé</i>		
<i>Soutien pour le management des activités:</i> • <i>trois réunions par année et par comité pour la programmation et le bilan des activités</i> • <i>saisie des données concernant le suivi des activités</i>		
<i>Relations avec la Direction régionale de la santé publique et les autres centres de la région :</i>		
Autres activités ? - - -		

QUESTIONS AUX ACTEURS À PROPOS DES ACTIVITÉS LISTÉES ET MISES À JOUR

Ressources conservant les leçons apprises (mémoire)

1. Concernant les ressources financières disponibles pour accomplir ces activités, l'intégration de ces ressources dans le budget du centre et la permanence ou la précarité de ces ressources:
 - quels sont les coûts de ces activités ?
 - est-ce que ces coûts font partie du budget de fonctionnement du centre ?
 - si oui, est-ce que ces coûts en font partie de manière permanente ou provisoire ?
2. Quelles sont les personnes employées par le centre pour accomplir ces activités ?
 - est-ce que ces personnes sont employées à temps plein ou à temps partiel ?
 - est-ce que ces personnes sont employées de manière permanente ou temporaire ?
3. Quelles sont les ressources matérielles fournies par le centre pour ces activités (locaux, photocopies, papier pour les publicités et pour les recettes, etc.) ?
 - à combien d'argent équivalent ces ressources matérielles ?
4. Existe-t-il d'autres ressources allouées à ces activités (ex. des ressources humaines occasionnelles) ?

Adaptation et barrières à l'adaptation

5. Comment ces activités sont-elles adaptées au contexte local (ex. pendant les réunions de programmation des activités avec les bénévoles des comités) ?
 - comment connaissez-vous ce contexte ?
6. Est-ce que ces activités sont adaptées aux estimations de leurs effets (ex. en fonction des rapports de suivi, des bilans annuels ou des résultats des évaluations) ?
7. Parmi ces activités, quelles sont les activités poursuivies parce que "ça plaît", mais dont on met la pertinence en doute (barrières à l'adaptation) ?

Croyances et codes

8. Est-ce que ces activités correspondent à des objectifs écrits formalisés par le centre (ex. sous forme d'un cadre logique de "gestion de projet") ?
9. Quels sont les symboles qui se rattachent à ces activités comme des logos ou autre ?
10. Quels sont les rituels établis à propos de ces activités comme des réunions périodiques ou autre ?
11. Est-ce qu'un langage particulier s'est développé autour de ces activités, une sorte de jargon ?

Règles de décision et d'action

12. Est-ce que le CLSC a désigné formellement un(e) superviseur(e) pour ces activités ?
13. Est-ce que ces activités sont incluses dans la planification officielle du CLSC ?
- si oui, est-ce que ce plan d'action est révisé régulièrement ?
14. Est-ce qu'il existe une description de tâches pour le personnel du centre qui est affecté à ces activités ?
15. Est-ce que certaines activités font l'objet de règles écrites comme dans un manuel de procédures ?

ANNEXE 4 - STRUCTURE DES ENTREVUES -
PARTIE II : LES ÉVÉNEMENTS SURVENUS
ENTRE 1987 ET 1997

Questions posées

Les informations incluses dans cette annexe concernent un centre, des municipalités et des entrevues fictifs. Lors des entrevues, les acteurs des centres lisaient les relevés des activités, et après la lecture de chaque catégorie d'activité, le chercheur posait une seule question : Selon vous, quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

Il posait les sous-questions suivantes lorsque les acteurs ne décrivaient pas spontanément les événements en détail (sous-questions pour "relancer" les entrevues):

- qu'est-ce qui a conduit à cet événement ?
- comment cela s'est-il passé ?
- pourquoi ?
- avec qui ?
- qu'est-ce qui a été particulièrement positif ou négatif sur les activités en question ?
- qu'est-ce que les parties concernées ont ressenti ?
- comment avez-vous fait face ou quelles tactiques ont été utilisées ?
- quels sont les effets ?
- qu'est-ce qui s'est passé ensuite ou quelles sont les conséquences perçues ?
- pourquoi cette action est-elle efficace ou quelle action encore plus efficace aurait pu être faite ?

ILLUSTRATION D'UN RELEVÉ DES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1987 ET 1997

Activités accomplies entre 1987 et 1991

1989-1990

- 1 dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire dans une entreprise

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

1990-1991

- 1 dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire dans le centre
- rencontre de groupes communautaires pour former des comités de bénévoles en santé du coeur

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

1991-1992

- 1 dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire à Bedous (115 bénéficiaires)
- rencontre de groupes communautaires pour former des comités de bénévoles en santé du coeur

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

Activités accomplies entre 1992 et 1997

1. Promotion de l'activité physique

1993-94

- 25 activités favorisant l'activité physique à Bedous (5 bénéficiaires en moyenne)

1994-95

- 35 activités favorisant l'activité physique à Bedous (5 bénéficiaires en moyenne)
- 32 activités favorisant l'activité physique à Accous (15 bénéficiaires en moyenne)
- 55 activités favorisant l'activité physique à Lescun (10 bénéficiaires en moyenne)

1995-96

- 22 activités favorisant l'activité physique à Lescun (10 bénéficiaires en moyenne)

1996-97

- 15 activités favorisant l'activité physique à Lescun (10 bénéficiaires en moyenne)

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

2. Promotion de l'alimentation saine pour le coeur1992-93

- 1 réunion d'information sur le guide alimentaire canadien à Bedous (10 bénéficiaires)
- 1 cours de cuisine "santé du coeur" à Bedous (10 bénéficiaires)

1993-94

- 3 distributions de messages pour une alimentation saine à Bedous (30 bénéficiaires en moyenne)
- 2 distributions de messages pour une alimentation saine à Lescun (30 bénéficiaires en moyenne)
- 1 visite guidée en épicerie avec un nutritionniste à Bedous (9 bénéficiaires)
- 1 visite guidée en épicerie avec un nutritionniste à Lescun (9 bénéficiaires)
- production des messages

1994-95

- 1 cours de cuisine "santé du coeur" à Lescun (12 bénéficiaires)
- 1 visite guidée en épicerie à Accous (6 bénéficiaires)
- 1 cours de cuisine "santé du coeur" à Accous (10 bénéficiaires)

1995-96

- 1 visite guidée en épicerie à Bedous (7 bénéficiaires)
- 3 visites guidées en épicerie à Lescun (32 bénéficiaires)

1996-97

- distribution de messages pour une alimentation saine à Lescun (133 bénéficiaires)
- 1 visite guidée en épicerie à Lescun (9 bénéficiaires)
- 1 cours de cuisine "santé du coeur" à Lescun (17 bénéficiaires)

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

3. Cliniques pour mesurer la pression artérielle

1992-93

- formation à la prise de tension artérielle (5 bénéficiaires)

1993-94

- 9 cliniques à Lescun (17 bénéficiaires en moyenne)
- 1 clinique à Bedous (55 bénéficiaires)

1994-95

- 7 cliniques à Lescun (15 bénéficiaires en moyenne)
- 1 clinique à Bedous (87 bénéficiaires)
- 1 clinique à Accous (75 bénéficiaires)

1995-96

- 9 cliniques à Lescun (21 bénéficiaires en moyenne)
- 2 cliniques à Bedous (35 bénéficiaires en moyenne)

1996-97

- 9 cliniques à Lescun (18 bénéficiaires en moyenne)
- 4 cliniques à Bedous (17 bénéficiaires en moyenne)
- 2 cliniques à Accous (23 bénéficiaires en moyenne)

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

4. Dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire

1992-93

- 1 dépistage à Bedous (10 bénéficiaires)
- référence et relance des personnes dépistées
- préparation du matériel et saisie des données collectées

1993-94

- 1 dépistage à Lescun (35 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Bedous (49 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Accous (57 bénéficiaires)
- référence et relance des personnes dépistées
- préparation du matériel et saisie des données collectées

1994-95

- 1 dépistage à Lescun (47 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Bedous (32 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Accous (66 bénéficiaires)
- référence et relance des personnes dépistées

- préparation du matériel et saisie des données collectées

1995-96

- 1 dépistage dans une entreprise (25 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Lescun (46 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Bedous (97 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Accous (54 bénéficiaires)
- référence et relance des personnes dépistées
- préparation du matériel et saisie des données collectées

1996-97

- 1 dépistage à Lescun (53 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Bedous (65 bénéficiaires)
- 1 dépistage à Accous (32 bénéficiaires)
- référence et relance des personnes dépistées
- préparation du matériel et saisie des données collectées

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

5. Activités éducatives et conférences

1992-93

- rencontre d'un groupe communautaire de Lescun (15 bénéficiaires)

1993-94

- rencontre d'un groupe communautaire de Accous (10 bénéficiaires)
- conférence sur la santé du coeur à Lescun (5 bénéficiaires)

1994-95

- rencontre d'un groupe communautaire de Bedous (18 bénéficiaires)
- conférence sur la santé du coeur à Accous (17 bénéficiaires)

1995-96

- conférence sur la santé du coeur à Bedous (14 bénéficiaires)
- concours sur la santé du coeur à Lescun (7 bénéficiaires)

1996-97

- conférence sur la santé du coeur à Lescun (25 bénéficiaires)
- concours sur la santé du coeur à Bedous (16 bénéficiaires)
- concours sur la santé du coeur à Accous (27 bénéficiaires)

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

6. Réunions des comités, programmation, suivi et bilan

- planification, ordres du jour, convocations, évaluations et compte-rendus des réunions
- secrétariat, listes des bénévoles et animation des rencontres
- bilan des activités accomplies par ou avec les bénévoles

1992-93

- aucune activité

1993-94

- 2 réunions à Lescun
- 3 réunions à Bedous
- 2 réunions à Accous

1994-95

- 4 réunions à Lescun
- 6 réunions à Bedous
- 6 réunions à Accous
-

1995-96

- 5 réunions à Lescun
- 4 réunions à Bedous
- 6 réunions à Accous

1996-97

- 4 réunions à Lescun
- 6 réunions à Bedous
- 6 réunions à Accous

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

7. Activités accomplies avec l'Unité régionale de santé publique

1992-93

- réunions de tous les acteurs impliquées dans le projet dans la région
- journée des bénévoles en santé du coeur de la région

1993-94

- réunions de tous les acteurs impliquées dans le projet dans la région
- journée des bénévoles en santé du coeur de la région

1994-95

- réunions de tous les acteurs impliqués dans le projet dans la région
- journée des bénévoles en santé du coeur de la région

1995-96

- réunions de tous les acteurs impliqués dans le projet dans la région
- journée des bénévoles en santé du coeur de la région

1996-97

- réunions de tous les acteurs impliqués dans le projet dans la région
- journée des bénévoles en santé du coeur de la région

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

8. Autres activités ?

-
-
-

Quels sont les événements importants qui ont favorisé ou défavorisé ces activités dans votre centre ?

ANNEXE 5 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - A

Introduction

Entre 1988 et 2000, deux acteurs du Centre-A, un infirmier et un organisateur communautaire, se sont impliqués dans des activités liées au projet pilote en promotion de la santé du coeur. Ces acteurs sont les acteurs-clés du projet dans ce centre. Entre 1991 et 1997, le projet a bénéficié d'un financement par le gouvernement fédéral et par le gouvernement provincial. La stratégie d'intervention du projet consistait en une action communautaire de type développement local. L'essentiel du projet consistait à former et à soutenir quatre comités de bénévoles en santé du coeur dans autant de localités.

Activités issues du projet en 2000

Les activités qui découlaient du projet en 2000 sont schématisées dans la figure 1. Trois ans après la fin du financement fédéral et provincial du projet, le Centre-A continuait à soutenir les quatre comités. En 2000, les activités issues du projet étaient accomplies par un acteur du centre. Ces activités référaient à une stratégie d'action communautaire de type développement local. Cet acteur soutenait les bénévoles des comités pour planifier et accomplir des activités en promotion de la santé du coeur. Ces activités étaient les suivantes: activités d'éducation pour la santé du coeur (conférences), cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, promotion de l'activité physique, promotion de l'alimentation saine pour le coeur, dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire pour des populations ciblées. De plus, cet acteur soutenait les bénévoles pour gérer le fonctionnement des comités (établir la programmation annuelle des activités, superviser ces activités et en faire le bilan annuel). Par rapport aux caractéristiques des routines organisationnelles, ces activités sont décrites de la manière suivante. Cette description est illustrée par des extraits de verbatims d'entrevue avec les acteurs.

FIGURE 1

**CENTRE-A: ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET PILOTE EN 2000
(DÉVELOPPEMENT LOCAL)**

Soutien des bénévoles de quatre comités pour accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur dans autant de localités:	Comité 1	Comité 2	Comité 3	Comité 4
<ul style="list-style-type: none"> • Conférences, • Cliniques pour mesurer la pression artérielle, • Promotion de l'activité physique, • Promotion de l'alimentation saine, • Dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire. 	Annuelle À la demande Marche Diffusion de recettes culinaires Annuel	Annuelle Mensuelles Marche NA Annuel	NA À la demande NA NA Annuel	Annuelle À la demande Danse Diffusion de recettes culinaires Annuel

Pour chaque comité, soutien des bénévoles pour gérer le fonctionnement du comité:

- Préparation du matériel et formation des bénévoles en éducation pour la santé,
- Quatre ou cinq réunions annuelles pour faire le suivi (monitoring) et le bilan des activités et pour programmer les activités à venir,
- Relations avec l'Unité régionale de santé publique et les autres centres de la région,
- Supervision des mesures de pression artérielle effectuées par les bénévoles (et référence à un médecin au besoin).

Mémoire procédurale: (1) Les ressources financières disponibles pour accomplir les activités issues du projet faisaient partie du budget de fonctionnement du centre. Le centre a le mandat de soutenir les organismes communautaires. Par conséquent, le centre doit soutenir les comités de bénévoles en santé du coeur. Ces activités n'étaient pas l'objet d'un programme ou d'un budget spécifiques, elles étaient incluses dans la programmation ou le budget général du centre qui est révisé annuellement. (2) L'acteur travaillait deux heures par semaine pour ces activités. (3) Les ressources matérielles disponibles pour ces activités équivalaient à une centaine de dollars par an. Ces ressources consistaient essentiellement en photocopies et en bandelettes réactives pour les dépistages. (4) Des ressources occasionnelles étaient disponibles au besoin pour ces activités. Une infirmière du centre supervisait les mesures de pression artérielle prises lors des cliniques par les bénévoles. Un expert en organisation communautaire formait les bénévoles des comités (une ou deux journées par an). Un médecin et un inhalothérapeute donnaient des conférences.

Adaptation: (5) Les activités issues du projet étaient adaptées au contexte local. Ces activités étaient adaptées chaque année en fonction des demandes des bénévoles et d'un bilan. (6) Le bilan annuel des activités accomplies par les bénévoles déterminait la programmation des activités pour l'année suivante. Les activités populaires l'année précédente étaient reconduites l'année suivante. La popularité d'une activité était jugée par les bénévoles et par les acteurs comme étant une participation satisfaisante des bénéficiaires à l'activité. (7) *Barrières à l'adaptation:* Une activité issue du projet, le soutien aux activités éducatives, était poursuivie parce qu'elle plaisait aux bénévoles mais les acteurs doutaient de la pertinence de cette activité. Les mêmes personnes participaient toujours aux conférences et les messages d'éducation pour la santé du coeur n'étaient pas diffusés autant que prévu ou souhaité par les acteurs. Selon un acteur, "les activités éducatives se déroulent dans un cercle restreint avec toujours les mêmes personnes" qui appartiennent à l'entourage des bénévoles. Le cercle restreint représentait une certaine famille ou un certain réseau mais ne

représentait pas la localité toute entière. Le cercle n'était "pas ouvert" sur l'ensemble de la localité.

Valeurs et croyances: (8) Les activités issues du projet correspondaient à des objectifs écrits dans la programmation des activités du centre sans être matière à des objectifs spécifiques. Selon un acteur, "le soutien aux comités en santé du coeur fait partie du soutien au milieu". (9) Deux types de symboles se rattachaient à ces activités: le logo du projet continuait à être un signe de reconnaissance pour les bénévoles des comités, il apparaissait sur des stylos et des porte-documents; les bénévoles d'un comité appelaient leur comité du nom du projet; le nom de chaque comité symbolisait la promotion de la santé du coeur. (10) Aucun rituel n'était établi à propos de ces activités. (11) Un jargon a été développé. Par exemple, les acteurs et les bénévoles parlaient de "cliniques de pression" en évoquant les cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, et ils parlaient de "cliniques de cholestérol" pour évoquer les dépistages des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Règles de décision et d'action: (12) La direction du centre avait formellement désigné un coordinateur pour superviser les activités issues du projet. (13) Ces activités étaient incluses dans la planification du centre. (14) Une description de tâches décrivait ce qu'il fallait faire pour ces activités. (15) Une activité, le soutien aux dépistages multifactoriels, était l'objet de règles écrites dans des manuels de procédures: un protocole de dépistage et un manuel d'utilisation de l'instrument de mesure de la cholestérolémie.

Événements survenus entre 1988 et 1997

Vue d'ensemble: Du point de vue des acteurs-clés, le Centre-A est intervenu en santé du coeur à partir de 1988 (figure 2). Un acteur participait aux réunions régionales de coordination en santé du coeur qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique pour planifier le projet pilote. Les deux

FIGURE 2

CENTRE-A: LES ACTEURS-CLÉS, LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1988 ET 1997 ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000

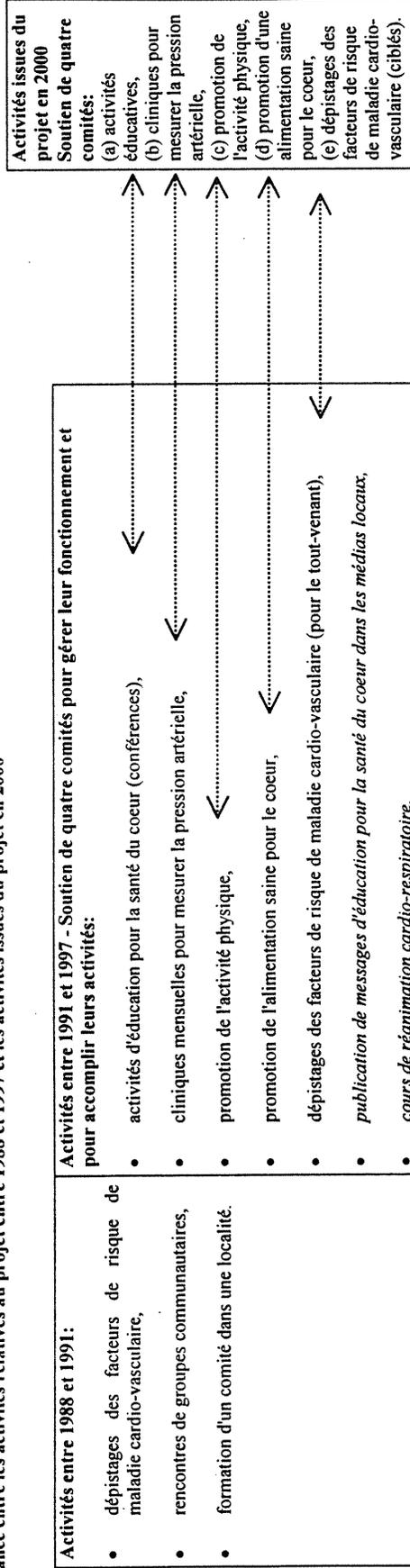
1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1. Roulement des acteurs-clés

Infirmier

Organisateur communautaire

2. Correspondance entre les activités relatives au projet entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000

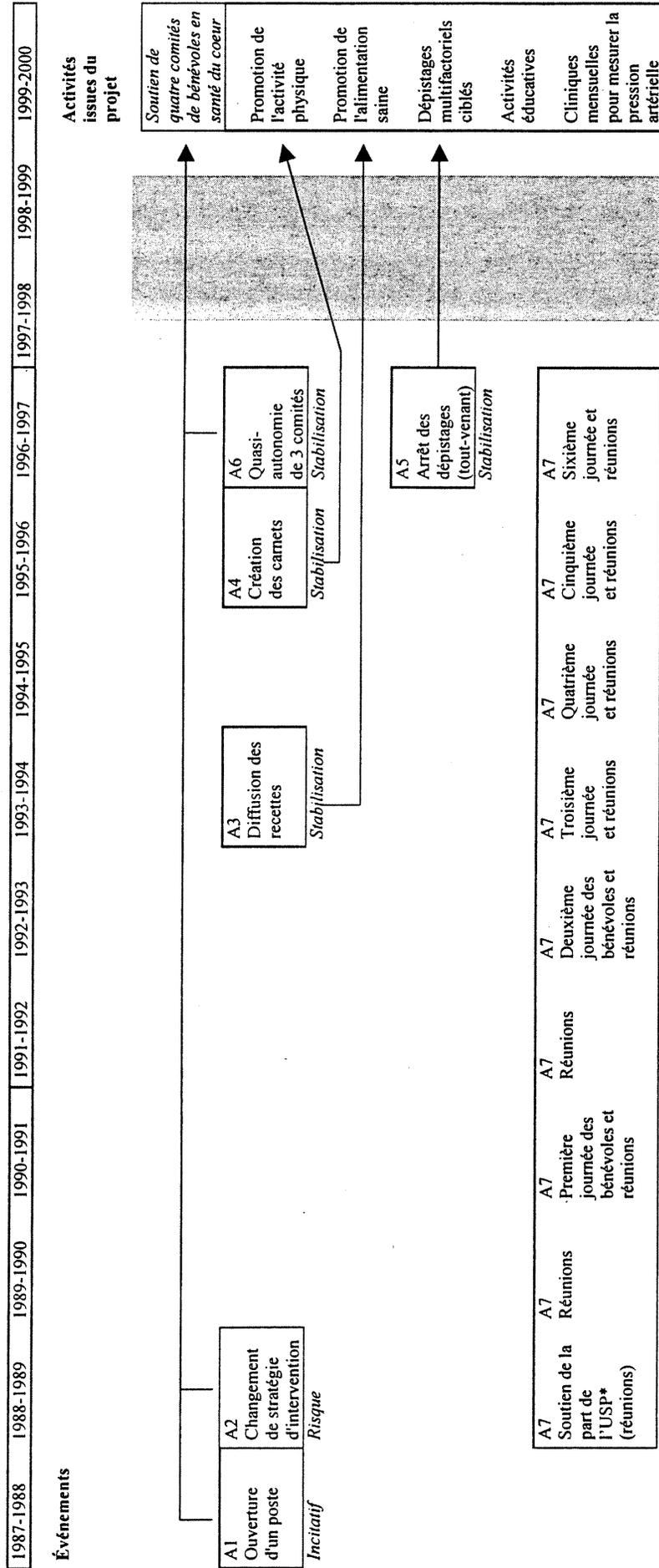


acteurs ont commencé à implanter des activités en 1988, quatre ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet. Les acteurs ont formé un premier comité de bénévoles en santé du coeur en 1991 et ils ont formé un comité supplémentaire chaque année pour aboutir aux quatre comités mentionnés. Les activités accomplies entre 1988 et 1997 sont présentées dans la figure 2. Ces activités étaient les suivantes: activités d'éducation pour la santé du coeur (conférences), cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, promotion de l'activité physique, promotion de l'alimentation saine pour le coeur, dépistages des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias locaux et cours de réanimation cardio-respiratoire.

La correspondance entre ces activités et les activités observées en 2000 est schématisée dans la figure 2. Toutes les activités accomplies entre 1988 et 1997 ne sont pas observées en 2000. Les activités observées en 2000 découlaient du projet, elles prolongeaient dans le temps les activités accomplies entre 1988 et 1997. Autrement dit, toutes ces activités étaient similaires (la prévention des maladies cardio-vasculaire dans la population générale) ou référaient à une stratégie d'action similaire (le développement local en santé du coeur). En l'occurrence, seules la publication des messages et les cours de réanimation n'avaient pas été poursuivis après la fin du financement fédéral et provincial du projet (figure 2).

De plus, les acteurs-clés ont pris en charge le projet de 1988 à 1997 (figure 2). En 1997, le financement fédéral et provincial a pris fin et seul l'organisateur communautaire a continué de soutenir les comités. Les événements critiques qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet dans le Centre-A sont décrits de la manière suivante. Sept événements sont survenus entre 1988 et 1997. Ces événements sont schématisés dans la figure 3. Ils sont résumés ci-dessous selon l'ordre adopté dans l'article 3, et ils sont illustrés par des extraits de verbatims.

FIGURE 3
CENTRE-A: LES ÉVÉNEMENTS QUI ONT JALONNÉ LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENTRE 1987 ET 1997
ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000



Légende

→ Lien entre les événements associés à la routinisation et les activités observées en 2000

*USP: Unité régionale de santé publique

Événement A1: Ouverture d'un poste en santé du coeur

Narratif: En 1988, la direction du centre a décidé d'implanter des activités en santé du coeur. Pour ce faire, un poste à temps partiel en santé du coeur a été ouvert au centre. L'ouverture du poste découlait de l'influence des représentants de l'Unité régionale de santé publique et d'une décision de la direction du centre. Pour l'infirmier qui a obtenu le poste, ce dernier constituait une opportunité pour améliorer ses conditions de travail.

Retombées de l'événement: Des dépistages des personnes qui ont des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire ont été réalisés dans les municipalités et les entreprises.

Interprétation: L'implantation des activités relatives au projet pilote a commencé quatre ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet, en même temps que débutait la planification du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: un incitatif (figure 3). L'infirmier a réalisé son souhait de changer de travail. Il considère cet événement comme une opportunité pour changer de travail.

Illustration empirique

"La volonté était au niveau de l'Unité de santé publique; le coordinateur du centre y croyait beaucoup; les directeurs des centres [de la région] ont décidé d'investir et après, ça a découlé dans nos boîtes".

"C'était une opportunité de venir travailler en santé communautaire parce que je trouvais difficile le travail à l'urgence".

Événement A2: Changement de stratégie d'intervention

Narratif: En 1989, la stratégie d'intervention a changé. Auparavant, l'infirmier effectuait des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire avec l'aide d'autres intervenants du centre. Après 1989, la stratégie consistait en un développement local. Le changement était influencé par les réunions régionales de coordination au cours desquelles le projet pilote était planifié. L'infirmier participait à ces réunions qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique. Ce changement a été concrétisé par la décision de la direction du centre d'impliquer un organisateur communautaire dont le rôle consistait à former des comités de bénévoles en santé du coeur avec l'aide de l'infirmier. L'organisateur communautaire considérait ce changement comme une opportunité pour bonifier son travail.

Retombées de l'événement: Le premier comité formé a tenu sa première réunion en 1991. L'infirmier et l'organisateur communautaire ont ensuite formé un comité par an.

Interprétation: Ce changement est survenu trois ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: une prise de risque (figure 3). Le centre a pris des risques en implantant une action communautaire en santé du coeur en 1989 car seul un autre des cinq centres de la région intervenait de cette manière à cette époque.

Illustration empirique

"En 1991, c'était la première rencontre, la formation officielle du comité; avant, il n'y avait pas de comité, les dépistages étaient réalisés par des professionnels; à la table de concertation, l'exemple venait du Centre-B qui nous a contaminé; il fallait changer notre façon d'agir et le directeur a cherché quelqu'un pour former les comités; nous avons demandé à l'organisateur communautaire".
 "J'ai priorisé la santé du coeur en plus du reste ; c'était un nouveau défi qui me tentait ; c'était moins lourd de parler de santé du coeur que du chômage, de l'aide sociale, de la pauvreté, etc."

Événement A3: Recettes culinaires saines pour le coeur

Narratif: En 1993, les acteurs ont aidé les bénévoles à implanter la diffusion de recettes culinaires saines pour le coeur. À partir de 1991, les acteurs avaient aidé les comités à diffuser des circulaires et des prospectus avec des messages d'éducation pour la santé du coeur. En 1993, les acteurs et les bénévoles ont diagnostiqué l'échec de cette diffusion. En réaction à cet échec, ils ont décidé de diffuser mensuellement des recettes. Les bénévoles ont suggéré l'idée des recettes. Le nutritionniste du centre a produit les recettes et les acteurs ont aidé les bénévoles à les diffuser.

Retombées de l'événement: Les recettes ont été diffusées.

Interprétation: La diffusion des recettes a été implantée deux ans après le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: la stabilisation des ressources (figure 3). Les activités de promotion d'une alimentation saine ont survécu à un changement technique.

Illustration empirique

"Nous avons essayé les "capsules" mais elles n'étaient pas prises; les recettes sont arrivées des suggestions des groupes; nous avons l'idée de la banque de recettes, nous nous sommes tourné vers le nutritionniste et il avait des choses prêtes; le nutritionniste, c'était déterminant car nous avons eu l'opportunité d'avoir des recettes santé, économiques et rapides; les bénévoles distribuaient les recettes; les recettes, ça fonctionne partout".

Événement A4: Carnets enregistreurs de l'activité physique

Narratif: En 1995, les acteurs ont créé des carnets individuels pour enregistrer l'activité physique. Ils avaient commencé en 1991 par aider les comités à former des clubs de marche. Avec les bénévoles, ils ont diagnostiqué l'échec de ces clubs en 1995. En réaction à cet échec, ils ont créé les carnets qui

ont été acceptés par les bénévoles et imprimés par l'Unité régionale de santé publique.

Retombées de l'événement: Les bénévoles ont utilisé les carnets et ils les ont diffusés dans leur entourage.

Interprétation: La création des carnets est survenue quatre ans après le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. Si on assimile les clubs à une technique d'éducation pour la santé, l'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: la stabilisation des ressources (figure 3). Les activités de promotion de l'activité physique ont survécu à un changement technique.

Illustration empirique

"Nous sentions que l'affluence aux clubs de marche diminuait; avec le carnet, les gens n'étaient pas obligés d'être tous ensemble pour marcher; ils faisaient de l'activité et ils comptabilisaient; nous avons eu l'idée du carnet et les groupes ont entériné l'idée; nous avons fait un carnet maison qui a été imprimé avec l'argent du projet; le carnet sensibilise les gens à l'activité physique".

Événement A5: Dépistages multifactoriels ciblés

Narratif: En 1997, les dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire n'étaient plus offerts pour le tout-venant. Ces dépistages étaient des activités populaires. Trois raisons expliquaient l'arrêt des dépistages: (1) la décision des représentants de l'Unité régionale de santé publique qui est influencée par (2) le changement des normes canadiennes, et (3) par la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote. Suite à la fin de ce financement, cette direction ne disposait plus des fonds nécessaires pour entretenir l'instrument de mesure de la cholestérolémie. Les acteurs ont accepté cet arrêt à contrecœur. Selon eux, cet arrêt menaçait la survie des comités. D'ailleurs, un acteur a réussi à relancer les dépistages auprès de populations

ciblées, avec l'accord de la direction du centre et en s'appuyant sur l'opinion des médecins du centre.

Retombées de l'événement: Les acteurs organisent des dépistages pour des populations ciblées.

Interprétation: L'arrêt des dépistages pour le tout-venant coïncide avec la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: la stabilisation des ressources (figure 3). Les dépistages ont survécu à un changement de norme technique.

Illustration empirique

"La participation publique au premier dépistage fut tellement bonne que les dépistages sont restés au coeur des plans d'action; si nous n'avions pas fait les dépistages, je ne suis pas sûr qu'il y aurait des comités de bénévoles".

"Les normes ont changé avec les nouvelles recommandations qui ont coïncidé avec la fin du projet pilote; l'Unité de santé publique avait moins d'intérêt à ce que les dépistages continuent, nous n'avions plus l'instrument de mesure de la cholestérolémie et nous n'avions plus le budget pour payer l'infirmier".

"La Régie régionale [de la santé et des services sociaux] disait aux centres : Continuez de faire de la prévention primaire mais faites-la à même vos budgets".

"Du jour au lendemain, il a fallu changer notre discours et essayer de faire comprendre aux bénévoles pourquoi ça a changé alors que nous n'étions même pas convaincus nous-mêmes; cela a entraîné une grosse démotivation; c'était comme faire un deuil".

"J'ai eu l'appui des médecins d'ici pour savoir comment les dépistages pouvaient continuer en ciblant davantage; le coordinateur du centre est prêt à défendre ça, c'est pour ça que ça continue".

Événement A6: Quasi-autonomie de trois comités sur quatre

Narratif: En 1997, les bénévoles de trois comités sur quatre étaient quasiment autonomes, vis-à-vis des acteurs du Centre-A, pour organiser des activités physiques, pour diffuser des recettes culinaires et pour organiser des cliniques de mesure de la pression artérielle. Il s'agissait d'une quasi-autonomie

car les comités avaient besoin d'un soutien minimal du centre pour fonctionner. D'ailleurs, plus les comités étaient "anciens" et moins ils avaient besoin de soutien. Cette quasi-autonomie diminuait la charge de travail des acteurs. Les comités étaient devenus quasiment autonomes successivement, selon leur ancienneté. Le premier comité formé fut le premier quasiment autonome. La quasi-autonomie était le résultat d'un processus "d'autonomisation des bénévoles" qui a été encouragé par les acteurs. Cette quasi-autonomie dépendait des habiletés des bénévoles.

Retombées de la quasi-autonomie: Les comités fonctionnaient avec un soutien minimal du centre.

Interprétation: La quasi-autonomie des comités était significative à la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote. Réduire substantiellement les ressources nécessaires pour continuer les activités équivaut à stabiliser ces ressources. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: la stabilisation des ressources (figure 3). Plus les comités sont autonomes et moins les acteurs ont besoin de travailler pour soutenir les comités. Cette diminution des ressources nécessaires pour faire la même chose constitue une opportunité pour le centre.

Illustration empirique

"Les bénévoles ont des habiletés pour organiser des activités, c'est lié aux personnes, il y en a qui se sentent plus à l'aise que d'autres; les comités ont tous eu la même chance au départ (en terme de formation et d'encadrement) mais ils n'ont pas tous le même degré d'autonomie; par exemple, j'étais en congé, nous n'avions pas pu revoir un comité et les membres de ce comité ont démarré la saison tout seuls; mais la santé physique, on ne peut pas s'attendre à ce que ce soit la communauté qui prenne tout ça en charge".

Question du chercheur : Est-ce que l'autonomie des comités vous demande moins d'investissements ? "Oui, tout à fait, les comités acquéraient plus d'autonomie en vieillissant; nous augmentons le nombre de comités sans rajouter de temps de travail parce que les plus vieux comités avaient moins besoin de nous; les comités plus anciens sont les plus solides".

Événement A7: Soutien récurrent par l'Unité régionale de santé publique

Narratif: Le soutien récurrent procuré par l'Unité régionale de santé publique était important. À partir de 1988, cette direction organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs en santé du coeur des cinq centres de la région pour planifier le projet pilote. Ces réunions ont influencé les acteurs pour accomplir des activités (voir notamment l'événement A3). À partir de 1991, grâce au financement fédéral et provincial du projet, cette direction fournissait du matériel, des informations et organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs ainsi que des journées annuelles avec les acteurs et les bénévoles. (1) Entre 1991 et 1997, cette direction a organisé des réunions de coordination trimestrielles avec tous les acteurs clés impliqués dans le projet dans les cinq centres de la région. Ces réunions permettaient aux acteurs de partager leurs expériences, d'être informés sur la santé du coeur et d'être formés avec les nouveaux matériels disponibles. (2) Entre 1992 et 1997, cette direction a organisé chaque année une journée de formation et d'animation pour les bénévoles en santé du coeur de toute la région. Les acteurs du Centre-A y participaient. Ces journées constituaient une reconnaissance du travail des bénévoles. Elles étaient importantes pour les bénévoles et également pour les acteurs, en terme de motivation et de formation. Elles permettaient aux bénévoles de partager leurs expériences les uns avec les autres.

Retombées des réunions et des journées: Les acteurs ont reçu de manière récurrente de l'information, une formation et la reconnaissance de l'Unité régionale de santé publique.

Interprétation: Entre 1988 et 1997, cette direction a régulièrement organisé des réunions avec les acteurs et les bénévoles. Le soutien de la part de cette direction a favorisé les activités relatives au projet en motivant et en formant les acteurs et les bénévoles. L'importance de ce soutien correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un

investissement des ressources adéquates (soutien par des personnes modèles, ressources matérielles accessibles, soutien technique adéquat, lien direct avec les techniciens, formation adéquate et utilisée, informations accessibles) (figure 3).

Illustration empirique

"Toute la participation de l'Unité de santé publique était importante, nous le sentons depuis qu'il n'y en a plus, c'est plus difficile; c'était très très aidant, des événements vraiment positifs, à chaque fois".

Réunions trimestrielles: "Nous sentions quelque chose qui faisait le lien; c'était important parce que c'était une façon d'échanger entre les intervenants; ça donnait suite aux outils que nous inventions et nous ramenions des nouveaux outils; nous allions chercher beaucoup et nous rapportions dans les comités".

Journées annuelles: "C'était important pour les bénévoles, c'était leur fête annuelle; plus les années passaient, plus ils se mêlaient aux autres comités et plus ils échangeaient; il y avait des conférences, des questions et des jeux, c'était très animé; les bénévoles aimaient beaucoup; il y avait un impact positif sur les bénévoles et sur nous par ricochet; c'était une récompense".

ANNEXE 6 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - B

Introduction

Entre 1987 et 2000, trois acteurs du Centre-B, un médecin et deux infirmiers, se sont impliqués dans les activités relatives au projet pilote en promotion de la santé du coeur. Ces acteurs sont les acteurs-clés du projet dans ce centre. Entre 1991 et 1997, le projet a bénéficié d'un financement par le gouvernement fédéral et par le gouvernement provincial. La stratégie d'intervention du projet consistait en une action communautaire de type développement local. L'essentiel du projet consistait à former et à soutenir quatre comités de bénévoles en santé du coeur dans autant de localités.

Activités issues du projet en 2000

Les activités qui découlaient du projet en 2000 sont schématisées à la figure 1. Trois ans après la fin du financement fédéral et provincial du projet, le Centre-B continuait à soutenir deux comités de bénévoles en santé du coeur. En 2000, les activités issues du projet étaient accomplies par un acteur du centre. Ces activités référaient à une stratégie d'action communautaire de type développement local. Cet acteur soutenait les bénévoles des comités pour planifier ou accomplir des activités en promotion de la santé du coeur. Ces activités étaient les suivantes: activités éducatives comme les conférences ou les kiosques d'information sur la santé du coeur, cliniques pour mesurer la pression artérielle, promotion de l'activité physique, promotion d'une alimentation saine, sensibilisation des enfants contre le tabagisme, et promotion de la santé des cardiaques (programme communautaire de réadaptation physique des cardiaques, et d'entraide pour les cardiaques et leurs proches). De plus, cet acteur soutenait les bénévoles pour gérer le fonctionnement des comités (établir la programmation annuelle des activités, superviser le suivi et à faire le bilan annuel de ces activités). Par rapport aux caractéristiques des routines organisationnelles, ces activités sont décrites de la manière suivante. Cette description est illustrée par des extraits de verbatims d'entrevue avec les acteurs.

FIGURE 1
CENTRE-B: ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET PILOTE EN 2000
(DÉVELOPPEMENT LOCAL)

Soutien des bénévoles de deux comités pour accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur dans autant de localités:	Comité 1	Comité 2
<ul style="list-style-type: none"> • Conférences, • Cliniques pour mesurer la pression artérielle, • Promotion de l'activité physique, • Promotion de l'alimentation saine, • Prévention du tabagisme, • Promotion de la santé des cardiaques. 	<p>Un repas-conférence</p> <p>À la demande</p> <p>Réunions d'information</p> <p>Diffusion de recettes culinaires</p> <p>Animation contre le tabagisme dans une école</p> <p>NA</p>	<p>Trois déjeuners-conférences et une conférence sur l'activité physique</p> <p>Mensuelles</p> <p>Marche et piscine</p> <p>Pendant la semaine canadienne de la santé du cœur</p> <p>NA</p> <p>- Volet "Aide": Visites hebdomadaires aux cardiaques hospitalisés</p> <p>- Volet "Réadaptation": Deux sessions de réadaptation physique par groupe (2 groupes de cardiaques)</p>

Pour chaque comité, soutien des bénévoles pour gérer le fonctionnement du comité:

- Préparation du matériel et formation des bénévoles en éducation pour la santé,
- Réunions pour faire le suivi (monitoring) et le bilan des activités et pour programmer les activités à venir,
- Relations avec l'Unité régionale de santé publique et les autres centres de la région.

Mémoire procédurale: (1) Les ressources financières disponibles pour accomplir les activités issues du projet faisaient partie du budget de fonctionnement du centre. Le centre a le mandat de soutenir les organismes communautaires. Par conséquent, le centre doit soutenir les comités de bénévoles en santé du coeur. Ces activités n'étaient pas l'objet d'un programme ou d'un budget spécifiques, elles étaient incluses dans le budget "prévention-promotion" du centre. (2) L'acteur travaillait l'équivalent de deux heures par semaine pour ces activités. (3) Les ressources matérielles disponibles pour ces activités consistaient en photocopies et en documentation. Le coût de ces ressources ne dépassait pas une centaine de dollars par an. (4) Une ressource occasionnelle était allouée au besoin par le centre pour ces activités (un organisateur communautaire).

Adaptation: (5) Les activités issues du projet étaient adaptées au contexte local. Ces activités étaient adaptées chaque année en fonction d'un bilan effectué avec les bénévoles. (6) Le bilan annuel des activités déterminait la programmation des activités de l'année suivante. Par exemple, dans un comité, les responsables des activités font rapport à une assemblée générale annuelle qui décide de la programmation en fonction de ce qui s'est passé l'année précédente. Selon un acteur, "nous essayons de tenir compte du feed-back du monde". (7) Barrières à l'adaptation: Une activité issue du projet, la sensibilisation des enfants contre le tabagisme, était poursuivie parce qu'elle plaisait aux bénévoles mais les acteurs doutaient de la pertinence de cette activité. Selon un acteur, "faire cette activité toute seule sans suivi, c'est comme donner un coup d'épée dans l'eau, nous le savons en tant que professionnels mais nous n'allons pas dire aux bénévoles «ne faites pas ça» parce que dans le fond nous pensons que c'est intéressant qu'ils aillent dans les écoles et qu'ils parlent du tabac".

Valeurs et croyances: (8) Les activités issues du projet correspondaient à des objectifs écrits de la programmation du centre qui concernaient le soutien des groupes communautaires, sans être matière à des

objectifs spécifiques. (9) Un type de symbole se rattachait à ces activités, le nom de chaque comité symbolisait la promotion de la santé du coeur. (10) Aucun rituel n'était établi à propos de ces activités. (11) Un jargon a été développé. Par exemple, les acteurs et les bénévoles parlaient de "kiosque alimentaire" pour évoquer une activité de promotion de l'alimentation saine pour le coeur, et parlaient de "dépistage" pour évoquer une activité de dépistage des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

Règles de décision et d'action: (12) La direction du centre avait formellement désigné un coordinateur pour superviser les activités issues du projet (le coordinateur des services communautaires). (13) Ces activités étaient incluses dans la planification officielle du centre. Cette planification n'a pas été révisée depuis plusieurs années. Selon un acteur, "habituellement nous faisons un bilan et nous révisons le plan chaque année mais depuis deux ou trois ans nous ne réussissons jamais à finir un bilan". En 2000, le plan reflétait toujours les activités mais il existait un fossé entre le plan et les ressources disponibles en terme de temps alloué au soutien des comités. Selon un acteur, ce fossé équivalait à la différence entre un poste à temps complet réparti entre trois acteurs en 1991 et deux heures par semaine pour un acteur en 2000. (14) Il existait une description de tâches concernant ces activités. Comme précédemment, il existait un fossé entre les tâches décrites dans le plan et les ressources disponibles en terme de temps alloué à ces tâches. (15) Des activités étaient l'objet de règles écrites dans un manuel de procédures comme le "protocole de réadaptation des cardiaques" (conditions d'admission, processus de réadaptation, responsabilités des acteurs, etc.).

Événements survenus entre 1987 et 1997

Vue d'ensemble : Du point de vue des acteurs-clés, le Centre-B est intervenu en santé du coeur à partir de 1987 (figure 2). Deux acteurs se sont impliqués en santé du coeur en 1987. Ces acteurs ont formé deux comités de

FIGURE 2
CENTRE-B : LES ACTEURS-CLÉS, LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1987 ET 1997
ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000

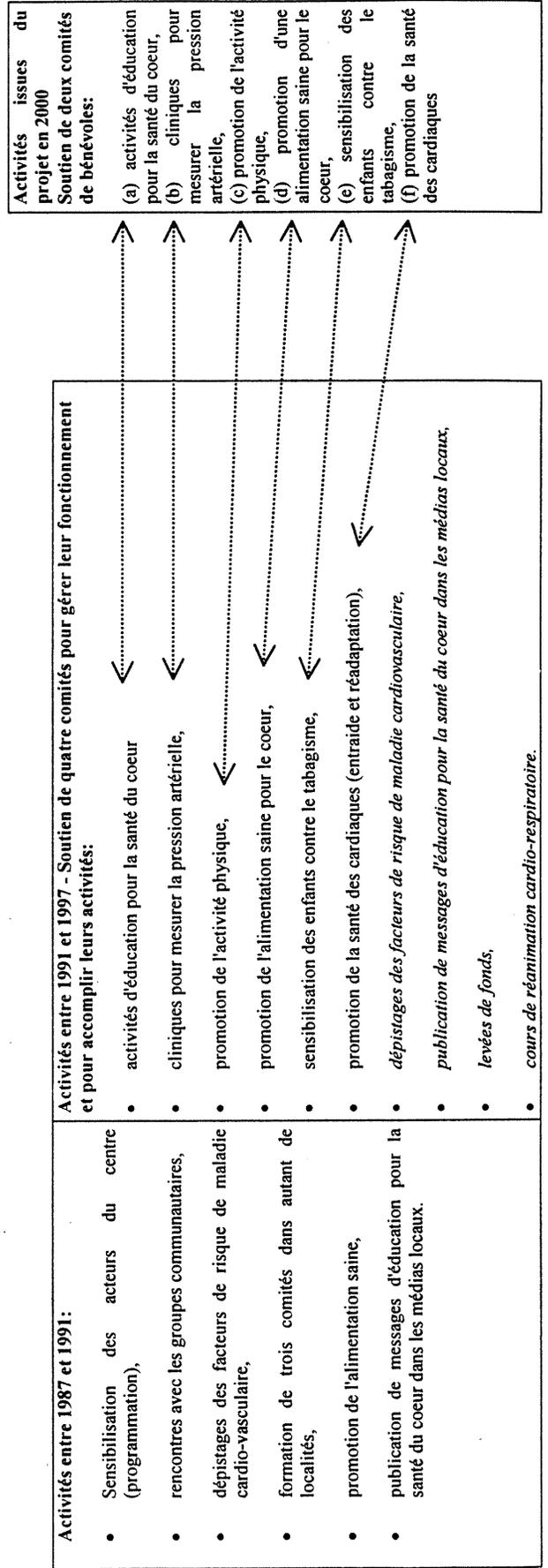
1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1. Roulement des acteurs-clés

Infirmier 1
Médecin

Infirmier 2

2. Correspondance entre les activités relatives au projet entre 1987 et 1997 et les activités issues du projet en 2000



bénévoles en santé du coeur en 1989 et un troisième comité en 1990. À partir de 1988, ces acteurs participaient aux réunions régionales de coordination en santé du coeur qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique pour planifier le projet pilote. Un troisième acteur s'est joint aux deux premiers en 1991, grâce au financement provincial et fédéral du projet. La même année, les trois acteurs ont formé un quatrième comité. Les activités accomplies par ces trois acteurs entre 1987 et 1997 sont présentées dans la figure 2. Ces activités étaient les suivantes: activités d'éducation pour la santé du coeur (conférences ou kiosques d'information dans les lieux publics), cliniques pour mesurer la pression artérielle, promotion de l'activité physique, promotion de l'alimentation saine pour le coeur, dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias locaux, sensibilisation des enfants contre le tabagisme, promotion de la santé des cardiaques (entraide et réadaptation), levées de fonds et cours de réanimation cardio-respiratoire.

La correspondance entre ces activités et les activités observées en 2000 est schématisée dans la figure 2. Toutes les activités accomplies entre 1987 et 1997 ne sont pas observées en 2000. Les activités observées en 2000 découlaient du projet, elles prolongeaient dans le temps les activités accomplies entre 1987 et 1997. Autrement dit, toutes ces activités étaient similaires (la prévention des maladies cardio-vasculaire dans la population générale) ou référaient à une stratégie d'action similaire (le développement local en santé du coeur). En l'occurrence, les dépistages, la publication de messages, les levées de fonds et les cours de réanimation n'ont pas été poursuivis après la fin du financement fédéral et provincial du projet (figure 2).

De plus, les trois acteurs-clés se sont impliqués pour le projet sur différentes périodes, respectivement de 1987 à 2000, de 1987 à 1997, et de 1991 à 1998 (figure 2). En 1997, le financement fédéral et provincial a pris fin et deux acteurs ont continué de soutenir les comités dans le cadre de leur travail au centre

pendant environ un an. Ensuite, un seul acteur a continué de soutenir les comités dans le cadre de son travail. Les événements critiques qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet dans le Centre-B sont décrits de la manière suivante. Huit événements sont survenus entre 1987 et 1997. Ces événements sont schématisés dans la figure 3, ils sont résumés ci-dessous selon l'ordre adopté dans l'article 3 et ils sont illustrés avec des extraits de verbatims.

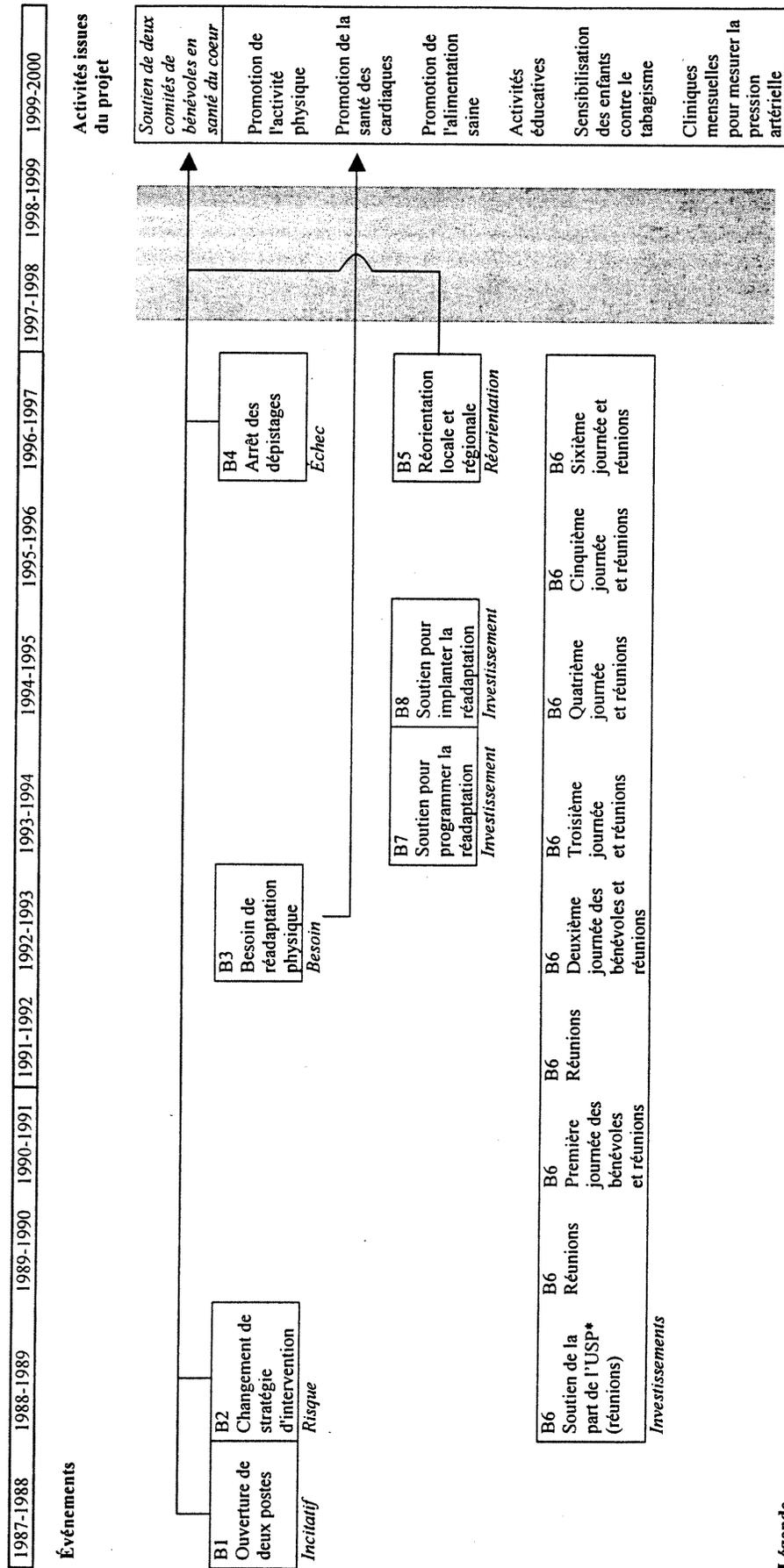
Événement B1: Ouverture de deux postes en santé du coeur

Narratif: En 1987, la direction du centre a décidé d'implanter des activités en santé du coeur. Pour ce faire, deux postes à temps partiel en santé du coeur ont été ouverts au centre. Cette année-là, les directions des centres de santé de la région et l'Unité régionale de santé publique ont identifié la santé du coeur comme priorité d'action. Pour le médecin et l'infirmier qui ont obtenu les postes, ces postes constituaient une opportunité pour améliorer leurs conditions de travail.

Retombées de l'événement: Ces deux acteurs ont élaboré un programme en santé du coeur qui a été accepté par le directeur du centre et par le Conseil d'administration du centre en 1988.

Interprétation: La programmation des activités relatives au projet pilote a commencé plusieurs mois avant que la planification du projet débute, et cinq ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: un incitatif (figure 3). Le médecin et l'infirmier ont réalisé leur souhait de changer de travail. Ils considèrent cet événement comme une opportunité pour changer de travail.

FIGURE 3
CENTRE-B : LES ÉVÉNEMENTS QUI ONT JALONNÉ LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENTRE 1987 ET 1997
ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000



→

Lien entre les événements associés à la routinisation et les activités observées en 2000

*USP: Unité régionale de santé publique

Illustration empirique

Acteur 1: "La priorité (régionale en santé publique) était la santé du cœur. J'ai décidé d'embarquer pendant l'été 1987. J'ai demandé au directeur du centre d'embarquer. Le directeur a accepté. Je voulais faire un changement. Il était question que je démissionne. On m'avait mis en santé au travail et je ne voulais pas continuer comme ça".

Acteur 2: "Ça a commencé en 1987. J'étais en santé au travail et ça ne me stimulait plus du tout. Je voulais quitter le centre. Je suis allé à un colloque avec le directeur du centre et je lui ai dit que j'avais le goût d'aller en promotion de la santé. En revenant du colloque, le directeur m'a demandé si j'étais intéressé à travailler en santé du coeur".

Les deux acteurs: "Il fallait présenter un projet au Conseil d'administration. Nous avons eu un an et demi pour élaborer un projet et pour l'implanter. L'un de nous travaillait trois jours par semaine et l'autre deux".

Événement B2: Changement de stratégie d'intervention

Narratif: Entre 1987 et 1988, les deux acteurs ont élaboré un programme de prévention des maladies cardio-vasculaires qui reposait sur les professionnels du centre et sur les activités existantes. Le programme a été accepté par le directeur du centre et par le Conseil d'administration du centre. Pendant l'été 1988, ces acteurs ont rencontré un expert en santé du coeur, ailleurs dans la province, qui prônait une action communautaire de type développement local. Au retour, les acteurs ont changé de stratégie d'intervention. Au lieu de miser sur les professionnels, ils ont misé sur le développement local. Ce changement était congruent avec la culture du centre. Le directeur et le conseil ont accepté ce changement. L'Unité régionale de santé publique a soutenu ce changement.

Retombées de l'événement: Suite à au changement de stratégie, un programme d'action communautaire en santé du coeur a été implanté.

Interprétation: Ce changement est survenu en même temps que la planification du projet débutait, et quatre ans avant le début du financement

fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: une prise de risque (figure 3). Le centre a pris des risques en implantant une action communautaire en santé du coeur en 1988 car aucun centre de la région n'intervenait de cette manière à cette époque.

Illustration empirique

- "Au début, c'était le programme des maladies cardio-vasculaires mais nous avons changé de nom, nous l'avons appelé le programme Santé du coeur. Tout a changé. Nous avons viré le programme du tout au tout. Nous avons élaboré un programme sur des clientèles cibles à partir des ressources du centre et tout à coup nous sommes passés à la prise en charge de la santé du coeur par la communauté en formant des comités dans le milieu".
- *Entre 1987 et 1988*, "nous avons fait une revue de la littérature et nous avons élaboré un programme que nous avons présenté au Conseil d'administration du centre. Nous intervenions sur les facteurs de risque en misant sur les pharmaciens, les médecins et les infirmières du centre. L'équipe Jeunesse allait réaliser des activités en santé du coeur dans les écoles, l'équipe de santé au travail dans les entreprises, etc."
- *Changement de stratégie d'intervention en 1988*: "La rencontre avec les médecins de X fut un événement marquant. Pendant l'été 1988, nous voulions rencontrer des gens qui travaillaient en santé du coeur depuis quelques années pour bonifier le programme. Nous avons changé notre fusil d'épaule après avoir rencontré deux médecins à X. Un médecin nous a parlé de l'approche communautaire qui existait aux États-Unis et nous avons mis là dessus à notre retour. Notre nouveau programme impliquait monsieur et madame tout le monde, également les leaders du milieu. Le changement s'est fait rapidement, en revenant dans l'auto. Nous sommes arrivés, nous avons vu le directeur du centre, nous lui avons proposé l'action communautaire et il a accepté".
- *Congruence du changement avec la culture du centre*: "L'action communautaire collait à nos convictions comme intervenants et à la culture du centre. Le directeur du centre avait des grosses fibres communautaires. Le centre était très anti-médical et pro-communautaire. Le programme communautaire, ça nous venait en ligne droite du directeur".
- *Accord du directeur du centre et du Conseil d'administration*: "Un élément important, c'était que le directeur du centre ait cautionné le changement. Ça a dû repasser devant le Conseil d'administration qui a accepté".
- *Soutien de l'Unité de santé publique*: "Après la première rencontre des représentants des centres de toute la région pour la santé du coeur, à l'automne 1988, nous voulions savoir comment les intervenants de la santé publique pouvaient nous aider. Ils ont embarqué tout de suite avec nous. Ça nous a vraiment donné une envolée. Nous nous sommes sentis supportés dès le départ".

Événement B3 : Besoin de réadaptation physique pour les cardiaques

Narratif: Le leader d'un comité demandait à ce que les besoins des cardiaques soient estimés. Suite à cette demande, les acteurs ont organisé deux

forums communautaires en 1992. Les participants aux forums ont exprimé le besoin d'un programme de réadaptation physique pour les cardiaques. Avec l'accord de la direction du centre, les acteurs ont décidé de répondre au besoin.

Retombées de l'événement: Les acteurs ont élaboré un programme communautaire de réadaptation physique pour les cardiaques et ils ont aidé un comité de bénévoles à l'implanter.

Interprétation: Le besoin a été exprimé un an après le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un besoin (figure 3). Les acteurs ont interprété l'adaptation des activités relatives au projet en fonction du besoin exprimé par les cardiaques comme un devoir incontournable pour assurer la survie de ces activités.

Illustration empirique

"La présence d'un leader nous a beaucoup aidé. C'était une infirmière dont le conjoint était cardiaque. Elle a été élue présidente du comité. Elle nous avait dit que ce serait intéressant de lancer une invitation aux cardiaques et à leurs proches pour venir à une rencontre afin de savoir ce que les cardiaques veulent. C'était l'événement surprise. Première rencontre, vingt personnes : Youpi, ça a marché ! Deuxième rencontre, quarante personnes. Dès la deuxième rencontre, les gens ont demandé un programme de réadaptation physique. C'était un autre leader, un pharmacien. Les bénévoles ne faisaient pas table rase sur toutes nos préoccupations mais nous n'avions pas le choix. Ce n'était pas ce que nous avions prévu, mais nous étions prêts à suivre la barque. C'est le comité qui nous a fait travailler en réadaptation sinon nous n'aurions jamais travaillé là-dessus. C'était positif pour l'ensemble du projet. Si nous avions balayé la réadaptation, tout se serait écroulé. Le directeur du centre nous a soutenu. Il a rencontré les bénévoles du comité et nous avons obtenu son accord".

Événement B4: Arrêt des dépistages multifactoriels

Narratif: En 1997, les acteurs ont cessé les dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire à la demande de l'Unité régionale de santé

publique et en accord avec les nouvelles normes canadiennes. Les acteurs aidaient les bénévoles des comités à organiser ces dépistages pour le tout-venant chaque année depuis 1988. D'ailleurs, la pertinence des dépistages était mise en doute par les acteurs pour deux raisons. (1) Les acteurs constataient que ces dépistages constituaient souvent des suivis et non des dépistages *per se*. Ces dépistages avaient pour objectif de dépister les personnes porteuses de facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire. Les participants aux dépistages étaient souvent porteurs d'un ou de plusieurs facteurs de risque connus et ils participaient chaque année pour vérifier leur situation. (2) Les acteurs doutaient que toutes les personnes dépistées aient ensuite été prises en charge. Ils percevaient les dépistages comme une activité de "marketing" pour mobiliser les bénévoles et ils doutaient des retombées des dépistages sur la santé des personnes dépistées. Les acteurs n'avaient aucun moyen de vérifier que les personnes dépistées étaient ensuite véritablement prises en charge par un médecin. Cependant, en dépit de ces doutes, les dépistages étaient poursuivis car ils constituaient des activités populaires et gratifiantes pour les bénévoles. Les dépistages ont cessé en 1997 avec la fin du financement fédéral et provincial du projet. L'Unité régionale de santé publique a réuni les acteurs des cinq centres pour annoncer l'arrêt des dépistages multifactoriels en raison des nouvelles normes canadiennes et de l'indisponibilité de l'instrument de mesure de la cholestérolémie. Cette direction n'avait plus les moyens d'entretenir l'instrument de mesure de la cholestérolémie après la fin du financement fédéral et provincial du projet.

Retombées de l'événement: Les dépistages multifactoriels sont arrêtés. Deux acteurs font état de leur déception et de la déception des bénévoles qui perdent une activité populaire et gratifiante.

Interprétation: L'arrêt des dépistages coïncide avec la fin du financement fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un échec (figure 3). Les doutes des acteurs sur les dépistages

suggèrent que les acteurs reconnaissaient l'échec des dépistages par rapport à l'objectif de dépister les facteurs de risque. Les activités relatives au projet sont modifiées en raison de la perception d'une mauvaise efficacité des dépistages par rapport aux objectifs fixés et par rapport aux nouvelles normes.

Illustration empirique

- *Popularité des dépistages:* "Nous avons fait beaucoup de dépistages multifactoriels. C'étaient des bonbons pour nos comités. Les bénévoles aimaient faire ça. Les communautés appréciaient également. C'était une activité demandée par les comités. On nous en demande encore aujourd'hui. Nous avons eu beaucoup de commentaires très positifs. C'est une activité qui se rapproche du médical, les gens aimaient beaucoup participer et les bénévoles se sentaient très utiles".
- *Doutes des acteurs:* "Les dernières années, je commençais à devenir de plus en plus inconfortable avec les dépistages. Nous avons de plus en plus de divergences entre infirmiers et médecins à ce sujet. Nous avons continué dans la mesure où ça ne nuisait pas et où ça faisait plaisir aux comités. C'était une concession. C'était du marketing. C'était une activité que les bénévoles aimait et qui favorisait leur implication dans les comités. Nos doutes concernaient le fait que nous avons dépisté des gens avec une tension artérielle élevée puis que nous les avons référés aux médecins. Est-ce que la personne a pris son rendez-vous ? Si elle a pris son rendez-vous, est-ce qu'elle est suivie correctement ? J'ai vu des gens hypercholestérolémiques qui revenaient chaque année parce qu'ils voulaient refaire un autre dépistage, bien que nous les ayons référés l'année précédente, et il fallait encore leur dire les mêmes affaires. C'est toujours le même monde qui revient chaque année donc ça ne devient pas très indiqué".
- *Arrêt des dépistages:* "Le coup de grâce c'est moi qui l'ai donné en 1997. Nous avons fait une réunion régionale avec les intervenants et plusieurs voulaient conserver les dépistages. J'ai dit «Non, on met la hache là-dedans». C'était vraiment contre un certain nombre de centres. La coordinatrice régionale de l'Unité de santé publique pensait comme moi. Tant que nous étions dans le projet, il y avait moins de pression pour changer mais la fin du projet était un moment propice pour prendre une décision. Le consensus canadien était beaucoup plus précis. Il fallait regarder les LDL et je ne voulais plus que nous référions des gens aux médecins avec des valeurs anormales de cholestérolémie totale. De plus, nous ne rejoignons pas les groupes cibles définis dans le guide. Enfin, il y avait des problèmes techniques car l'Unité de santé publique ne pouvait plus entretenir le Réflotron".
- *Question du chercheur - Quelle a été la réaction des bénévoles?* "Ils y croyaient et ils pensaient que ça ne pouvait pas être mauvais de dépister tout le monde. Plusieurs acteurs des centres avaient l'impression qu'ils allaient donner la mort aux comités".

Événement B5: Réorientation du centre et de la santé publique

Narratif: En 1997, des changements organisationnels sont survenus à l'échelle du territoire du Centre-B et à l'échelle régionale, en même temps que le financement fédéral et provincial du projet pilote se terminait. Les changements consistaient en un roulement du personnel de la direction du centre et de celui de l'Unité régionale de santé publique, qui a été suivi d'une réorientation défavorable au développement local en santé du coeur, à la fois à l'échelle du centre (augmentation de l'offre de services de soins et diminution des services de prévention et de promotion) et à l'échelle régionale (augmentation de l'action politique et diminution de l'action communautaire). En conséquence, le temps de travail des acteurs pour soutenir les comités a substantiellement diminué. En 1997, les acteurs du centre mettaient en doute leur soutien à trois comités. Deux acteurs reconnaissaient que ces trois comités n'étaient pas autonomes mais ils pensaient que ces comités auraient pu continuer à fonctionner avec un minimum de soutien. Pour sa part, le troisième acteur souhaitait que ces trois comités arrêtent de fonctionner, en dépit du fait que les bénévoles voulaient maintenir les comités. Selon lui, ces comités consommaient trop de ressources par rapport au petit nombre de personnes desservies.

Retombées de l'événement: Le temps de travail des acteurs en santé du coeur a substantiellement diminué. Deux comités ont arrêté de fonctionner depuis qu'ils reçoivent moins de soutien de la part des acteurs.

Interprétation: L'événement est survenu à la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: une rupture de la congruence des objectifs entre l'organisation et les activités relatives au projet (réorientation). Cette réorientation est survenue au détriment des activités relatives au projet (diminution du temps de travail des acteurs pour soutenir les comités).

Illustration empirique

- *Changements organisationnels et fin du financement:* "Nous avons toujours eu le support du directeur et du conseil d'administration (entre 1987 et 1997). (En 1997), la fin du projet pilote a coïncidé avec une réorientation locale des établissements de santé et une transformation régionale en santé publique. Tout est arrivé en même temps. La nouvelle équipe de direction (locale) est composée de gens qui ont des valeurs différentes par rapport à celles de l'ancienne équipe et qui ont une autre vision. Le côté curatif est quelque chose de très important pour eux. Le côté promotion et prévention, ils ne diront jamais que ce n'est pas important mais le curatif est plus important. Par conséquent, nous avons été coupés. En santé publique, il y a eu un mariage forcé avec la région voisine et le nouveau directeur ne croit pas du tout à l'approche communautaire en santé du coeur. Il n'a rien fait, au contraire, pour que nous continuions. La fusion avec la région voisine a eu un impact sur nos activités en santé du coeur. La santé du coeur est une priorité régionale mais elle n'est pas intégrée. La nouvelle direction ne croit pas que c'est important. Le programme-cadre (régional) n'a pas du tout une connotation communautaire : il faut que la personne à l'Urgence ait sa thrombolyse le plus rapidement possible. Il faut que la personne hypertendue soit bien prise en charge. Il faut qu'on essaye d'agir sur les lois. Les orientations régionales étant changées, les équipes et les mandats des équipes ont changé. Par conséquent, nous n'avons pas le support que nous avons déjà eu parce que l'Unité de santé publique n'a plus le mandat de nous soutenir".
- *Diminution du temps de travail des infirmiers:* "Agir en prévention cardio-vasculaire dans la population, c'est une tradition mais nous n'avons plus cette tradition. Les comités voudraient bien que je continue à les supporter, ça demanderait une demie journée par semaine pour répondre aux besoins de base mais on a changé mes mandats. Je ne peux pas faire autrement, je ne peux plus répondre. Il y a du monde en l'air (à la direction du centre et de la région) qui aimerait bien continuer avec des orientations différentes".
- *Manque d'autonomie de trois comités:* "Quand un comité démarre il a besoin de soutien mais avec le temps les comités doivent être autonomes, c'est-à-dire être capables de faire des choses par eux-mêmes sans que le centre soit toujours présent. Trois comités ont senti que nous voulions les amener à devenir autonomes mais ils ne voulaient pas trop le devenir. Ils voulaient toujours nous avoir avec eux. Ils sentaient que nous nous retirions et la démotivation s'installait. Nous avons parlé d'un éventuel retrait et les bénévoles disaient «Ne partez pas trop». Quand nous avons demandé si les gens tenaient à avoir le support du centre, les gens ont répondu qu'ils y tenaient beaucoup".

- *Non pertinence de continuer à soutenir trois comités:* "Nous avons rencontré chacun des trois comités pour voir leur motivation à mourir ou à survivre. Ils ont tous voulu survivre. J'étais étonné de savoir qu'ils voulaient survivre. Ils n'ont plus de motivation, ils ne font plus rien, qu'est-ce qu'ils veulent maintenir ? Si j'avais eu à décider, j'aurais mis fin aux trois comités. Je me questionne sur leur motivation à poursuivre. Est-ce que c'est qu'ils croient tant que ça à la santé du cœur dans leur milieu ? Ou est-ce qu'ils veulent continuer parce que c'est valorisant pour eux en raison des contacts avec nous ? Régulièrement, nous parlions de l'orientation de nos activités, qu'est-ce que ça donnait, vers quoi nous voulions aller. Si nous n'avions pas été dans le projet pilote, peut-être que nous aurions donné des coups de barre plus tôt. Ces trois comités ne sont pas dans des gros milieux et nous ne sommes pas allés chercher les leaders. Je ne dis pas que ça n'a rien apporté mais je trouvais qu'il fallait investir beaucoup pour des résultats que nous ne verrions pas tout de suite. Nous étions loin du but ultime qui était de diminuer les facteurs de risque et diminuer la morbidité et la mortalité. Nous avons voulu appliquer ce qui se faisait ailleurs. Mais ailleurs, ça s'est fait dans des communautés beaucoup plus grosses et avec un rayonnement beaucoup plus grand". Trois comités consommaient "beaucoup de ressources pour peu de rayonnement. Trois comités me décourageaient car le milieu était petit et ils étaient composés de personnes âgées. Nous perdions des joueurs et c'était difficile de les renouveler. Quelque chose manquait. Nous avons travaillé avec les mauvaises personnes, nous n'avons pas travaillé avec les vrais leaders, ceux qui pourraient faire la différence. Nous avons travaillé avec des gens qui avaient plein de bonne volonté mais qui avaient peur de proposer leurs affaires et qui ne savaient pas quoi faire".
- *Arrêt de deux comités :* "Nous avons frôlé le décès de trois comités. Nous voyions qu'il n'y avait pas trop d'avenir pour nos trois petits comités. Le seul qui avait de l'avenir, c'était le comité X (à quatre volets d'action dont le programme de réadaptation cardiaque). Les comités sont en train de mourir. Les trois autres comités ne sont pas morts. Il y en a un qui l'est quasiment. Dans un comité, il restait quatre personnes, si je voulais remonter le comité, il fallait que j'aille chercher du monde qui avait des personnalités différentes. Pour remettre ce comité sur pied, il fallait presque recommencer à neuf. Dans un autre comité, ce n'était pas fort. Je suis allée rencontrer le comité avec l'organisateur communautaire. Nous avons fait le bilan. Ça ne marchait plus. Nous sentions une démotivation. Et la réponse du comité était: Non, nous voulons continuer mais nous voulons du support. Est-ce que c'est la fusion (régionale) ou la fin du programme qui a eu le plus d'impact (sur les comités) ? C'est la fusion mais je ne qualifierais pas cet impact de nécessairement négatif par rapport au questionnement que j'avais sur les petits comités en santé du coeur".

Événement B6 : Soutien récurrent par l'Unité régionale de santé publique

Narratif: Le soutien récurrent procuré par l'Unité régionale de santé publique était important. À partir de 1988, l'Unité organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs en santé du coeur des cinq centres de la région pour planifier le projet pilote. Ces réunions ont influencé les acteurs du Centre-B pour planifier et accomplir des activités. À leur tour, ces acteurs influençaient la planification du projet en s'inspirant de leur propre expérience (voir notamment les événements B1 et B2). À partir de 1991, grâce au financement fédéral et provincial du projet, l'Unité régionale de santé publique continuait à organiser ces réunions trimestrielles, elle fournissait également du matériel et des informations, et elle organisait des journées annuelles avec les acteurs et les bénévoles. (1) Entre 1988 et 1997, cette direction a organisé des réunions trimestrielles avec tous les acteurs impliqués dans le projet dans les cinq centres de la région. Ces réunions valorisaient le travail des acteurs et elles favorisaient un sentiment d'appartenance au projet. (2) Entre 1991 et 1997, cette direction a organisé chaque année une journée de formation et d'animation pour les bénévoles en santé du coeur de toute la région. Les acteurs du Centre-B y participaient. Ces journées récompensaient les bénévoles et elles favorisaient un sentiment d'appartenance au projet.

Retombées des réunions et des journées: Les acteurs ont reçu de manière récurrente de l'information, du matériel et la reconnaissance de la part de l'Unité régionale de santé publique.

Interprétation: Entre 1988 et 1997, l'Unité régionale de santé publique a régulièrement organisé des réunions avec les acteurs et les bénévoles. Le soutien de la part de cette direction a favorisé les activités relatives au projet en informant et en aidant les acteurs, également en récompensant les bénévoles. L'importance de ce soutien correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement des ressources

adéquates (soutien par des personnes modèles, ressources matérielles accessibles, soutien technique adéquat, lien direct avec les techniciens, formation adéquate et utilisée, informations accessibles) (figure 3).

Illustration empirique

- "La première rencontre avec le Département de santé communautaire (le nom de l'Unité régionale de santé publique à l'époque) a eu lieu à l'automne 1988, avec les coordonnateurs des centres de la région et nous comme représentants de notre centre. Les autres centres étaient juste à l'étape de réflexion alors que nous étions prêts à agir. Après la rencontre, nous avons demandé comment la santé publique pouvait nous aider pour que nous démarrions tout de suite. Ils ont embarqué tout de suite avec nous. Ça nous a donné une envolée, parce que si nous ne l'avions pas eu, je ne sais pas si nous aurions été à l'aise de poursuivre tous seuls. Nous nous sommes sentis supportés dès le départ. Mais nous ici, le projet pilote n'aurait pas existé, ça n'aurait pas changé, nous aurions eu des comités en santé du coeur, ça faisait partie de nos préoccupations. Quand on regarde la demande de subvention du projet, ça ressemble beaucoup aux orientations que nous avons prises. Et inversement, je pense que nous avons été influencés par le projet parce que nous avons sûrement recadré des choses".
- *Réunions trimestrielles* : "Les responsables de l'Unité de santé publique étaient extrêmement respectueux et recherchaient vraiment le consensus. Si le groupe des centres voulait prendre telle direction, si c'était notre désir, la Santé publique suivait. Les centres se sont sentis appuyés par les représentants de la Santé publique. Au niveau du support pour la réalisation d'activités, au niveau de la documentation, il y avait plein d'information sur l'hypertension et sur beaucoup de choses. Nous n'avions pas à créer les outils. Avec tous les acteurs des cinq centres, nous avons expérimenté différents outils de travail et nous les partageons. Le support de l'Unité de santé publique était quelque chose de très important, pour nous, c'était quelque chose de déterminant".
- *Journées annuelles* : Les journées annuelles avec les bénévoles "étaient beaucoup des activités de félicitations des bénévoles et de remerciements aux bénévoles. Le repas était offert et nous prévoyions un petit cadeau qui servait la cause de la santé du coeur : un agenda, une valise, etc. C'était une récompense. L'idée était de créer un sentiment d'appartenance. C'était apprécié. Pour les bénévoles, c'était quelque chose de très important. L'Unité de santé publique a fait des activités pour les bénévoles où nous les valorisons. Nous leur donnions de la formation et une petite récompense".

Événement B7 : Soutien pour programmer la réadaptation des cardiaques

Narratif: Les acteurs ne disposaient pas des sources d'information adéquates pour élaborer un programme de réadaptation physique à base communautaire pour les cardiaques. Les experts consultés ne voyaient pas d'obstacle à ce genre de programmes alors qu'en pratique, les obstacles étaient majeurs. En 1993, les acteurs ont été mis en contact par hasard avec le responsable d'un programme de réadaptation à base communautaire en dehors du Québec. Une bénévole du comité a eu un accident cardio-vasculaire en dehors du Québec et elle a été prise en charge par un programme de réadaptation communautaire. À son retour, elle a parlé de ce programme aux acteurs-clés qui en ont contacté l'expert responsable. Cet expert a soutenu techniquement les acteurs et leur a conféré une crédibilité et une expertise suffisantes pour programmer des activités de réadaptation à base communautaire selon les normes canadiennes.

Retombées de l'événement: Le soutien technique a permis d'élaborer le programme.

Interprétation: Le soutien technique adéquat est apparu un an après que le besoin de réadaptation cardiaque ait été exprimé. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement en ressources adéquates (figure 3). Les activités de réadaptation relatives au projet ont bénéficié du soutien de la part de personnes modèles, d'un soutien technique adéquat, d'un lien direct avec les techniciens et d'informations accessibles. Cet événement est survenu par hasard.

Illustration empirique

- "La réadaptation a pris un an pour démarrer. Nous avons fait venir le directeur du centre de référence en réadaptation (au Québec). Il a beaucoup exagéré sur ce qu'on pouvait faire en région et il a vraiment mis le feu au poudre en disant qu'en une semaine, on peut organiser ça, pas de problème. Nous nous sommes rendus compte que c'était loin d'être ce que ce monsieur disait. Nous avons travaillé fort, nous avons rencontré des spécialistes, nous avons piétiné longtemps. Nous nous sommes frappés le nez sur le côté légal, c'était très décourageant. Nous avons pensé que nous ne réussirions jamais. Les cardiaques étaient déçus".
- "Il y avait quelqu'un du groupe des bénévoles qui était infirmière au centre mais retraitée. Elle a fait un infarctus dans une région voisine et elle a connu les ressources locales donc elle nous a aligné dessus. Nous sommes allés voir". Question du chercheur : Est-ce que c'était un hasard ? "Bien sûr, nous n'avions jamais entendu parlé de ça. Nous cherchions un programme qui ne se faisait pas dans un hôpital. Et dans la région voisine, le programme se déroulait dans le gymnase d'une école. C'était ça que nous cherchions".
- "Le médecin responsable du programme nous a aligné sur les bonnes affaires tout de suite et c'était très facile ensuite. Lui-même faisait partie d'une association canadienne pour la réadaptation donc il avait de bonnes ressources. Nous lui avons fait parvenir nos ébauches de programmes. Il commentait et nous retournait ça. Nous retravaillions et nous lui retournions. Grâce à lui, le programme était cautionné par un organisme canadien de réadaptation".

Événement B8 : Soutien pour mettre en oeuvre le programme de réadaptation

Narratif: En 1994, les acteurs ont aidé les bénévoles pour mettre en oeuvre le programme de réadaptation cardiaque à base communautaire. Le comité a été incorporé comme organisme communautaire à but non lucratif. Cette incorporation était nécessaire pour accomplir les activités, autrement dit à la fois pour obtenir des fonds afin d'acheter le matériel cardiologique nécessaire, pour bénéficier de la couverture d'une assurance et pour louer une salle équipée d'installations d'activité physique. Les acteurs ont également aidé les bénévoles à gagner le soutien des médecins et des infirmiers pour surveiller les séances de réadaptation.

Retombés de l'événement: Ce soutien logistique, matérialisé par les fonds, la salle, les infirmiers et les médecins, a permis d'implanter le programme.

Interprétation: Le soutien logistique s'est concrétisé deux ans après que le besoin de réadaptation ait été exprimé. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement en ressources adéquates (figure 3). Les activités de réadaptation relatives au projet ont bénéficié des ressources humaines, financières et matérielles adéquates.

Illustration empirique

- "Les choses positives sont arrivées toutes en même temps. Il fallait une subvention, il fallait que les médecins embarquent, il fallait avoir une salle".
- "En ayant une charte (reconnaissance du statut d'organisme communautaire), le comité devenait éligible à des subventions, à des assurances, etc. C'était de l'ouvrage pour obtenir la charte. Puis nous sommes allés à l'Assemblée générale de la Caisse populaire au printemps, et nous avons démarré le programme à l'automne. La première année, ils [les membres des comités] ont obtenu un don de la Caisse populaire de plus de six mille dollars. Il y a eu aussi une collecte de fonds auprès des clubs sociaux: les Lions, les Richelieu, beaucoup de groupes et des gens d'affaires ont donné de l'argent. Avec le don de la Caisse Populaire, ça faisait un douze mille et quelques dollars. Ça nous a permis d'acheter le défibrillateur, le moniteur et il nous restait encore de l'argent pour acheter la bouteille d'oxygène et différents gadgets. Ça nous a vraiment permis de démarrer".
- "Le pharmacien avait embarqué les médecins. Ce n'était pas drôle pour eux parce qu'ils ne sont pas nombreux. Ça leur fait souvent des gardes. Le pharmacien a été très actif pour recruter les médecins, nous avons préparé des dégustations vins et fromages pour que tous les médecins viennent entendre parler du programme et nous avons recruté des médecins pour la surveillance".

Les événements B3, B7 et B8 concernent le programme de réadaptation des cardiaques.

Le programme communautaire de réadaptation physique pour les cardiaques a nécessité beaucoup d'efforts de la part des acteurs du Centre-B et de plusieurs leaders du territoire desservi par ce centre. Ce programme a eu des retombées positives sur les activités des acteurs du centre et celles des membres du comité de bénévoles qui l'a implanté.

Illustration empirique

"Avec le programme de réadaptation, toutes nos activités ont été mieux reconnues. Le comité, c'est de peine et de misère qu'ils ont obtenu leur charte (document formalisant le statut d'organisme communautaire) et je te dis qu'ils ne la laisseront pas tomber pour tout l'or du monde. Le comité s'est donné une structure, il a constitué un conseil d'administration et les gens se sont impliqués avec un représentant de chacun des volets au Conseil d'administration" (ce comité ayant défini ses activités selon quatre volets: prévention des maladies cardio-vasculaires, réadaptation des cardiaques, entraide des cardiaques et des proches, levées de fonds). Question du chercheur : Est-ce que la réadaptation maintient le comité ? "Absolument. Ça a l'air drôle mais les quatre volets se rejoignent. Les bénévoles du comité prévention sont souvent des conjointes de cardiaques. Il ne faut pas que le programme de réadaptation tombe parce que ça démotiverait les gens".

ANNEXE 7- HISTOIRE DE CAS: CENTRE - C

Introduction

Entre 1988 et 2000, huit acteurs se sont impliqués dans des activités liées au projet pilote en promotion de la santé du coeur dans le Centre-C: un médecin, quatre infirmiers et trois organisateurs communautaires. Ces acteurs sont les acteurs-clés du projet dans ce centre. Entre 1991 et 1997, le projet a bénéficié d'un financement par le gouvernement fédéral et par le gouvernement provincial. La stratégie d'intervention du projet consistait en une action communautaire à la fois de type développement local et de type planification sociale. L'essentiel du projet consistait à former et à soutenir un comité de bénévoles en santé du coeur dans une localité, ainsi qu'à accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur dans une autre localité.

Activités issues du projet en 2000

Les activités qui découlaient du projet en 2000 sont schématisées dans la figure 1. Trois ans après la fin du financement fédéral et provincial du projet, le Centre-C continuait à soutenir le comité et à accomplir directement, sans passer par un comité, des activités d'éducation pour la santé. En 2000, les activités issues du projet étaient accomplies par un acteur du centre.

Développement local: Cet acteur soutenait les bénévoles du comité pour planifier et accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur (conférences), et des cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle. De plus, cet acteur soutenait les bénévoles pour gérer le fonctionnement du comité (établir la programmation annuelle, superviser ces activités et en faire le bilan annuel).

Planification sociale: Cet acteur accomplissait directement les activités suivantes: cliniques pour mesurer la pression artérielle et pour diffuser des informations sur la santé du coeur (dans un établissement scolaire), promotion de l'alimentation saine pour le coeur (dans un établissement scolaire et dans le centre), autres activités éducatives comme des conférences (dans le centre), ateliers pour aider

FIGURE 1**CENTRE-C: ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET PILOTE EN 2000
(DÉVELOPPEMENT LOCAL ET PLANIFICATION SOCIALE)****Soutien des bénévoles d'un comité pour accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur dans une localité (développement local):**

- Conférence en éducation pour la santé du coeur,
- Cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle.

Soutien des bénévoles pour gérer le fonctionnement du comité (développement local):

- Préparation du matériel et formation des bénévoles en éducation pour la santé,
- Réunions annuelles pour faire le suivi (monitoring) et le bilan des activités et pour programmer les activités à venir,
- Relations avec l'Unité régionale de santé publique et les autres centres de la région.

Activités d'éducation pour la santé accomplies sans l'intermédiaire d'un comité (planification sociale):

- Conférences en éducation pour la santé du coeur (trois conférences tenues dans le centre),
- Une clinique offerte par le centre pour mesurer la pression artérielle des étudiants et des employés d'une école,
- Éducation pour une alimentation saine (un cours de cuisine offert à la demande par le centre),
- Un dîner-conférence en éducation pour la santé du coeur dans une école (conférence offerte par le centre),
- Ateliers pour aider les fumeurs à cesser de fumer (offerts par le centre).

les fumeurs à cesser de fumer (dans le centre). Par rapport aux caractéristiques des routines organisationnelles, ces activités sont décrites de la manière suivante. Cette description est illustrée par des extraits de verbatims d'entrevue avec les acteurs.

Mémoire procédurale: (1) Les ressources financières disponibles pour accomplir les activités issues du projet faisaient partie du budget de fonctionnement du centre et elles étaient perçues comme permanentes. Selon cet acteur, "c'est bien établi, ça va rester". (2) Cet acteur travaillait l'équivalent de sept heures par semaine pour ces activités. (3) Les ressources matérielles disponibles pour ces activités étaient estimées à une centaine de dollars par an. (4) Des ressources occasionnelles étaient disponibles au besoin pour ces activités: un médecin, un psychologue, un nutritionniste et un travailleur social.

Adaptation: (5) Les activités issues du projet étaient adaptées au contexte local. Les activités de type développement local étaient adaptées chaque année en fonction des demandes des bénévoles et en fonction d'un bilan des activités passées. Les activités de type planification sociale étaient adaptées au nombre de bénéficiaires. (6) Cet acteur établissait chaque année le bilan des activités et remettait ce bilan au coordinateur du centre. Ce bilan déterminait la programmation de l'année suivante. Les activités populaires l'année précédente étaient reconduites l'année suivante. Cette reconduction était ajustée en fonction des informations provenant de l'Unité régionale de santé publique et des autres centres de la région. (7) *Barrières à l'adaptation:* Une activité issue du projet, les cliniques pour mesurer la pression artérielle, était poursuivie parce qu'elle plaisait au comité et à l'établissement scolaire mais sa pertinence était mise en doute. Selon les acteurs, "nous avons l'impression que beaucoup de gens venaient pour vérifier leur tension [leur pression artérielle alors qu'ils la connaissaient]. "Les cliniques étaient remises en cause, du moins nous réfléchissions à leur pertinence car nous n'atteignons pas l'objectif [initial qui était de dépister les personnes hypertendues] mais c'était une activité qui plaisait

aux gens et pendant ce temps là nous parlions de la santé du coeur. "C'était une façon d'atteindre les gens".

Croyances et codes: (8) Les activités issue du projet correspondaient à des objectifs écrits dans le plan d'intervention en santé du coeur du centre. (9) Deux symboles se rattachaient à ces activités. Le nom du comité symbolisait la promotion de la santé du coeur et le nom des ateliers pour aider les fumeurs à cesser de fumer symbolisait l'intervention. (10) Un rituel était établi à propos de ces activités. Un "dîner santé" annuel de cinq services était offert aux étudiants au coût de cinq dollars dans une école professionnelle. Ce dîner était une opportunité pour diffuser des messages d'éducation pour la santé du coeur. (11) Un jargon était développé autour de ces activités. Les bénévoles et les acteurs utilisaient des expressions comme "clinique de tension" et "clinique de dépistage" pour parler respectivement des cliniques pour mesurer la pression artérielle et des cliniques pour dépister les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

Règles de décision et d'action: (12) La direction du centre avait formellement désigné un coordinateur pour superviser les activités issues du projet. (13) Ces activités étaient incluses dans la planification officielle du centre qui a été mise à jour en 1999. D'ailleurs, elles étaient décrites en détail dans un "programme d'orientation pour les infirmières en santé du coeur". (14) Ce programme ou plan d'intervention en santé du coeur du CLC comprenait une description des tâches. (15) Ces activités étaient l'objet de règles écrites dans un manuel de procédures concernant le soutien du comité, la promotion de l'alimentation et des habitudes de vie saines pour le coeur, ainsi que les ateliers pour cesser de fumer.

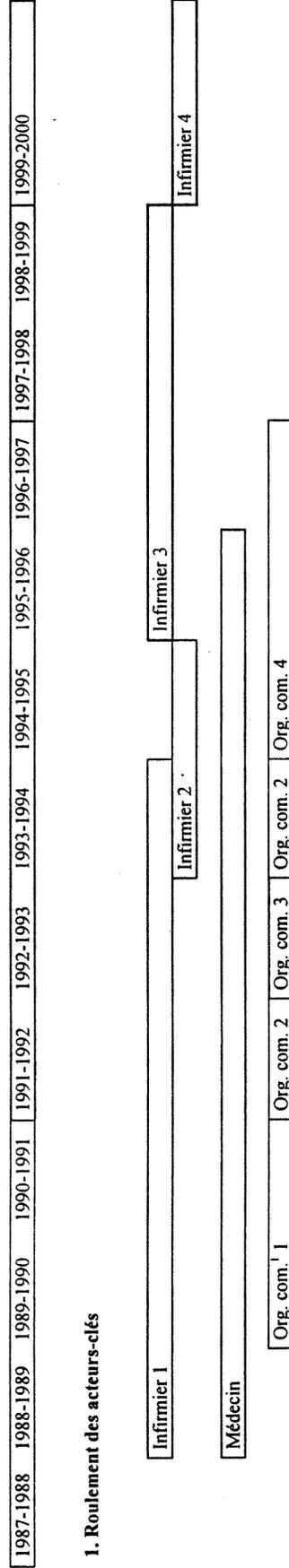
Événements survenus entre 1988 et 1997

Vue d'ensemble : Du point de vue des acteurs-clés, le Centre-C est intervenu en santé du coeur à partir de 1988 (figure 2). Un acteur participait aux réunions régionales de coordination en santé du coeur qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique pour planifier le projet pilote. Trois acteurs ont commencé à implanter des activités en 1988, quatre ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet. Entre 1988 et 1991, ils ont rencontré des groupes communautaires et formé des comités de bénévoles dans une localité, dans des établissements scolaires et dans une entreprise. Ils ont organisé des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire et publié des messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias locaux.

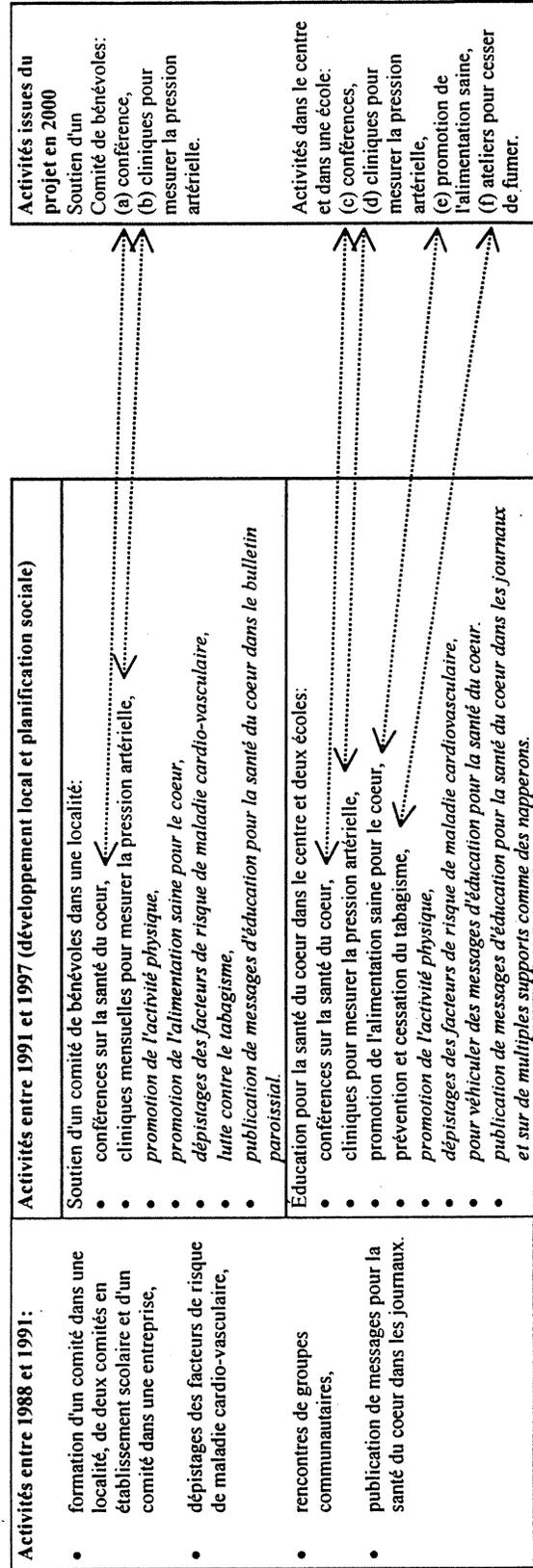
Les activités accomplies entre 1991 et 1997 sont présentées dans la figure 2. Ces activités étaient les suivantes. *Développement local*: Les acteurs ont soutenu un comité de bénévoles dans une localité dont les activités consistaient en promotion de l'activité physique, en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, en cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, en dépistages des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, en lutte contre le tabagisme, en conférences sur la santé du coeur, et en publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans le bulletin paroissial. Ils ont essayé sans succès de former un deuxième comité dans une autre localité. Avec les comités d'établissement de deux établissements scolaires, ils ont accompli des activités en promotion de l'activité physique, en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, en cliniques pour mesurer la pression artérielle, en dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, en lutte contre le tabagisme, en conférences sur la santé du coeur et en publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les journaux des établissements et sur des multiples supports comme des napperons. *Planification sociale*: Dans le centre, sans passer par aucun comité de bénévoles, les acteurs ont accompli des activités en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, en dépistage des facteurs de

FIGURE 2

CENTRE-C : LES ACTEURS-CLÉS, LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1988 ET 1997 ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000



2. Correspondance entre les activités relatives au projet entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000



¹ Organisateur communautaire

risque de maladie cardiovasculaire, en lutte contre le tabagisme, et en publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans le journal du centre.

La correspondance entre ces activités et les activités observées en 2000 est schématisée dans la figure 2. Plusieurs activités relatives au projet, accomplies entre 1988 et 1997, ne sont pas observées en 2000. Ces activités discontinuées avaient été accomplies par les bénévoles du comité (la promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine, le dépistage des facteurs de risque, la lutte contre le tabagisme et la publication de messages) ou par les acteurs du centre dans l'établissement scolaire et dans le centre (la promotion de l'activité physique, le dépistage des facteurs de risque et la publication de messages d'éducation pour la santé du coeur). Les activités observées en 2000 découlaient du projet, elles prolongeaient dans le temps les activités accomplies entre 1988 et 1997. Autrement dit, toutes ces activités étaient similaires (la prévention des maladies cardio-vasculaire dans la population générale) ou référaient à une stratégie d'intervention similaire (développement local ou planification sociale). Par exemple, nous avons exclu pour deux raisons les activités relatives au programme "À vous de jouer" de la Fondation des maladies du coeur que certains acteurs associaient aux activités issues du projet. Ce programme de réadaptation physique pour les cardiaques est délivré par les acteurs du centre directement à des patients, il ne vise pas la prévention des maladies cardio-vasculaire dans la population générale, et il ne repose sur aucune action communautaire.

De plus, il y a eu un roulement de huit acteurs différents pour accomplir les activités relatives au projet entre 1988 et 1997 (figure 2). Un médecin s'est impliqué pour ces activités entre 1988 et 1996 et il n'a pas été remplacé. Un infirmier s'est impliqué pour les activités dans un établissement scolaire entre 1988 et 1991, puis il s'est impliqué pour l'ensemble des activités entre 1991 et 1994, et à nouveau uniquement dans l'école entre 1994 et 1997. Un deuxième infirmier s'est impliqué pour l'ensemble des activités en 1994 et en

1995 avant d'être remplacé par un troisième entre 1995 et 1997. Un premier organisateur communautaire s'est impliqué pour former un comité de bénévoles entre 1989 et 1991, puis il a été remplacé par un deuxième qui a été remplacé à son tour par un troisième en 1992. Le deuxième organisateur communautaire a repris son poste en 1993 et en 1994 avant d'être remplacé par un quatrième organisateur communautaire entre 1995 et 1997. En 2000, un infirmier continuait à soutenir le comité et à organiser des activités d'éducation pour la santé dans le centre et dans un établissement scolaire. Les événements critiques qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet dans le Centre-C sont décrits de la manière suivante. Huit événements sont survenus entre 1987 et 1997. Ces événements sont schématisés dans la figure 3, ils sont résumés ci-dessous selon l'ordre adopté dans l'article 3, et ils sont illustrés avec des extraits de verbatims.

Événement C1 : Une opportunité pour former un comité

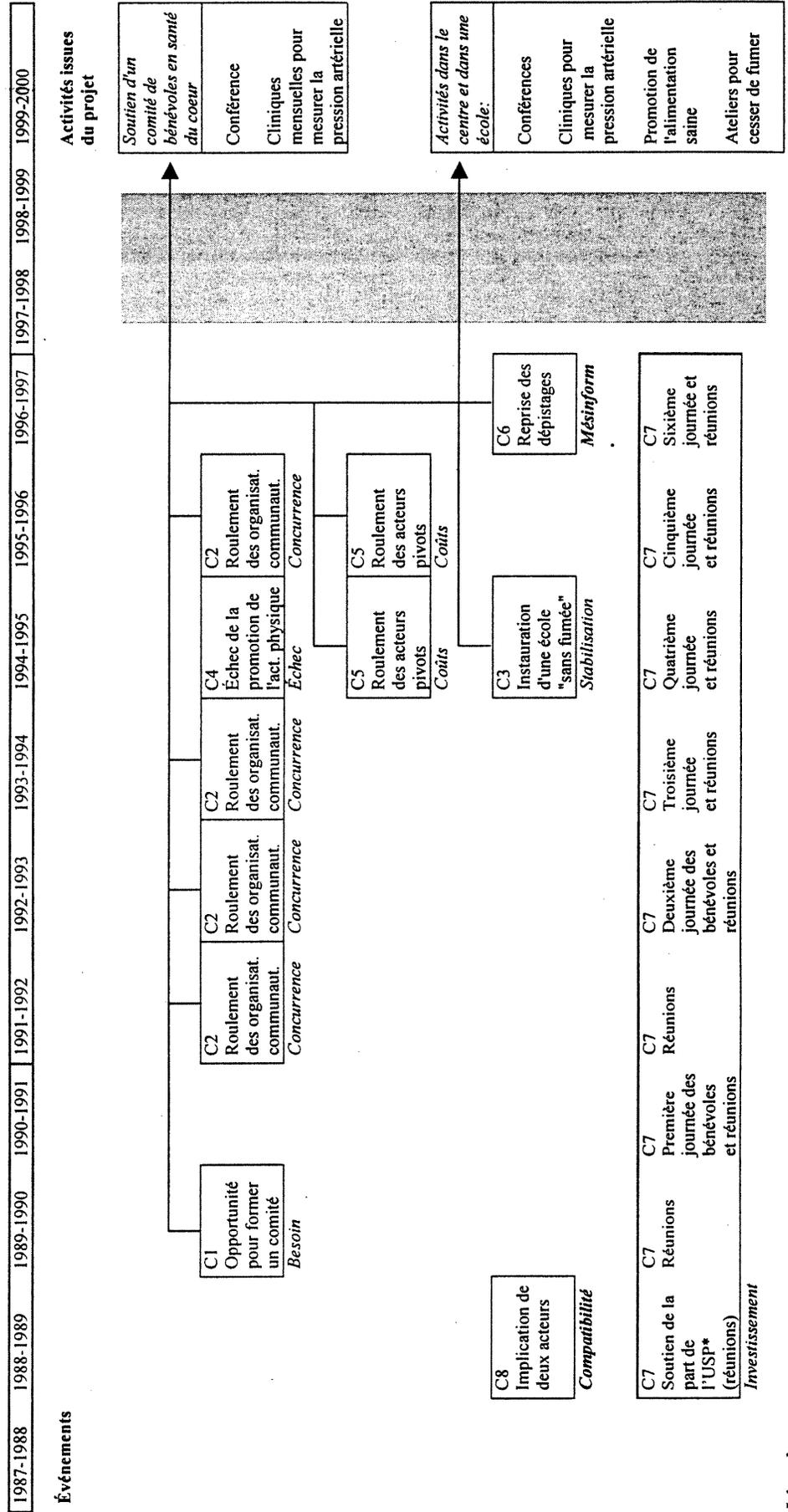
Narratif: En 1989, les membres d'un groupe communautaire dans une localité rurale ont demandé à un troisième acteur du centre d'organiser des activités relatives à la santé dans leur milieu. Les trois acteurs ont alors organisé une conférence sur la pression artérielle et un dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire pour le tout venant dans la localité. À la suite de ces activités, ils ont proposé de former un comité de bénévoles pour accomplir des activités en santé du coeur, notamment des cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle.

Retombées de l'événement: Les acteurs ont formé un comité de bénévoles en santé du coeur dans cette localité.

Interprétation: Cette opportunité pour former un comité s'est présentée deux ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui

FIGURE 3

CENTRE-C : LES ÉVÉNEMENTS QUI ONT JALONNÉ LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENTRE 1988 ET 1997 ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000



→ Lien entre les événements associés à la routinisation et les activités observées en 2000

*USP: Unité régionale de santé publique

Légende

influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation des activités à un besoin (figure 3). Les acteurs ont formé un comité de bénévoles en réponse au besoin exprimé par les membres d'un groupe communautaire.

Illustration empirique

"C'était en mars 1989; il n'y avait pas encore le projet pilote; comme intervenant communautaire, je faisais des rencontres d'information et je me faisais souvent inviter par les clubs de l'âge d'or; lors d'une réunion d'information dans un club de village, j'étais à l'écoute des besoins des gens; j'ai à établir une relation de confiance, à répondre aux besoins, aux inquiétudes; les gens étaient obnubilés par la tension artérielle; il y avait une personne qui se faisait déranger très souvent car elle avait un cours d'infirmière auxiliaire: «Ah! viens prendre ma pression, je ne me sens pas bien», etc. ; suite à ça, on a organisé une soirée d'information sur la tension; il y avait trente personnes présentes, c'est énorme pour un petit village de trois cent habitants, ça voulait dire qu'il y avait un besoin et une insécurité; on ne pouvait pas s'arrêter là; nous ne pouvions pas être présents mais pourquoi ne pas former un comité, former des gens à prendre la tension; on a travaillé le projet, trouvé de l'argent, acheté les appareils, trouvé des locaux, fait la publicité etc.; nos bénévoles c'était quatre personnes et douze ans après ce sont toujours les mêmes quatre personnes".

"Nous cherchions quelque chose et, comme par hasard, sans qu'on le cherche, c'est arrivé; nous avons sauté dessus; nous avons eu une opportunité: les gens du village X ont demandé que nous réalisions une activité; nous avons dit «d'accord, nous avons un programme à l'Unité de santé publique qui est la promotion de la santé du cœur, est-ce que ça vous tente d'embarquer là-dedans?»; cette année, nous pourrions vous aider à réaliser une activité de dépistage".

Événement C2: Roulement des organisateurs communautaires

Narratif: L'organisateur communautaire qui s'était impliqué en santé du coeur entre 1989 et 1991, n'a pas été retenu pour participer au projet après le début du financement fédéral et provincial. À partir de 1991, trois organisateurs communautaires se sont succédés en santé du coeur. L'absence de continuité de ces acteurs a défavorisé l'action communautaire en santé du coeur entre 1991 et 1994. D'ailleurs, le manque de disponibilité de l'un d'entre eux, qui a été impliqué à contre coeur dans le projet, a défavorisé le déroulement du projet entre 1995 et 1997 (voir l'événement C6). Les organisateurs communautaires

intervenaien en priorité pour améliorer l'environnement physique (lutte contre la tordeuse des bourgeons de l'épinette) ou social (lutte contre le chômage et la pauvreté). La formation de comités de bénévoles en santé du coeur était jugée moins prioritaire.

Retombées de l'événement: Les acteurs médecins ou infirmiers estimaient ne pas avoir les compétences suffisantes ou le temps disponible pour former des comités de bénévoles en santé du coeur. Par conséquent, ce roulement des organisateurs communautaires a fait en sorte que le développement local en santé du coeur a été moins développé que prévu.

Interprétation: Ce roulement a entraîné un manque en organisateur communautaire pendant quasiment toute la durée du financement fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: la concurrence des activités par d'autres (figure 3). Les activités du projet étaient concurrencées par d'autres activités d'organisation communautaire qui étaient plus valorisées dans le centre.

Illustration empirique

Question du chercheur: Êtes-vous resté impliqué quand le financement fédéral et provincial a démarré ? "Non, voilà le malheur; j'avais créé une belle connivence avec tout le monde mais au niveau de la programmation ce n'était plus moi; ils [la direction du centre] considéraient qu'il y avait du monde affecté au projet et que c'était devenu du travail plus clinique que communautaire; c'était spécial car tout d'un coup c'est devenu un projet pilote; ils [les acteurs du projet] ont décidé d'embarquer le comité du village et d'en ajouter d'autres mais le comité du village fonctionnait déjà, j'y travaillais déjà, nous les faisons déjà ces affaires là".

"Il y avait une difficulté quand nous avons commencé le projet de démonstration, ça a pris du temps avant d'avoir un organisateur communautaire; on nous tenait souvent le discours sur les autres priorités: les volets psychosociaux, l'environnement, la pauvreté, le chômage et le dépannage alimentaire".

"Nous voulions surtout un organisateur communautaire pour identifier les leaders dans les communautés et pour les mobiliser; les organisateurs communautaires nous disaient «formez vos comités et nous irons les animer»; nous répondions «je commence par quoi dans la municipalité? je n'ai pas la formation, je n'ai pas le temps et ce n'est pas mon rôle»".

Question du chercheur: Aucun organisateur communautaire ne s'est impliqué au début du financement fédéral et provincial du projet? "Au début, oui".

"Je n'ai jamais senti, même vers la fin du projet en 1995-1996, que les organisateurs communautaires avaient adhéré à l'idée de l'action communautaire en santé du coeur".

"En 1996-1997, l'équipe du projet c'était moi. L'organisateur communautaire était très pris par d'autres dossiers. C'est sûr que je l'accrochais si j'en avais vraiment besoin «je veux avoir ton avis, il faut prendre une demie heure»; il y a eu comme une entente tacite avec l'organisateur communautaire «tu as tellement de dossiers que tu vas donner plutôt du ponctuel que du permanent ou du récurrent»".

"C'était ça qui m'a fait lâcher avant la fin (1997); ça changeait tellement souvent la personne qui était au communautaire que c'était presque gênant d'arriver dans le comité du village ou un autre et de dire «voilà je vous présente une nouvelle personne qui va s'occuper de l'aspect communautaire du projet»; trois mois après c'était encore une autre; ce n'est pas négatif mais il reste qu'au niveau du lien et de la continuité... il fallait toujours recréer un lien".

Événement C3 : Instauration d'un établissement scolaire "sans fumée"

Narratif: En 1994, les acteurs ont participé à l'instauration d'un établissement scolaire "sans fumée". Ils ont facilité l'adoption d'un règlement interne pour interdire de fumer dans l'établissement avant qu'une loi provinciale ne l'interdise dans tous les établissements publics du Québec. Les efforts des acteurs pour faire adopter ce règlement ont commencé en 1988 et ils se sont prolongés avec la formation et le soutien d'un comité de bénévoles en santé du coeur dans l'école. La position de l'administration de l'établissement contre le tabagisme était un facteur prédisposant à l'adoption de ce règlement. Les efforts des acteurs et le projet de loi pour interdire de fumer dans les établissements publics furent un facteur facilitant.

Retombée de l'événement: Un règlement interne interdit de fumer dans une école.

Interprétation: L'instauration d'un établissement scolaire "sans fumée" est survenue quatre ans après le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. Une fois le règlement adopté, son application et son maintien nécessitent une quantité négligeable de ressources par rapport à celles qui ont été mobilisées pour le faire adopter. Réduire substantiellement les ressources nécessaires pour continuer les activités équivaut à stabiliser ces ressources. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui favorise spécifiquement la routinisation: la stabilisation des ressources (figure 3). L'instauration d'un établissement scolaire "sans fumée" constitue un événement qui stabilise les ressources en terme d'activités de prévention du tabagisme dans l'école.

Illustration empirique

"C'était long, très long, un travail de longue haleine ; il y avait beaucoup de résistance et nous avons vu passer plusieurs directeurs généraux; ça changeait selon les dires des directeurs ; un directeur était un très gros fumeur sauf qu'il défendait le libre arbitre ; nous avons fait valoir le fait que justement, le libre arbitre disparaît lorsque quelqu'un fume à côté alors il s'est rallié mais il continuait toujours à fumer dehors ; ce n'est pas uniquement le directeur qui prenait les décisions, il fallait aussi convaincre le conseil d'administration".

"Il y avait une volonté administrative de rendre l'établissement scolaire non-fumeur. Nous, on a sauté à deux pieds dedans et on a dit : Oui, on va vous aider à faire de la sensibilisation et à gérer ça. En conséquence, l'établissement est devenu non-fumeur avant que la Loi ne l'exige. On a travaillé fort pour avoir une politique d'établissement "sans fumée". La politique était un facilitant avec le projet de Loi concernant les établissements publics "sans fumée". Elle a donné un levier pour dire : un jour ou l'autre, on n'aura pas le choix, autant commencer maintenant. Le grand gain, c'est la politique dans l'établissement".

Le tabac, "ce n'est pas un facteur sur lequel on s'est attardé ailleurs que dans l'établissement scolaire car on trouvait qu'on n'avait pas beaucoup de moyens pour travailler. On ne savait pas quoi faire avec ça. Le tabac, de façon générale, c'est le facteur de risque le plus difficile à travailler. Les gens sont sensibles mais ça demande un investissement personnel".

"On a les ateliers "Oui, j'arrête !". Dans ces ateliers, malgré une certaine non-réussite, j'avais trouvé intéressant la détermination des gens à essayer d'arrêter de fumer : Je n'ai pas encore réussi mais si je continue peut-être que ça va marcher. Certains ont réussi. Il était parfois difficile de trouver les personnes pour donner les ateliers. C'était genre, telle personne venait de tel endroit, ça coûtait tant en frais de déplacement et je n'avais pas de marge de manœuvre".

Événement C4: Échec de la promotion de l'activité physique

Narratif: En 1994, deux obstacles ont mis un terme au développement de la promotion de l'activité physique dans le cadre du projet. D'une part, les activités du projet étaient en concurrence sur ce point avec celles d'autres programmes qui étaient soutenus par l'Unité régionale de santé publique et la direction du Centre-C, notamment "KINO-Québec" et "Vie active". D'autre part, les clubs de marche formés par les acteurs ne fonctionnaient pas. Les clubs organisaient des marches périodiques pour le tout-venant, selon des horaires fixés à l'avance. Les gens préféraient marcher seuls ou par petits groupes d'affinité et selon des horaires ad hoc. Malgré plusieurs tentatives de promotion de l'activité physique, les acteurs du centre ont décrit un seul succès ponctuel dans ce domaine (un rallye à pieds).

Retombées de l'événement: Suite à cet échec, ces acteurs ont développé les autres activités du projet.

Interprétation: Cet échec est survenu trois ans après le début du financement fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'échec (figure 3). Les acteurs ont perçu cet échec comme une indication pour arrêter la promotion de l'activité physique et pour développer d'autres aspects du projet.

Illustration empirique

"La boîte à idées pour les activités physiques n'était pas très élaborée; nous étions moins vendeur à cause du manque d'idées et nous étions moins acheteur car nous avons l'impression que cette facette était déjà exploitée; le projet pilote était complètement dissocié de Kino-Québec qui était très actif dans la région; c'était une erreur stratégique de ne pas avoir utilisé Kino-Québec dans la promotion de la santé du cœur ou de s'être associé avec Kino-Québec; nous tentions de dédoubler quelque chose qui était déjà là; nous avons l'impression d'être en compétition; de plus, les clubs de l'âge d'or faisaient la promotion de l'activité physique auprès des aînés avec le programme "Vie active"; ce dédoublement était un événement négatif, il a contribué à ce que la promotion des activités physiques ne fonctionne pas".

"Un autre obstacle quand nous voulions faire une activité physique ou un club de marche, c'était de regrouper les gens; par exemple, les bénévoles du comité disaient «les gens n'aiment pas marcher ensemble, ils vont marcher avec les gens avec qui ils s'entendent bien»; ça devient tellement compliqué au point de vue disponibilité des gens pour essayer de se rencontrer qu'à un moment donné, tu te dis «je vais investir mon énergie ailleurs», là où les gens sont vraiment intéressés pour faire quelque chose".

Un succès ponctuel, le rallye: "Nous avons fait une espèce de rallye une année; un rallye à pied avec un questionnaire sur la santé du cœur; les jeunes l'avaient fait à vélo et ils avaient trouvé ça très intéressant".

Événement C5 : Roulement des acteurs pivots

Narratif: Le poste d'infirmier avait une fonction "pivot du projet" car le médecin s'impliquait dans "les trous de son agenda" et il y avait un roulement des organisateurs communautaires (événement C4). Entre 1988 et 1994, le premier infirmier était titulaire d'un poste en milieu scolaire. Entre 1994 et 1997, le roulement des infirmiers a défavorisé les activités du projet. Ce roulement était associé à la précarité des postes. Les deuxième et troisième infirmiers n'étaient titulaires d'aucun poste, ils travaillaient à temps partiel pour le Centre-C, en fonction des contrats disponibles (le projet étant un contrat d'une journée de travail par semaine, entre le mois de septembre d'une année et le mois de juin de l'année suivante). Le troisième infirmier pouvait faire appel au médecin et à un organisateur communautaire mais il avait le sentiment de

travailler seul et d'avoir beaucoup plus de travail qu'un infirmier qui aurait été en charge de la santé du coeur depuis longtemps.

Retombées: Le roulement des acteurs pivots entraîne une surcharge de travail et un isolement.

Interprétation: Le roulement des infirmiers s'est produit pendant les trois dernières années du financement fédéral et provincial du projet pilote. Ce roulement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: les coûts décourageant les acteurs (figure 3). En entraînant une surcharge de travail et un isolement, ce roulement décourage les acteurs pivots du projet.

Illustration empirique

"Je n'avais pas de temps officiel pour la santé du coeur donc je m'en occupais souvent sur l'heure du midi mais je n'avais pas toujours la tête à ça. Ce qui me manquait, c'était d'avoir du temps prévu dans l'horaire pour rencontrer des personnes de milieux différents et pour développer des stratégies et faire des bilans".

"Nous avons essayé de bâtir quelque chose avec des miettes: un petit peu de docteur et un petit peu d'infirmier. C'était difficile. Il y avait une discordance entre les activités que nous réalisons dans notre quotidien versus le gros projet d'évaluation [la recherche évaluative provinciale]".

"Un élément qui n'est pas facilitant, c'est la précarité des intervenants; si je regarde le poste d'infirmier en santé du coeur, il est passé d'un infirmier à un autre, à un autre puis à un autre encore".

"Les trois premières années, il y avait une équipe en place. Je n'ai pas vécu ça, peut-être deux fois, puis, après, oups ! Tout le monde s'est dispersé et j'ai ramé tout seul dans les dossiers; un événement marquant, c'était de me retrouver pratiquement seul comme intervenant; c'est un petit peu négatif car il faut apprendre à connaître les activités et les gens qui sont impliqués dans ces activités; il y avait des choses différentes dans chaque milieu (comité, centre, établissement scolaire); il faut prendre des bouchées plus grandes et c'est difficile de rattraper toute l'information".

Événement C6 : Reprise des dépistages multifactoriels

Narratif: Les acteurs ont effectué des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire dans deux établissements scolaires, dans un centre commercial et dans deux localités entre 1988 et 1995. La participation publique aux dépistages était bonne et les acteurs utilisaient les dépistages pour faire de l'éducation pour la santé du coeur.

En 1995-1996, les acteurs ont suspendu les dépistages pour cinq raisons. (1) Ils étaient informés que les dépistages devaient cibler des populations à risque et en particulier que les dépistages n'étaient pas indiqués pour les jeunes (sauf en cas d'antécédents familiaux). (2) Ils se rendaient compte que les dépistages étaient plus souvent des suivis que des dépistages. Nombreux étaient les gens qui profitaient des dépistages pour contrôler la mesure de leur pression artérielle ou leur cholestérolémie, alors qu'ils les connaissaient déjà. (3) Ils doutaient des effets du dépistage sur les quelques personnes réellement dépistées car ils n'avaient aucun contrôle sur le suivi de ces "nouveaux patients" qui étaient automatiquement référés à un médecin traitant. (4) Ils doutaient de l'efficacité des dépistages. Ils doutaient de leurs effets et ils constataient que les dépistages consommaient beaucoup de temps et d'argent. (5) Ils doutaient de la fiabilité des mesures de pression artérielle dans certains lieux public bruyants où se déroulaient les dépistages.

En 1996-1997, la popularité des dépistages, le roulement des acteurs (les nouveaux acteurs n'étant pas forcément au courant de l'expérience acquise par les anciens) et le fait que les acteurs ne doutaient pas tous de la pertinence des dépistages (certains les jugeant utiles pour dépister ne serait-ce que quelques personnes par an et pour diffuser de l'information) ont fait en sorte que deux dépistages ont été organisés à la demande des milieux: un dans un établissement scolaire et un avec le comité de bénévoles de la localité rurale. Par conséquent, il y avait une reprise des dépistages en 1996-1997 après une

suspension en 1995-1996. Les dépistages ont finalement cessé en 1997 avec la fin du financement fédéral et provincial du projet. L'Unité régionale de santé publique a demandé de cesser les dépistages en raison des nouvelles normes canadiennes et de l'impossibilité d'entretenir l'instrument de mesure de la cholestérolémie.

Retombées de l'événement: Les dépistages ont repris en 1996-1997.

Interprétation: La reprise des dépistages s'est produite un an avant la fin du financement fédéral et provincial du projet. Les dépistages étaient populaires. La suspension des dépistages sapait un pilier des activités menées par les acteurs. Cette reprise correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: la mésinformation - retard ou distorsion dans la transmission d'informations - (figure 3). Il y a eu reprise en raison d'une mésinformation entre le médecin (décision de cessation) et les infirmiers (décision de reprise après l'arrêt de l'implication du médecin dans le projet).

Illustration empirique

Au début du financement fédéral et provincial du projet, "il n'y avait pas de consensus" à propos des dépistages. Les dépistages, «ça pognait», nous avions du monde; c'était notre activité dessert quand nous voulions que les gens viennent à une activité; nous pouvions remplir la moitié d'une cafétéria quand nous faisons ça dans les établissements scolaires; les dépistages intéressent la population".

"En cours de route, nous avons de plus en plus d'informations sur le cholestérol; faire un dépistage systématique aux gens de 20 ans, ce n'est pas indiqué, à moins qu'il y ait des facteurs de risque familiaux; donc nous avons abandonné les dépistages dans les établissements scolaires".

"Nous nous sommes souvent rendu compte que bon nombre de gens participaient aux dépistages mais ils connaissaient déjà leur cholestérolémie; ils savaient que cette dernière était élevée mais ils trouvaient ça le fun de venir la faire «checker»; donc nous ne rejoignons pas les bonnes personnes".

"Quand nous dépistions un facteur de risque, nous demandions qui était le médecin traitant et nous envoyions une lettre au médecin; mais, jusqu'où les gens partaient de chez nous et allaient voir leur médecin avec les feuilles qu'on complétait ? Je ne sais pas et en bout de ligne qu'est-ce que nous récoltions ? Nous étions plus ou moins en mesure de l'évaluer; nous nous sommes questionnés: ça ne donne pas grand chose de dépister les gens si nous ne faisons rien avec ça; c'est un des facteurs qui nous a convaincu d'abandonner [les dépistages]".

Question du chercheur: Est-ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire que vous avez reconnu que les dépistages étaient un échec ? "Oui, effectivement; ce qui est négatif à propos des dépistages: ça consommait beaucoup de temps et d'énergie pour ne pas rejoindre les bonnes clientèles, et il y avait des coûts reliés à l'utilisation de l'appareil: le coût du test pour mesurer la cholestérolémie était 2,50 \$, alors c'était tout de suite plus de 300 \$ pour 150 personnes".

"Quand nous faisons des dépistages multifactoriels, quand nous parlions de tension artérielle, j'avais un souci concernant la fiabilité des données mais nous ne pouvions pas reconstruire tout le monde donc nous avons des mesures qui nous semblaient plus ou moins réelles; par exemple, quand nous étions dans un centre commercial, nous nous disions: «Mon Dieu, que c'est bruyant»; parfois nous nous disions «Ouf ! Qu'est-ce que j'ai entendu ?» je ne le sais pas".

Explication de la suspension des dépistages: "Chaque année nous nous réunissions et le médecin est arrivé avec cette idée que le dépistage c'était plus ou moins rentable et comme nous étions dans le tabagisme, nous nous sommes dit que nous allions faire plus de choses sur le tabagisme; il fallait laisser passer un an, comme dans les écoles, parce que sinon c'est la même clientèle d'une année sur l'autre; donc nous y allons aux deux ans, c'est ce qui avait été décidé".

"Les gens du comité ont dû dire que nous devrions alterner et en faire une année sur deux parce que ce sont souvent les mêmes personnes [qui viennent aux dépistages]; dans l'établissement scolaire, c'est Untel qui s'impliquait beaucoup et à un moment donné, nous nous disions que nous étions un petit peu essouffés et que nous préférierions sauter une année".

"Je prend les dépistages dans les établissements scolaires, nous avons les résultats en main (les infirmiers scolaires) et nous pouvions donner un suivi; j'ai vu des gens avec des facteurs de risque importants et s'il n'y avait pas eu le dépistage... parce que l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle, c'est tellement insidieux; je pense que c'était rentable même si nous avons juste dépisté trois [personnes] sur cent; je connais des gens qui sont actuellement suivis, qui sont contents d'avoir été dépistés et qui m'en parlent encore; dans les centres d'achat je ne suis pas sûr que ce soit rentable mais dans les milieux où quelqu'un peut faire le suivi, là c'est rentable, c'est certain".

"Les gens nous disaient «comment se fait-il que nous n'avons pas eu de dépistage cette année ?»; les gens le demandaient; nous leur avons dit «allez voir votre médecin» mais souvent les gens n'y vont pas chez leur médecin".

Événement C7: Soutien récurrent par l'Unité régionale de santé publique

Narratif: Le soutien récurrent procuré par l'Unité de santé publique était important. À partir de 1988, cette direction organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs en santé du coeur des cinq centres de la région pour planifier le projet pilote. Ces réunions ont influencé les acteurs pour accomplir des activités (voir notamment les événements C2 et C3). À partir de 1991, grâce au financement fédéral et provincial du projet, cette direction fournissait du matériel, des informations et elle organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs ainsi que des journées annuelles avec les acteurs et les bénévoles. (1) Entre 1988 et 1997, cette direction a organisé des réunions trimestrielles avec tous les acteurs impliqués dans le projet dans les cinq centres de la région. Ces réunions étaient enrichissantes pour les acteurs, elles les encourageaient tout en les laissant libres de leurs actions et elles valorisaient leur travail. (2) Entre 1991 et 1997, cette direction a organisé chaque année une journée de formation et d'animation pour les bénévoles en santé du coeur de toute la région. Les acteurs du Centre-C y participaient. Ces journées permettaient aux bénévoles et aux acteurs de se ressourcer et elles encourageaient leur travail.

Retombées des réunions et des journées: De manière récurrente, les acteurs recevaient de l'information, du nouveau matériel et la reconnaissance des représentants de l'Unité régionale de santé publique.

Interprétation: Entre 1988 et 1997, cette direction a régulièrement organisé des réunions avec les acteurs et les bénévoles. Le soutien de la part de cette direction a favorisé les activités relatives au projet en informant et en encourageant les acteurs et les bénévoles. L'importance de ce soutien correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement des ressources adéquates (soutien par des personnes modèles, ressources matérielles accessibles, soutien technique adéquat, lien direct avec les techniciens, formation adéquate et utilisée, informations accessibles) (figure 3).

Illustration empirique

"Il y avait des rencontres avec les intervenants et les bénévoles. C'était récurrent".

"J'ai des très bons souvenirs des réunions trimestrielles que nous avons avec tous les intervenants de la région en santé du coeur. C'était vraiment enrichissant".

"Les journées annuelles avec les bénévoles étaient des journées très ressourçantes et aidantes. Les commentaires étaient positifs".

"L'événement très positif était que nous avons beaucoup de support de la part de l'Unité de santé publique; car parfois nous nous décourageons. Ils [les responsables du projet à l'Unité de la santé publique] étaient compétents, ils nous alimentaient beaucoup et ils y croyaient beaucoup [au projet]. Nous avons l'impression de faire des petites miettes et dans les réunions, ils nous disaient: «tout ce que vous faites, c'est important»".

"Le support de l'Unité de santé publique était très, très important. Un autre événement positif, c'était qu'ils nous laissaient libres de choisir nos moyens d'agir. Nous avons les grandes lignes et ils nous laissaient exploiter nos moyens, nos compétences et ce que nous aimions faire. Je trouvais ça très valorisant".

"L'événement selon moi, c'était le support que j'ai eu de la part des gens de l'Unité de santé publique et la disponibilité de ces gens là. Par rapport au poste que j'occupais, ces gens sont passés d'un infirmier à un autre, à un autre, à un autre encore et ça a été toujours un bel accueil".

Événement C8 : Implication de deux acteurs en santé du coeur

Narratif: En 1988, un acteur du projet a commencé à organiser des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire. Il participait aux réunions trimestrielles de coordination qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique et il était soutenu par cette direction. Pour accomplir ces activités, il s'est associé avec un autre acteur du centre qui travaillait en milieu scolaire. Le centre n'a pas ouvert de poste pour la santé du coeur. La direction du centre laissait travailler ces deux acteurs en santé du coeur à condition que cela n'engage aucune ressource supplémentaire de la part du centre.

Retombées de l'événement: Suite à l'implication de ces acteurs, deux comités ont été formés en 1989 dans autant d'écoles pour intervenir en santé du coeur auprès des employés et des élèves.

Interprétation: Cette implication de deux acteurs en santé du coeur a commencé trois ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. Le Centre-C n'a pas ouvert de poste ou créé de budget spécifique pour la santé du coeur. Cette implication correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: la compatibilité des activités introduites avec celles de l'organisation hôte (figure 3). Les activités en santé du coeur introduites par les acteurs étaient d'emblée intégrées, sur le plan technique et pratique, dans les activités existantes du centre, notamment dans les activités accomplies en milieu scolaire.

Illustration empirique

"Je répondais souvent à des demandes pour animer et donner des soirées d'information dans les différentes associations du coin; c'est comme ça que ça a commencé; a santé du coeur était un thème souvent demandé; nous essayions toujours de ne pas traiter uniquement les maladies mais d'aborder aussi les dimensions plus préventives".

"Je travaillais également pour le service de santé d'un établissement scolaire et nous avons l'opportunité de nous introduire à l'intérieur des classes, avec des volets santé".

"J'ai fait de la santé du travail à cette époque et nous avons une approche très préventive en milieu de travail, en terme de promotion des activités physiques".

Question du chercheur: Participiez-vous aux réunions régionales en santé du coeur ? "Oui, depuis le début".

Pour la direction du centre, concernant les activités avant 1991, "il ne fallait pas que la santé du coeur engage des ressources ou des frais supplémentaires".

En 1991, la santé du coeur "était en place, nous avons déjà quelques personnes dans des milieux-clés donc c'était plus facile" pour implanter le projet pilote.

ANNEXE 8 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - D

Introduction

Entre 1988 et 2000, six acteurs du Centre-D, trois infirmiers, deux organisateurs communautaires et un médecin, se sont impliqués dans des activités relatives au projet pilote en promotion de la santé du coeur. Ils sont les acteurs clés du projet dans ce centre. Entre 1991 et 1997, le projet a bénéficié d'un financement fédéral et provincial. La stratégie d'intervention du projet consistait en une action communautaire à la fois de type développement local et de type planification sociale. L'essentiel du projet consistait à former et à soutenir cinq comités de bénévoles en santé du coeur dans autant de localités, ainsi qu'à accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur.

Activités issues du projet en 2000

Les activités qui découlaient du projet en 2000 sont schématisées dans la figure 1. Trois ans après la fin du financement fédéral et provincial du projet, le Centre-D continuait à soutenir les cinq comités et à accomplir directement, sans passer par un comité, des activités d'éducation pour la santé. En 2000, les activités issues du projet étaient menées par trois acteurs du centre.

Développement local: Ces acteurs soutenaient les bénévoles des comités pour planifier et accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur (activités éducatives sur le stress, les facteurs de risque, etc. - dans trois comités -, et la sensibilisation contre le tabagisme - dans un comité -), des cliniques pour mesurer la pression artérielle (dans tous les comités), la promotion de l'alimentation saine (dans deux comités). De plus, ces acteurs soutenaient les bénévoles pour gérer le fonctionnement des comités (établir la programmation annuelle, superviser ces activités et en faire le bilan annuel).

Planification sociale: Deux acteurs accomplissaient directement des activités en éducation pour la santé auprès de trois groupes communautaires et des ateliers pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Par rapport aux caractéristiques des routines organisationnelles, ces

FIGURE 1

**CENTRE-D: ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET PILOTE EN 2000
(DÉVELOPPEMENT LOCAL ET PLANIFICATION SOCIALE)**

Soutien des bénévoles de quatre comités pour accomplir des activités d'éducation pour la santé du coeur dans autant de localités:	Comité 1	Comité 2	Comité 3	Comité 4	Comité 5
<ul style="list-style-type: none"> • Activités éducatives, 	A	Sensibilisation des étudiants d'une école contre le tabagisme	Mensuelles	Mensuelles	Mensuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques pour mesurer la pression artérielle, 	Mensuelles	Mensuelles	Mensuelles	Mensuelles	Mensuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'alimentation saine, 	pendant la semaine dédiée à la santé du coeur au Canada	Diffusion de recettes culinaires	NA	NA	NA

Pour chaque comité, soutien des bénévoles pour gérer le fonctionnement du comité:

- Préparation du matériel et formation des bénévoles en éducation pour la santé,
- Réunions annuelles pour faire le suivi (monitoring) et le bilan des activités et pour programmer les activités à venir,
- Relations avec l'Unité régionale de santé publique et les autres centres de la région.

Activités d'éducation pour la santé accomplies sans l'intermédiaire d'un comité (planification sociale):

- Éducation pour la santé centrée sur l'activité physique dans trois groupes communautaires,
- Ateliers pour aider les fumeurs à cesser de fumer (offerts par le centre).

activités sont décrites de la manière suivante. Cette description est illustrée par des extraits de verbatims d'entrevue avec les acteurs.

Mémoire procédurale: (1) Les ressources financières disponibles pour mener les activités issues du projet faisaient partie du budget de fonctionnement du centre. Ces ressources faisaient partie d'un budget "santé publique" qui englobait la santé du coeur. Les acteurs estimaient que ces ressources étaient concurrencées par tous les autres programmes de santé publique. "Avec la réorganisation, on ne parle plus de santé du coeur mais de santé publique; il y avait du temps octroyé en santé du coeur mais cela n'apparaît plus dans les états financiers; chacun d'entre nous a peu de temps disponible pour la santé du coeur et maintenant ce temps est consacré à tout ce qui relève de la santé publique: le dépistage de la tuberculose, les vaccinations, etc., donc la santé du coeur est fragile". (2) Les acteurs étaient contractuels et travaillaient à temps partiel pour le centre. Chaque acteur travaillait l'équivalent de deux ou trois heures par semaine pour les activités issues du projet. Par exemple, un organisateur communautaire travaillait trois jours par semaine pour le centre et la santé du coeur constituait un de ses quinze dossiers. (3) Les ressources matérielles disponibles pour ces activités étaient estimées à une centaine de dollars par an. (4) Des ressources occasionnelles étaient disponibles au besoin pour ces activités, notamment pour des conférences: un nutritionniste, un psychologue, un éducateur physique ou un médecin.

Adaptation: (5) Les activités issues du projet étaient adaptées au contexte local. Les activités de type développement local étaient adaptées chaque année en fonction des demandes des bénévoles et en fonction d'un bilan des activités passées. Par exemple, "la plupart des activités sont menées à la demande des bénévoles donc à la demande du milieu; les conférences sont organisées à la demande donc selon l'intérêt des gens; nous rencontrons les bénévoles avant leur première activité de l'année et nous vérifions avec eux leurs attentes, leurs besoins et l'investissement en temps qu'ils ont le goût de donner pendant l'année".

Les activités de type planification sociale étaient adaptées en fonction du nombre de bénéficiaires. (6) Le bilan annuel des activités déterminait la programmation des activités de l'année suivante. "Nous ne faisons pas vraiment d'évaluation, nous prenons ce qui est fait pour acquis et chaque année nous refaisons un peu la même chose selon la motivation et l'implication des bénévoles, également selon le temps dont nous disposons; nous ne nous basons pas sur les résultats de nos actions et c'est dommage; à la fin de l'année, nous demandons aux bénévoles combien de gens ils ont vu, car ils prennent ça en note au fur et à mesure, et nous faisons un petit bilan: nous déterminons la satisfaction des gens selon la participation aux activités et selon notre feeling quand les gens disent qu'ils apprécient". (7) *Barrières à l'adaptation*: Une activité issue du projet, les cliniques pour mesurer la pression artérielle, était poursuivie parce qu'elle plaisait aux bénévoles mais les acteurs doutaient de la pertinence de cette activité. "Je mets en doute la pertinence des cliniques de prise de tension et moins les autres actions; les cliniques sont gratifiantes pour les bénévoles et je n'avais pas à dire «Tassez-vous, vous avez tort et on recommence»; les cliniques sont un automatisme, elles ne sont pas évaluées; nous ne les faisons pas en fonction des besoins mais en fonction des disponibilités des bénévoles; le public cible n'est pas celui qu'il devrait être: c'est surtout une clientèle âgée et il manque des gens plus jeunes; il y a peu de dépistage, c'est surtout du suivi des mêmes personnes; en général dans les councellings, c'était très bien ce que les bénévoles disaient mais parfois j'entendais des affaires que je ne peux pas cautionner comme professionnel".

Croyances et codes: (8) Les activités issues du projet ne correspondaient pas à des objectifs écrits dans la programmation des activités du centre. "Il n'y a pas de planification depuis quelques années; nous sommes laissés à nous-mêmes; nos objectifs se répètent d'année en année; je ne sais pas si quelque part dans les papiers du centre, la santé du coeur serait mentionnée comme intervention mais je pense que non; nous faisons un plan de travail annuel entre nous". (9) Un symbole se rattachait à ces activités. Le nom des ateliers

pour aider les fumeurs à cesser de fumer symbolisait l'intervention. (10) Aucun rituel n'était établi à propos de ces activités. (11) Un jargon s'est développé autour de ces activités. Les bénévoles et les acteurs utilisaient l'expression "clinique de tension" pour parler des cliniques pour mesurer la pression artérielle.

Règles de décision et d'action: (12) La direction du centre n'avait désigné aucun coordinateur pour superviser les activités issues du projet. "Théoriquement notre chef de secteur est notre superviseur mais il n'existe pas de supervision formelle: il y avait une personne pivot mais cela n'a jamais été officialisé; la santé du coeur n'est pas vraiment solide car nous n'avons pas de commande; la direction du centre nous laisse faire; il n'y a pas d'encadrement; nous faisons un plan de travail annuel entre nous mais nous n'avons pas à fournir ces documents à quelqu'un". (13) Ces activités n'étaient pas incluses dans la programmation annuelle des activités du centre. (14) Il n'existait pas de description de tâches à propos de ces activités. (15) Il n'existait pas de règles écrites dans un manuel de procédures concernant ces activités.

Événements survenus entre 1988 et 1997

Vue d'ensemble: Du point de vue des acteurs-clés, le Centre-D est intervenu en santé du coeur à partir de 1988 (figure 2). Un acteur participait aux réunions régionales de coordination en santé du coeur qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique pour planifier le projet pilote. Il a commencé à implanter des activités en 1988, quatre ans quatre ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet. Ces activités consistaient en dépistages de facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, notamment dans des entreprises et dans un centre d'achat.

Les activités accomplies entre 1991 et 1997 sont présentées dans la figure 2. Ces activités étaient les suivantes. *Développement local:* Les acteurs ont soutenu deux comités de bénévoles dans autant de localités, dont les activités

FIGURE 2

CENTRE-D : LES ACTEURS-CLÉS, LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1988 ET 1997 ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000

1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1. Roulement des acteurs-clés

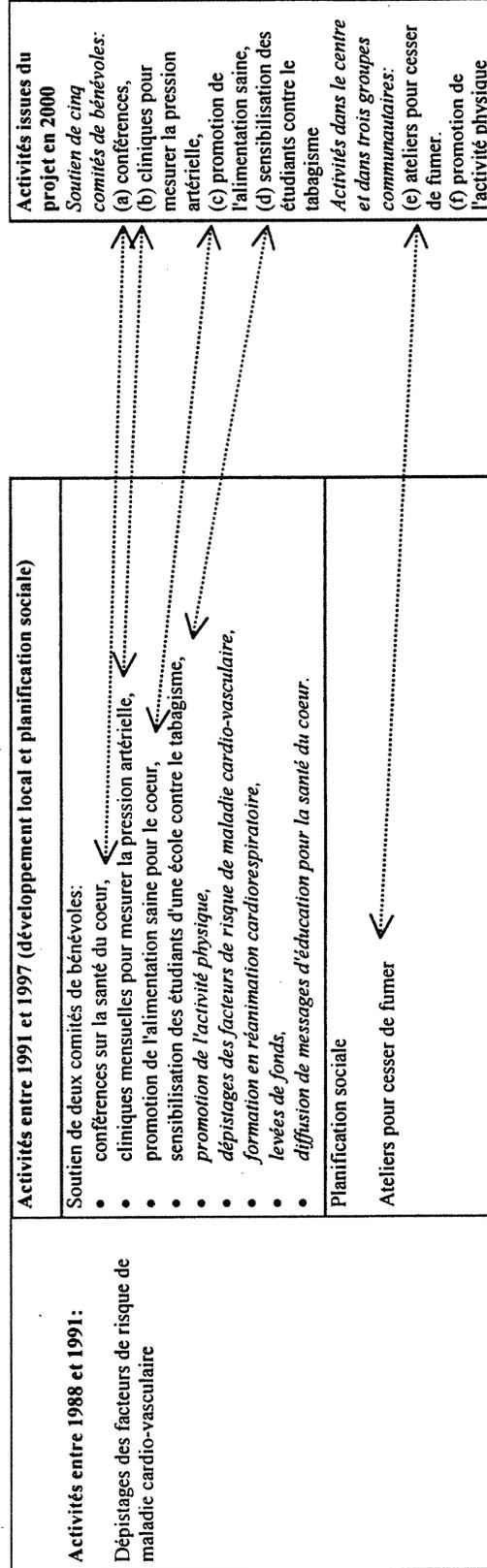
Médecin

Infirmier 1 | Infirmiers 2

Infirmier 3

Org. com.¹ 1 | Org. com. 2

2. Correspondance entre les activités relatives au projet entre 1988 et 1997 et les activités issues du projet en 2000



¹ Organisateur communautaire

consistaient en conférences sur la santé du coeur, en cliniques pour mesurer la pression artérielle, en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, en sensibilisation des étudiants d'une école contre le tabagisme, en promotion de l'activité physique, en dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, en formation en réanimation cardiorespiratoire, en levées de fonds, et en diffusion de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les organismes communautaires et les médias locaux. *Planification sociale*: Sans passer par les comités, ces acteurs ont organisé dans le centre un atelier pour aider les fumeurs à cesser de fumer.

La correspondance entre ces activités et les activités observées en 2000 est schématisée dans la figure 2. Plusieurs activités relatives au projet, accomplies entre 1988 et 1997, ne sont pas observées en 2000. Ces activités discontinuées avaient été accomplies par les bénévoles du comité (la promotion de l'activité physique, le dépistage des facteurs de risque, la formation en réanimation cardiorespiratoire, les levées de fonds et la diffusion de messages). Les activités observées en 2000 découlaient du projet, elles prolongeaient dans le temps les activités accomplies entre 1988 et 1997. Toutes ces activités étaient similaires (la prévention des maladies cardio-vasculaire dans la population générale) ou référaient à une stratégie d'intervention similaire (développement local ou planification sociale).

De plus, cinq acteurs ont accomplies les activités relatives au projet entre 1988 et 1997 (figure 2). Le médecin s'est impliqué entre 1988 et 1991. Un organisateur communautaire et un infirmier se sont impliqués respectivement de 1991 à 1995 et de 1991 à 1997, ils ont été respectivement remplacés par un deuxième organisateur communautaire et par un deuxième infirmier. En 1998, un an après la fin du financement fédéral et provincial, un troisième infirmier s'est joint à ces derniers pour former et soutenir trois comités supplémentaires dans autant de localités. En 2000, deux infirmiers et un organisateur communautaire continuaient à soutenir les cinq comités formés et à

organiser des ateliers pour cesser de fumer ainsi que la promotion de l'activité physique dans trois groupes communautaires. Les événements critiques qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet dans le Centre-D sont décrits de la manière suivante. Quatre événements sont survenus entre 1988 et 1997. Ces événements sont schématisés dans la figure 3, ils sont résumés ci-dessous selon l'ordre adopté dans l'article 3, et ils sont illustrés avec des extraits de verbatims.

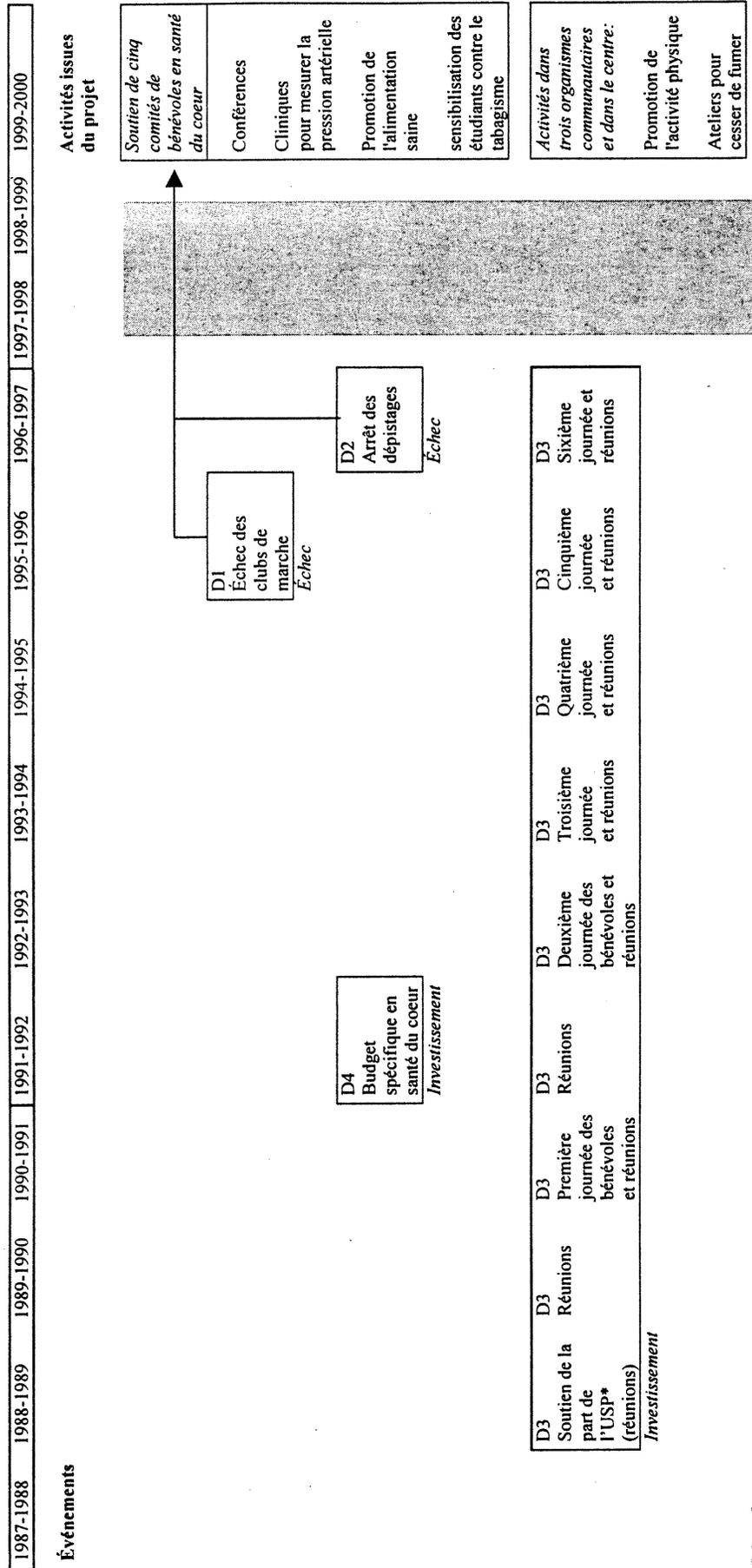
Événement D1: Échec des clubs de marche

Narratif: Les acteurs ont formé et soutenu des clubs de marche avec l'aide des bénévoles des comités en santé du coeur. Ces clubs ont cessé de fonctionner en 1996. Les acteurs ont soutenu les marches organisées par les clubs entre 1993 et 1995. Par exemple, les acteurs fournissaient du matériel aux membres des clubs. Cependant, les marches organisées par les clubs étaient des échecs, notamment parce que ces marches étaient organisées selon des horaires fixes alors que les membres des clubs préféraient des horaires flexibles. Le soutien de la promotion de l'activité physique par les acteurs, via les comités de bénévoles, a cessé en 1996 avec la fin des marches organisées par les clubs.

Retombées de l'événement: les acteurs ne soutenaient plus la promotion de l'activité physique en 1996-1997.

Interprétation: L'échec des clubs de marche a mis un terme au soutien de la promotion de l'activité physique par les acteurs, via les comités de bénévoles. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un échec (figure 3). Les acteurs ont perçu cet échec comme une indication pour arrêter la promotion de l'activité physique.

FIGURE 3
CENTRE-D : LES ÉVÉNEMENTS QUI ONT JALONNÉ LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENTRE 1988 ET 1997
ET LES ACTIVITÉS ISSUES DU PROJET EN 2000



Légende

→ Lien entre les événements associés à la routinisation et les activités observées en 2000

*USP: Unité régionale de santé publique

Illustration empirique

- Question du chercheur: Les clubs de marche fonctionnaient-ils ? "Oui; le centre a fourni énormément d'éducation pour la marche avec des éducateurs physiques et de l'habillement; nous avons fait en sorte que les gens puissent avoir des vêtements fluorescents car nous connaissons des fournisseurs et c'est moins cher quand tu achètes en grosse quantité". Au centre, étiez-vous impliqués dans le support aux clubs ? "C'est ça; c'était plus le support et des outils; le reste était réellement pris en charge par les bénévoles".
- Les clubs de marche "ont été dirigés par des éducateurs physiques locaux [bénévoles]; ce sont des choses qui ont été pris en main par des bénévoles; je sais qu'il y avait beaucoup de gens intéressés mais c'est tombé; les gens étaient motivés pour venir marcher; ils se disaient «en groupe, nous allons probablement trouver la motivation»; mais les contraintes étaient trop forte comme marcher à telle heure, tous ensemble, selon un rythme différent des marcheurs; tout cela a fait en sorte que les groupes se sont effrités".
- "Nous avons reconnu les raisons pour lesquelles les clubs de marche ne marchaient pas mais nous n'avons rien élaboré d'autre parce que nous ne sommes pas là à temps plein, c'est la difficulté".

Événement D2: Arrêt des dépistages multifactoriels

Narratif: En 1997, les acteurs ont cessé les dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire à la demande de l'Unité régionale de santé publique. Les acteurs considéraient ces dépistages comme des activités populaires et comme des activités gratifiantes pour les bénévoles. Cependant, les acteurs doutaient de la pertinence des dépistages car les activités de dépistages consistaient plus souvent à vérifier qu'à dépister les facteurs de risque. Par exemple, des personnes hypertendues et hypercholestérolémiques venaient aux dépistages pour vérifier leur pression artérielle et leur cholestérolémie. En 1997, lors d'une réunion avec les acteurs des cinq centres, l'Unité régionale de santé publique a demandé aux acteurs de cesser les dépistages pour deux raisons. (1) Les dépistages pour le tout-venant n'étaient plus recommandés selon les nouvelles normes canadiennes en terme de pratiques préventives. (2) L'instrument de mesure de la cholestérolémie n'était plus disponible car l'Unité régionale de santé publique n'avait plus les moyens d'entretenir cet instrument après la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote.

Retombées de l'événement: Les acteurs font état de la déception des bénévoles.

Interprétation: L'arrêt des dépistages coïncide avec la fin du financement fédéral et provincial du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un échec (figure 3). Les doutes des acteurs sur les dépistages suggèrent que les acteurs reconnaissaient l'échec des dépistages par rapport à l'objectif de dépister les facteurs de risque. Les activités relatives au projet sont modifiées en raison de la perception d'une mauvaise efficacité des dépistages par rapport aux objectifs fixés et par rapport aux nouvelles normes.

Illustration empirique

- Les dépistages "sont des activités très appréciées par les gens; ils sont très gratifiants pour les bénévoles et ils faisaient circuler beaucoup d'information, c'était très plaisant".
- "L'objectif des dépistages pour le tout-venant, c'était la sensibilisation à la santé cardiaque et le recrutement de bénévoles; nous nous sommes limités à faire deux dépistages annuels parce que ça devenait des suivis; les gens disaient «je suis venu l'année passée et je reviens vérifier»; des gens hypercholestérolémiques venaient la veille d'aller chez le médecin pour vérifier leur taux de cholestérol; des gens hypercholestérolémiques traités venaient valider l'efficacité de leur traitement, mais ce n'était pas tout le monde; à travers tout ça, il y avait du dépistage; les premières années, c'est nouveau et tu ramasses tous les gens qui passent; mais plus ça allait et plus nous tombions dans le suivi; par exemple, quand les dépistages ont lieu à la salle de l'âge d'or, tu te retrouves avec des gens âgés dont la plupart sont suivis par un médecin et pour qui nous avons déjà dosé le taux de cholestérol; c'est dans ce sens là, que je dis que ce n'est pas pertinent mais si nous avons éliminé les gens qui sont suivis médicalement, nous n'aurions pas eu grand monde aux dépistages".
- "La raison de l'arrêt est venue de l'Unité régionale de santé publique; ils ne nous ont pas fait la demande d'arrêter comme telle mais ils ont organisé un débat autour de la machine qui mesure la cholestérolémie et des nouvelles façons de calculer le bon et le mauvais cholestérol; les normes avaient changé et la machine ne répondait plus aux normes; ensuite nous avons transmis l'information aux comités de bénévoles et tout le monde était d'avis que ça ne donnait plus grand-chose si nous ne mesurons pas comme il faut; de plus, nous avons eu l'information concernant la population à cibler, les hommes de tel âge à tel âge, et ça remettait aussi en question le dépistage at large dans le public; les dépistages ont cessé parce qu'ils étaient très centrés autour de la machine; c'était ça l'attraction publique; les gens n'étaient pas intéressés à uniquement prendre la tension et donner de l'information; en conséquence, quand nous avons arrêté d'utiliser la machine, les bénévoles ont décidé de ne pas continuer les dépistages; c'était une déception pour les comités".

Événement D3 : Soutien récurrent par l'Unité régionale de santé publique

Narratif: Le soutien récurrent procuré par l'Unité régionale de santé publique était important. À partir de 1988, cette direction organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs en santé du coeur des cinq centres de la région pour planifier le projet pilote. À partir de 1991, grâce au financement fédéral et provincial du projet, cette direction fournissait du matériel, des informations et organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs ainsi que des journées annuelles avec les acteurs et les bénévoles. (1) Entre 1991 et 1997, cette direction a organisé des réunions de coordination trimestrielles avec tous les acteurs clés impliqués dans le projet dans les cinq centres de la région. Ces réunions étaient pertinentes pour les acteurs. Elles permettaient aux acteurs d'agir de manière coordonnée avec les acteurs des autres centres. (2) Entre 1992 et 1997, cette direction a organisé chaque année une journée de formation et d'animation pour les bénévoles en santé du coeur de toute la région. Les acteurs du Centre-D y participaient. Ces réunions permettaient aux bénévoles et aux acteurs d'échanger et d'apprendre, de se ressourcer et d'être valorisés.

Retombées des réunions et des journées: Les acteurs ont reçu de manière récurrente une formation, du nouveau matériel et la reconnaissance de l'Unité régionale de santé publique.

Interprétation: Entre 1988 et 1997, cette direction a régulièrement organisé des réunions avec les acteurs et les bénévoles. Le soutien de la part de cette direction a favorisé les activités relatives au projet en motivant et en formant les acteurs et les bénévoles. L'importance de ce soutien correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement des ressources adéquates (soutien par des personnes modèles, ressources matérielles accessibles, soutien technique adéquat, lien direct avec les techniciens, formation adéquate et utilisée, informations accessibles) (figure 3).

Illustration empirique

- "L'Unité de santé publique était le moteur et le catalyseur du projet; les gens de cette organisation ont donné un très bon support; ce sont des gens très disponibles; il y avait beaucoup de support au niveau du matériel toujours de très grande qualité et très pertinent; tout était pertinent".
- *Réunions trimestrielles*: Le coordinateur du projet pour l'Unité régionale de santé publique "a fait un travail magistral pour asseoir trente cinq acteurs à la table; il a réussi à garder le projet le plus scientifique possible et à créer une cohésion entre les acteurs parce que nous ne nous connaissions pas au départ; j'allais à peu près à toutes les réunions; ça demeure des réunions, parfois il y a des longueurs mais c'est toujours pertinent".
- *Journées annuelles*: "La chose la plus positive était vraiment la journée annuelle des bénévoles avec l'Unité de santé publique; c'était plaisant, c'était une journée très sociale; ça permettait aux bénévoles de rencontrer l'ensemble des comités de toute la région et de voir ce qui se faisait, de se faire donner des tapes sur l'épaule et d'apprendre; il y avait un apprentissage parce que les gens de l'Unité de santé publique arrivaient toujours avec de nouvelles informations; c'était très positif au niveau du sentiment d'appartenance des comités à une cause communautaire; ça donnait du vent dans les voiles et les gens appréciaient beaucoup; ils allaient chercher de l'information et ils se valorisaient; quand les bénévoles revenaient de cette journée, ils avaient plein d'idées, ils avaient échangé et ils étaient ressourcés; ça répondait à leurs attentes; c'était extrêmement difficile pendant la journée pour les bénévoles de dire «nous autres, ça ne nous tente pas de travailler à ça et ça», au retour, en réunion d'équipe, nous essayions d'arriver au même résultat en essayant de faire autre chose avec les bénévoles; nous avons appris à être très humble".

Événement D4: Un budget spécifique pour la santé du coeur

Narratif: En 1991, le Centre-D a établi un budget spécifique pour la santé du coeur, grâce au financement fédéral et provincial du projet. Avec ce budget, deux acteurs se sont impliqués en santé du coeur. Ces acteurs ont organisé des kiosques d'information sur la santé du coeur qui se tenaient lors du salon annuel des organismes communautaires du territoire desservi par le centre. De plus, avec l'équipe en santé au travail du centre, ces acteurs ont organisé une enquête épidémiologique et des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire dans deux entreprises. Les résultats de l'enquête et les dépistages ont eu des retombées immédiates en termes d'aménagement des milieux de travail mais les entreprises n'ont pas donné suite aux propositions des acteurs.

Retombées de l'événement: Deux acteurs sont intervenus en promotion de la santé du coeur auprès des organismes communautaires et dans deux entreprises.

Interprétation: L'établissement de ce budget a permis à deux acteurs de s'impliquer en santé du coeur. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement en ressources adéquates pour accomplir les activités (quantité adéquate de ressources humaines, financières et matérielles) (figure 3).

Illustration empirique

- "Ce qui nous a permis de faire de la santé du coeur, c'était la volonté du coordinateur; c'est lui qui a fait qu'on a eu des budgets".
- "Nous tenions un kiosque sur la santé du coeur au salon annuel des bénévoles du territoire et les premières années, c'étaient les acteurs du centre qui y allaient car il n'y avait pas encore de bénévoles".
- Dépistages dans les entreprises: "Il y avait une infirmière et un médecin pour rencontrer les gars individuellement, pour faire le counselling; nous avons fait des dépistages dans une première entreprise; nous avons montré l'impact du dépistage; la direction et un comité avaient pris la décision d'enlever tous les petits gâteaux et des aliments similaires dans les distributrices et d'installer des fours à micro-ondes dans la salle à manger; dans la deuxième entreprise, les travailleurs demandaient «pourquoi venez-vous faire ça ? est-ce que les boss vont connaître les résultats ?» ils avaient peur qu'avec une tension à 200/110, on les craie".
- Après 1991, notre intervention dans les entreprises "a pris le bord parce que nous avons relancé, relancé et il n'y a pas eu de réponse; «Seriez-vous intéressé à poursuivre une démarche en santé du cœur ?» ils avaient répondu par l'affirmative; nous les avons rencontrés et il était question que nous allions un peu plus de l'avant mais nous n'en avons plus entendu parler".

ANNEXE 9 - HISTOIRE DE CAS: CENTRE - E

Introduction

Entre 1988 et 2000, trois acteurs du centre-E, un infirmier, un médecin et un organisateur communautaire, se sont impliqués dans des activités liées au projet pilote en promotion de la santé du coeur. Ces acteurs sont les acteurs-clés du projet dans ce centre. Entre 1991 et 1997, le projet a bénéficié d'un financement par le gouvernement fédéral et par le gouvernement provincial. La stratégie d'intervention du projet consistait en une action communautaire à la fois de type développement local et de type planification sociale. L'essentiel du projet consistait à former et à soutenir un comité de bénévoles dans une localité et un club de marche dans une autre localité, ainsi qu'à mener des activités d'éducation pour la santé du coeur dans des organismes communautaires. En 2000, aucun acteur n'intervenait officiellement en promotion de la santé du coeur dans ce centre

Absence d'activités issue du projet en 2000

En 2000, aucun acteur du Centre-E n'accomplissait officiellement d'activité issue du projet. Toutes les questions relatives à d'éventuelles activités étaient par conséquent négatives ou non pertinentes. Concernant les questions sur la mémoire procédurale, aucune ressource financière n'était allouée à la promotion de la santé du coeur, aucune ressource humaine ne travaillait dans ce domaine et aucune ressource matérielle n'était utilisée. En conséquence, les questions relatives à l'adaptation des routines, aux croyances et aux codes, ainsi qu'aux règles de décision et d'action, n'ont pas été posées car elles n'étaient pas pertinentes.

Trois ans après la fin du financement fédéral et provincial du projet, le Centre-E ne soutenait plus le comité mentionné en introduction et il ne soutenait plus aucune activité d'éducation pour la santé du coeur. Selon un acteur, "après la fin du projet, la direction du centre a mis de côté la santé du coeur telle

qu'elle était; un acteur a eu le mandat de continuer un peu avec les bénévoles mais les deux autres acteurs, nous avons été retirés et nous n'avons pas été remplacés". Selon un autre acteur, "tout a changé depuis la fusion du centre avec l'hôpital; je fais beaucoup moins partie des équipes du centre; je fais plus d'activités cliniques; ma disponibilité en heures de prévention a diminué, c'est ça qui part en premier malheureusement". Selon le troisième acteur, "je n'ai pas retouché le dossier depuis que le projet est terminé; il y a un manque de disponibilité total de ce côté là; étant donné que le dossier est terminé, je n'ai plus la disponibilité pour m'en occuper". D'ailleurs, au moment de l'entrevue avec le chercheur, deux acteurs sur trois ne savaient pas si le comité de bénévoles continuait de fonctionner. Un acteur le savait par hasard: "j'ai rencontré des bénévoles du comité dernièrement au centre d'achat; ils ne font plus la prise de tension artérielle et toutes ces choses mais la sensibilisation qu'on avait faite est demeurée; ils sont encore très préoccupés par les maladies cardio-vasculaires".

Cependant, les trois acteurs poursuivaient des activités en santé du coeur issues du projet, sans que cela soit reconnu officiellement par le centre. Chaque année, un acteur vaccinait les personnes âgées contre la grippe et il profitait de la vaccination pour dépister l'hypertension artérielle. Un autre acteur organisait à la demande des conférences auprès des organismes communautaires et il introduisait toujours des messages d'éducation pour la santé du coeur dans ses conférences. Le troisième acteur soutenait la promotion de l'activité physique auprès des organismes communautaires. (1) *Dépistage annuel de l'hypertension artérielle*: "Lorsque je fais la vaccination anti-grippale à l'automne, j'ai toujours continué de prendre la tension artérielle de tout le monde; ça ne se fait pas ailleurs; je vois presque toute la population âgée à ce moment là et je dépiste encore un peu d'hypertension artérielle; c'est né du projet car c'est moi qui planifiais les vaccinations; je suis dans plusieurs programmes car nous avons un petit centre; j'avais pris cette initiative et c'est resté". (2) *Éducation pour la santé du coeur*: "Dans la clientèle, les gens nous connaissent et ils nous disent «nous aimerions parler de ça» alors j'introduis le cardio-vasculaire; ce n'est pas dans le

cadre d'un programme car c'est vraiment de façon personnelle que je suis demandée; il y a quelques mois, un groupe communautaire voulait que je parle de la santé; c'est sûr que moi j'ai parlé de l'hypertension et du cholestérol au milieu des autres sujets". (3) *Promotion de l'activité physique*: "Le programme Vie active a une incidence sur la santé du coeur; sauf que pour défendre le programme chez nous au centre, je dois être presque délinquant parce que je n'ai pas de support officiel; ils me voient tous, ils me laissent aller; nous avons un programme de promotion de l'activité physique auprès des organismes communautaires mais ça n'a jamais été écrit, ce n'est pas reconnu officiellement noir sur blanc".

Événements survenus entre 1988 et 1997

Vue d'ensemble: Le Centre-E est intervenu en santé du coeur à partir de 1988 (figure 1). Un acteur participait aux réunions régionales trimestrielles de coordination en santé du coeur qui étaient organisées par l'Unité régionale de santé publique pour planifier le projet pilote. Deux acteurs ont commencé à implanter des activités en 1989, c'est-à-dire trois ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet. Ces activités consistaient en dépistages des facteurs de risques de maladie cardio-vasculaire, en mesures de la pression artérielle lors des vaccinations anti-grippales, en rencontres des groupes communautaires et en formation d'un comité de bénévoles dans une localité.

Un troisième acteur s'est joint aux deux premiers en 1991 et les activités accomplies entre 1991 et 1997 sont présentées dans la figure 1. Ces activités étaient les suivantes. *Développement local*: Les acteurs ont formé et soutenu un comité de bénévoles dont les activités consistaient en promotion de l'activité physique, en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, en cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, en dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, en prévention du tabagisme, en formation en réanimation cardiorespiratoire, en conférences sur la santé du coeur et en

FIGURE 1 CENTRE-E: LES ACTEURS-CLÉS ET LES ACTIVITÉS ACCOMPLIES ENTRE 1988 ET 1997

1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1. Roulement des acteurs-clés

Infirmier

Médecin

Organisateur communaut.

2. Activités relatives au projet entre 1988 et 1997

<p>Activités entre 1988 et 1991:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépistages de facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, • mesures de la pression artérielle lors des vaccinations anti-grippales, • rencontre de groupes communautaires, • formation d'un comité de bénévoles. 	<p>Activités entre 1991 et 1997 (développement local et planification sociale)</p> <p>Soutien des bénévoles d'un comité pour gérer le fonctionnement du comité et pour accomplir des activités:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promotion de l'activité physique, • promotion de l'alimentation saine pour le coeur, • cliniques mensuelles pour mesurer la pression artérielle, • dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, • prévention du tabagisme, • formation en réanimation cardiorespiratoire, • conférences sur la santé du coeur, • publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans le bulletin paroissial. <p>Éducation pour la santé du coeur dans le centre (planification sociale):</p> <ul style="list-style-type: none"> • promotion de l'activité physique dans des groupes communautaires, • promotion de l'alimentation saine pour le coeur, • dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, • prévention du tabagisme • publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias locaux, • mesures de la pression artérielle lors des vaccinations anti-grippales,
--	---

Absence d'activité issue du projet

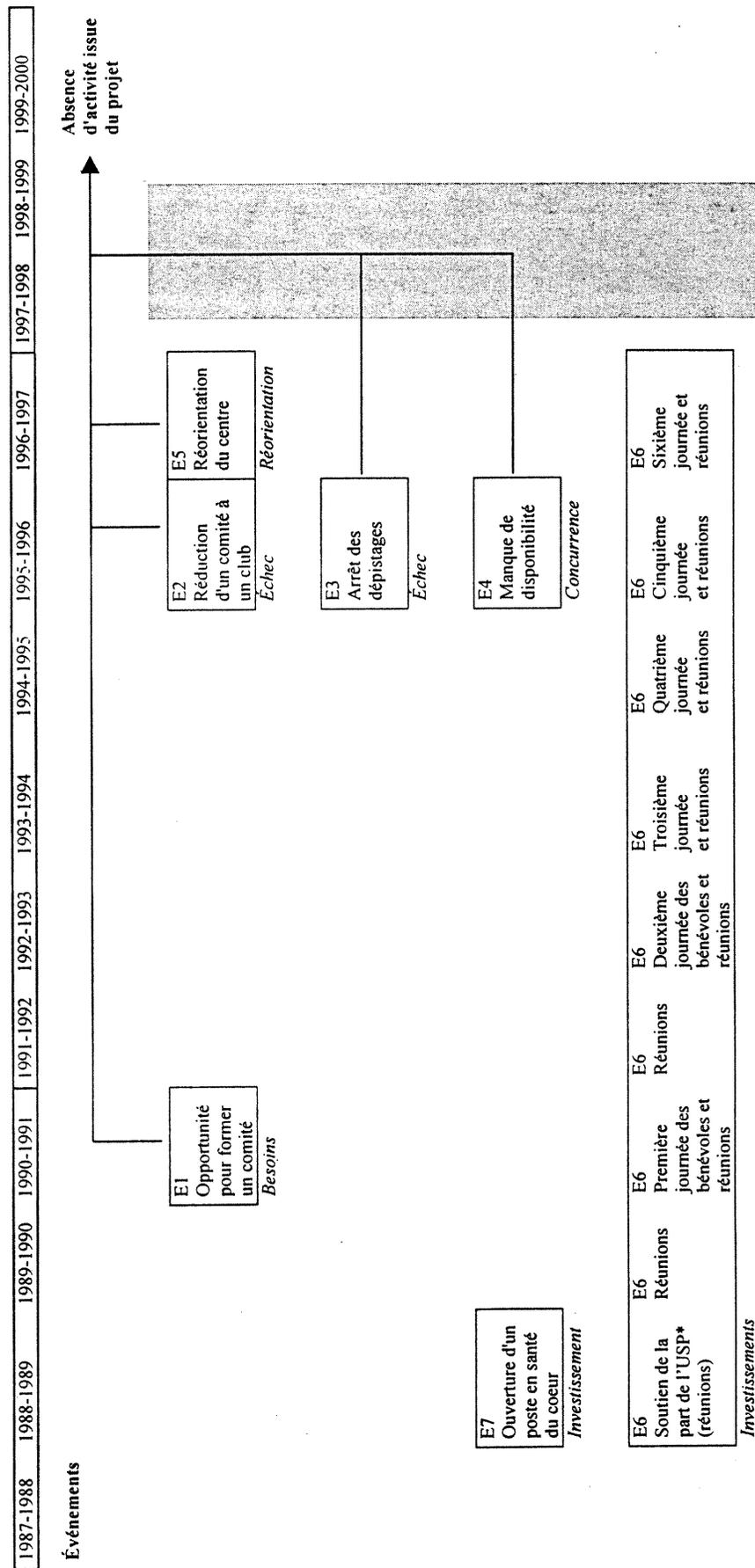
publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans le bulletin paroissial. De plus, ces acteurs ont essayé sans succès de former un deuxième comité de bénévoles dans une autre localité. Dans cette dernière, seules les activités physiques ont été développées et le comité s'est réduit à un club de marche. *Planification sociale:* Sans passer par les bénévoles des comités, les acteurs ont accompli des activités qui consistaient en promotion de l'activité physique, en promotion de l'alimentation saine pour le coeur, un dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, en prévention du tabagisme et en publication de messages d'éducation pour la santé du coeur dans les médias locaux.

De plus, les trois acteurs sont restés impliqués ensemble dans les activités relatives au projet entre 1991 et 1997 (figure 1). Un acteur s'est impliqué entre 1988 et 1997. Le deuxième entre 1989 et 1997. Le troisième entre 1991 et 1997. Cependant, deux acteurs sur trois se sont très peu impliqués pendant les deux dernières années du financement fédéral et provincial. Les événements critiques qui ont jalonné le déroulement des activités relatives au projet dans le Centre-E sont décrits de la manière suivante. Sept événements sont survenus entre 1988 et 1997. Ces événements sont schématisés dans la figure 2. Ils sont résumés ci-dessous selon l'ordre adopté dans l'article 3, et ils sont illustrés par des extraits de verbatims.

Événement E1 : Une opportunité pour former un comité

Narratif: La formation d'un comité de bénévoles en santé du coeur dans une localité répondait à un besoin exprimé par la population. En 1990, la population de cette localité avait exprimé le besoin de recevoir la visite régulière d'un médecin pour suivre l'état de santé général de plusieurs personnes. Le centre ne voulait pas ouvrir un point de service dans la localité. La formation du comité répondait en partie au besoin car un comité permettait de développer des activités

FIGURE 2 CENTRE-E: LES ÉVÉNEMENTS QUI ONT JALONNÉ LE DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENTRE 1988 ET 1997



Légende

→ Lien entre les événements associés à la routinisation et l'absence d'activité observée en 2000

*USP: Unité régionale de santé publique

au moins pour la santé du coeur. Plusieurs personnes étaient prêtes à s'impliquer dans un comité.

Retombées de l'événement: Les acteurs ont formé un comité de bénévoles.

Interprétation: Cette opportunité pour former un comité s'est présentée un an avant le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation des activités à un besoin (figure 2). Les acteurs ont formé un comité de bénévoles en réponse au besoin exprimé par les membres d'un groupe communautaire.

Illustration empirique

- "C'était la communauté qui voulait; au départ de tout, cette localité voulait avoir un médecin dans le village parce que plusieurs personnes avaient des problèmes de santé du coeur; les gens voulaient qu'un médecin vienne régulièrement dans le village mais le centre ne voulait pas ouvrir de clinique médicale dans le village car ensuite il aurait fallu en ouvrir une dans chaque paroisse; alors le centre a offert d'envoyer un infirmier faire un dépistage des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire; ça répondait moins aux besoins mais les gens étaient prêts à faire des choses; ils étaient ouverts; ils avaient des besoins au niveau de la santé donc ils étaient prêts à embarquer dans le projet et ça s'est fait".

Événement E2 : Réduction d'un comité de bénévoles à un club de marche

Narratif: En 1993 et 1994, les acteurs ont formé un comité de bénévoles en santé du coeur dans une deuxième localité et en 1995 ce comité s'est réduit à un club de marche. En 1992 et 1993, les trois acteurs ont organisé des réunions d'information dans plusieurs organismes communautaires pour en sensibiliser les membres à la santé du coeur et pour recruter des bénévoles susceptibles de former un comité. Un comité de quatre ou cinq bénévoles s'est réuni à quelques reprises en 1993 et en 1994 avant de se réduire à un club de

marche en 1995. Sauf la marche, ce comité n'avait implanté aucune activité. Les acteurs organisaient des dépistages et des conférences mais les bénévoles y participaient de manière passive. Cela contrastait avec les bénévoles du comité formé dans la première localité qui demandaient des activités et y participaient activement.

Retombées de l'événement: Les acteurs ont implanté un seul comité sur les deux prévus avec l'Unité de la santé publique.

Interprétation: La réduction du comité en club de marche est survenue quatre ans après le début du financement fédéral et provincial du projet pilote. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un échec (figure 2). Les acteurs ont perçu cet échec comme une difficulté pour former et pour soutenir un comité, comme une absence de besoins en santé du coeur en raison de la présence du centre dans la localité ou comme la preuve que la formation du comité n'avait pas pu franchir toutes les étapes habituelles.

Illustration empirique

- "Nous avons rencontré des groupes communautaires pour recruter des bénévoles, pour dire que nous existions en tant que programme et pour donner de l'information; nous avions un groupe de bénévoles et je me souviens de deux ou trois individus; au début, les gens venaient aux réunions du comité mais plus ça allait, moins il y en avait; les réunions ont glissé un peu".
Question du chercheur: Est-ce qu'il y a eu un événement très positif ou très négatif ? "Négatif, ça ne prenait pas; nous parlions des besoins pour faire partie d'un comité; les gens écoutaient mais ça ne prenait pas; je ne sais pas si c'est parce que nous n'avions pas le tour d'aller les chercher; il y avait quatre ou cinq bénévoles sur ce comité au départ: je me souviens d'un monsieur qui a été malade et d'un autre dont la fille avait accouché; en tous cas, il y avait toujours quelque chose et chacun avait des intérêts ailleurs; j'ai participé à quelques rencontres du comité de bénévoles et je sais que nous nous questionnions beaucoup sur le comité; les gens avaient d'autres activités et je pense que nous n'avions pas beaucoup d'expérience; comment retenir les gens ? je serais curieuse de savoir pourquoi ça n'a pas fonctionné; le comité finissait ou agonisait quand je suis parti en congé et il n'était plus là quand je suis revenu de congé; je ne sais pas ce qui s'est passé".

- "Nous avons rencontré les clubs sociaux pour essayer de recruter des bénévoles; ils étaient intéressés à participer à des activités mais ils n'étaient pas intéressés pour devenir bénévoles: ça leur demandait de se rencontrer, d'être formés, de faire des activités; ça n'a jamais démarré; les gens sont plus passifs qu'ailleurs; ils attendent qu'on leur donne; ils sont moins prêts à s'impliquer ou ce sont toujours les mêmes qui s'impliquent; il a fallu que ce soit nous qui mettions les activités sur pied alors qu'ailleurs, ça venait des gens qui étaient actifs dans la communauté; les gens n'avaient pas ce genre de besoins (comme les besoins exprimés dans l'autre localité) parce qu'ils ont le centre; les gens ne sentaient pas le besoin de s'impliquer; ils allaient au centre quand ils voulaient faire prendre leur tension".
- "Des énergies ont été mises pour le recrutement mais ça n'a pas été facile et c'est difficile encore à expliquer; des appels ont été lancés; des étapes n'ont pas été franchies adéquatement: lorsque tu pars un projet, il faut que tu aies une sensibilisation et que tu rejoignes les cordes sensibles de la population; tu t'embarques dans quelque chose parce que tu y crois, tu as un intérêt, tu es motivé, mais si je te dis «on va en santé du cœur et on organise une gang pour que les gens soient en santé» c'est abstrait et tu réponds «On fait quoi ?»; tu sais, avant que les gens saisissent toute la portée de la santé du coeur, je pense qu'il faut des étapes de sensibilisation; il y avait encore beaucoup de travail à faire avant de sauter au recrutement".

Événement E3: Arrêt des dépistages multifactoriels

Narratif: En 1994, les trois acteurs du Centre-E ont décidé d'organiser des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire uniquement dans les entreprises et de cesser les dépistages pour le tout-venant. En 1994-1995, un acteur était en contact avec plusieurs entreprises mais toutes ont résisté contre les dépistages car les employeurs résistaient à l'idée de laisser leurs employés utiliser du temps de travail pour participer à un dépistage. La décision d'organiser des dépistages uniquement dans les entreprises faisait suite aux doutes soulevés par les acteurs concernant la pertinence des dépistages pour le tout-venant par rapport aux dépistages effectués dans les entreprises. La participation publique aux dépistages était toujours bonne. Pourtant, les acteurs doutaient de la pertinence des dépistages pour le tout-venant. Un acteur distinguait trois situations en fonction de l'objectif "dépistage". (1) Objectif non atteint: Un dépistage a été réalisé en 1992-1993 avec le comité de bénévoles dans les locaux du club des personnes âgées pendant un jour ouvrable: c'était une

clinique de surveillance de la cholestérolémie et de la tension artérielle, plutôt qu'un dépistage des facteurs de risque. La plupart des participants étaient des personnes âgées en contact avec le système de soins et qui connaissaient leurs facteurs de risque. (2) Objectif partiellement atteint: Un dépistage a été réalisé en 1993-1994 dans un centre commercial pendant une fin de semaine: c'était à la fois un dépistage et une clinique de surveillance. Certains ne connaissaient pas leurs facteurs de risque et d'autres les connaissaient, ces derniers profitant de l'occasion pour surveiller leur tension artérielle et leur cholestérolémie. (3) Objectif atteint: Un dépistage avait été réalisé dans une organisation administrative avant 1991: il s'agissait vraiment d'un dépistage car les participants étaient des adultes qui ne connaissaient pas forcément leurs facteurs de risques, en particulier les hommes (ces derniers ayant peu de contacts avec le système de soins).

Retombées de l'événement: Les acteurs n'ont organisé aucun dépistage entre 1994 et 1997.

Interprétation: La résistance des entreprises a provoqué l'arrêt des dépistages. Les acteurs avaient décidé d'organiser des dépistages uniquement dans les entreprises et de cesser les dépistages pour le tout-venant en dépit du fait que ceux-ci étaient une activité populaire. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: l'adaptation à un échec (figure 2). Les doutes des acteurs sur les dépistages suggèrent que les acteurs reconnaissaient l'échec des dépistages par rapport à l'objectif de dépister les facteurs de risque. Les activités relatives au projet sont modifiées en raison de la perception d'une mauvaise efficacité des dépistages par rapport aux objectifs fixés.

Illustration empirique

- “Nous nous sommes questionnés tous les trois suite aux dépistages pour le tout-venant et je me demande si ce n’est pas à partir de là que nous avons visé les entreprises”.
- Question du chercheur: Est-ce que les dépistages ont été instaurés de manière régulière? “Non; il y avait des questionnements par rapport aux dépistages parce que nous y allions pour dépister des facteurs de risques et nous n’allions pas chercher nécessairement la population que nous voulions rejoindre; les gens étaient toujours contents mais c’est plus nous autres qui disions «nous ne sommes peut-être pas allés chercher ceux que nous voulions»; le questionnement s’était fait dans notre équipe; je ne sais pas si c’était fait à la table régionale de concertation en santé du coeur”.
- Doutes sur les dépistages pour le tout-venant: “Beaucoup de personnes âgées venaient et je ne trouvais pas que c’était un vrai dépistage parce que ces personnes étaient des hypertendues connues et elles connaissaient leur cholestérolémie; elles voulaient avoir un suivi de leur hypertension et de leur cholestérolémie; nous avons eu quelques jeunes mais ils n’étaient pas nombreux; en conséquence, je trouvais que pour une grande partie des gens qui venaient, les dépistages étaient plutôt un genre de suivi”.
- Doutes sur les dépistages pour le tout-venant: “Le dépistage était entre deux (entre le suivi et le dépistage); nous l’avons fait un samedi au centre d’achat; nous avons monté un kiosque sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et les gens nous rencontraient; il y avait encore des gens qui étaient connus hypertendus et connus hypercholestérolémiques mais à travers ça quelques-uns avaient été dépistés; il y avait des travailleurs que nous ne rejoignons pas autrement car les travailleurs ne vont pas venir pendant les journées ouvrables”.
- Intérêt des dépistages dans les entreprises: “Il faut aller voir les travailleurs dans leur milieu; nous sommes peut-être allés dans deux entreprises; quand nous sommes allés en entreprise, ce sont des travailleurs entre 30 et 60 ans, ça ne consulte pas beaucoup, surtout les hommes; nous avons ciblé quelques entreprises; c’était pour rejoindre les personnes de cet âge-là parce que nous ne les voyons pas dans nos bureaux, sauf quand ils sont malades; ils ne viendront pas pour un examen de santé s’ils n’ont pas besoin d’un formulaire d’assurance ou de quoi que ce soit; nous voyons plus les femmes parce qu’elles ont leurs grossesses et leur contraception donc elles sont embarquées dans le système de santé, tandis que nous ne voyons pas les hommes; j’ai trouvé ça intéressant; j’avais l’impression que nous faisons du dépistage plus qu’ailleurs”.

- Résistance des entreprises contre les dépistages: "Avant que je parte en congé en 1995, il y a eu des contacts avec les entreprises mais je ne sais pas pourquoi, à partir d'un moment donné, ça ne s'est plus fait; un acteur avait eu des contacts avec différents employeurs mais nous ne sommes pas allés voir tous ceux que nous aurions voulu; j'ai d'autres noms en tête que nous devons contacter, ils devaient nous rappeler et ça ne finissait jamais par s'organiser; nous avons eu de la difficulté à faire les dépistages parce qu'il fallait des ententes avec l'employeur pour libérer les gens pendant leur temps de travail; ça dérangeait; c'était compliqué; ce n'était pas facile d'aller dans les milieux de travail".

Événement E4: Manque de disponibilité des acteurs

Narratif: En 1995, un acteur a quasiment cessé son implication dans le projet car il a dû implanter un nouveau service de soins de santé dans le centre. La tendance du centre était d'offrir plus de services curatifs et de diminuer l'offre de services préventifs (le volume des activités du centre augmentant sans augmentation budgétaire). En 1995 également, un deuxième acteur n'était plus disponible pour le projet car il rentrait de congé et il a dû prendre en charge ses activités habituelles et celles d'un collègue qui avait quitté le centre. Pour sa part, le troisième estime que les trois acteurs manquaient de disponibilité pour le projet en 1996. Ce manque de disponibilité a contribué, avec le manque de leader bénévole, à l'arrêt des activités du club de marche. Les acteurs avait soutenu ce club (événement 3). Les gens participaient peu aux marches périodiques en groupe et à heure fixe avec un lieu de rassemblement, ils préféraient marcher quand cela leur convenait. Les marches périodiques furent remplacées par des marches ponctuelles. Ces dernières avaient du succès et le club rassemblait une quinzaine de bénévoles jusqu'à ce qu'il cesse ses activités.

Retombées de l'événement: Le manque de disponibilité des acteurs a provoqué la cessation des activités du club de marche.

Interprétation: Le manque de disponibilité des acteurs est devenu patent deux ans avant la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote.

Il a mis un terme au soutien du club de marche par les acteurs et a provoqué la cessation des activités du club. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: la concurrence des activités par d'autres (figure 2). Ce manque de disponibilité découlait d'une surcharge de travail et de l'implication des acteurs dans des programmes ou des services concurrents du projet.

Illustration empirique

- "La dernière année pendant laquelle nous avons eu des réunions (les trois acteurs), c'est plus d'un an avant que le projet finisse". Question du chercheur: Est-ce que vous avez fait un constat d'échec en santé du coeur ? "Non"; Est-ce que la santé du coeur a plutôt souffert de contraintes externes ? "Oui".
- "Nous faisons du beau travail quand nous travaillions ensemble mais la disponibilité des collègues de travail était très difficile; au niveau du centre, la santé du coeur était un dossier important mais pas prioritaire et la seule chose au cours du projet qui m'a fait vraiment souffrir, c'était le manque de disponibilité; nous étions tous les trois motivés par ce beau projet sauf que nous étions avalés par nos tâches; nous élaborions des bons plans d'action sauf que le manque de disponibilité et le manque de ressources faisaient que le plan d'action avait de la difficulté à être complété".
- "La santé du coeur était diluée parmi d'autres dossiers; le projet était un beau dossier que nous partagions avec d'autres territoires mais quand nous revenions chez nous, nous nous disions «si seulement nous pouvions avoir plus de temps à mettre là-dedans»; c'était ça la frustration, nous aurions pu faire plus avec le milieu".
- Le manque de disponibilité de l'acteur 1: "Quand le projet a commencé, j'y travaillais une journée par semaine; en 1995, Info-Santé s'est implanté et j'ai été désigné pour l'implanter; il a fallu développer des activités mais sans plus de personnel donc des dossiers ont été tassés et le projet en santé du cœur a été envoyé vers un autre acteur". Selon un autre acteur, "pour [l'acteur 1], c'était extrêmement difficile; je sais qu'il gérait son temps mais c'était extrêmement difficile de se rendre disponible; il arrivait et il me donnait vite, vite, vite de l'information, avec le peu de temps disponible qu'il avait".

- Le manque de disponibilité de l'acteur 2: "En 1994-1995, je suis parti en congé; nous étions toujours deux au centre mais quand je suis rentré de congé, mon collègue est parti travailler ailleurs; j'étais seul et j'ai coupé complètement tous les programmes parce que j'ai repris sa clientèle". Selon un autre acteur, "[l'acteur 2] était en surplus, il n'était pas payé par le projet et il s'impliquait uniquement parce que le projet l'intéressait beaucoup". Selon le troisième acteur, "pour [l'acteur 2], c'était difficile de se rendre disponible car il y a une pénurie; il adorait le projet sauf que son travail l'avalait".
- Le manque de disponibilité de l'acteur 3: "Moi-même j'ai manqué de disponibilité".
- Retombée du manque de disponibilité: "Le club de marche est tombé; le club était composé d'une petite gang qui se retrouvait pour marcher; le club est une petite déception, une ombre au tableau, c'était un beau petit projet mais il aurait fallu que quelqu'un soit disponible pour continuer à le stimuler; nous avions une quinzaine de marcheurs donc le club était viable mais le manque de ressources pour continuer à le soutenir a fait que la prise en charge du club par les bénévoles ne s'est pas faite".
- Le club de marche: (1) Échec des marches périodiques: "Des gens sont venus à quelques reprises au club de marche mais ils n'aimaient pas la formule et ils n'étaient pas revenus; ils disaient «je marche plus le matin ou j'aime mieux marcher tel jour mais à cette heure là avec le club ça ne m'adonne pas»". (2) Un succès ponctuel: "Nous avons organisé une sortie avec le club de marche et il fallait prendre le bateau, nous avons fait une publicité dans le journal et plus de cent personnes étaient venues mais elles ne pouvaient pas toutes embarquer sur le bateau".

Événement E5: Réorientation du centre

Narratif: En 1997, la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote coïncidait avec deux changements organisationnels majeurs: la fusion du centre avec l'hôpital et le renouvellement de la direction du centre. (1) Le centre a fusionné avec le l'hôpital en 1997 et les locaux du centre ont été déménagés dans l'hôpital. Cette fusion a amplifié la tendance du centre à augmenter l'offre des services de soins curatifs et à diminuer celles des services préventifs et de promotion de la santé (tendance amorcée en 1995 - voir l'événement 6 -). Cette tendance était congruente avec la position de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. (2) Le personnel de direction du centre a été renouvelé en même temps que le centre a été fusionné. Avant 1997, le coordinateur qui supervisait le projet, et le directeur du centre, étaient en poste

depuis le début du projet et ils appuyaient les acteurs. Après 1997, les nouveaux directeur et coordinateur n'ont pas reconduit l'investissement du centre en promotion de la santé du coeur.

Retombées de l'événement: Le financement des activités en santé du coeur par le centre n'a pas été reconduit après 1997 et les activités dans ce domaine ont cessé.

Interprétation: L'événement est survenu à la fin du financement fédéral et provincial du projet pilote. Le centre a cessé de financer l'action communautaire en santé du coeur. Cet événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: une rupture de la congruence des objectifs entre l'organisation et les activités relatives au projet (réorientation). Cette réorientation est survenue au détriment des activités relatives au projet (les acteurs n'ayant plus aucun temps de travail alloué à la santé du coeur par la direction du centre). Les acteurs interprètent cet événement comme un coup de grâce porté à leurs activités en santé du coeur.

Illustration empirique

- La fusion du centre avec l'hôpital: "C'est très décevant de voir que tant d'efforts sont tombés à l'eau parce qu'il y a eu beaucoup de modifications au niveau de l'organisation du centre, au niveau communautaire et au niveau de la prévention; on est devenu à la fois une Clinique d'urgence, un Centre hospitalier de soins de longue durée et un Centre local de services communautaires; toutes les cliniques médicales se sont accrochées à l'organisation CH-CHSLD-CLSC; en conséquence, la prévention a pris le bord; le curatif l'emporte toujours, c'est comme ça et c'est frustrant; quand on a fusionné, le poste d'infirmier en prévention a été éliminé; après le déménagement du centre à l'hôpital, il y avait plus une mentalité de clinique médicale externe et moins une mentalité de promotion ou de prévention".

- Le changement du personnel de direction: "Nous avons changé de direction; même les directeurs de programmes ont changé; ceux du temps du projet n'existent plus; tous les gens qui appuyaient le projet au départ ne sont plus là; aujourd'hui c'est plus difficile pour nous autres; le coordinateur qui appuyait le projet depuis le début du financement fédéral et provincial est parti quand le centre a déménagé; c'était dur de maintenir un suivi et de maintenir les ressources en place parce qu'il y a eu des coupures de postes ou des menaces de coupures de postes; ce n'était pas rose".
- Coïncidence avec la fin du financement fédéral et provincial du projet: "Quand le projet de recherche a cessé et les sous avec, l'Unité de santé publique n'a pas continué; ce qui se faisait auparavant en santé du coeur s'est arrêté aussi; tout a été laissé aux centres; la prévention et la promotion en santé du coeur ont pris le bord; la cassure s'est faite quand le financement s'est arrêté; je n'ai pas retouché le dossier depuis que le financement fédéral et provincial est terminé; le dossier est terminé, l'Unité de santé publique a arrêté de soutenir le projet donc on est obligé de tracer une ligne et de passer à autre chose parce que c'était quand même beaucoup de sous".
- "Le projet était terminé mais on aurait pu continuer pareil certaines activités; de mon côté, c'était plus difficile parce que nous étions toujours deux au centre mais quand je suis rentré de congé, mon collègue est parti travailler ailleurs; j'étais seul et j'ai coupé complètement tous les programmes parce que j'ai repris sa clientèle; ensuite c'était la fusion avec l'hôpital et tout s'est enchaîné; je pense que ce sont des facteurs de circonstances comme des coupures de postes; l'infirmier a eu une autre attribution de tâches; tout ça contribue au fait que nous n'avons pas continué".
- Question du chercheur: Est-ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire qu'il y avait concurrence ou compétition? "Avec d'autres programmes, oui, absolument; c'est politique dans un certain sens; la population est vieillissante donc on met l'accent sur les soins, sur le maintien à domicile, sur les soins à domicile, les personnes âgées, les médecins, les infirmières et les auxiliaires à domicile; le focus est mis parce qu'il y a des pressions en faveur du maintien à domicile et des soins à domicile; dans le fond, le projet était important mais les soins à domicile étaient bien plus importants; c'est encore plus vrai aujourd'hui; actuellement, la Régie régionale de la santé et des services sociaux est très, très basée sur le curatif, et sur la notion de résultat; c'est correct mais d'un autre côté, il y a des affaires qui sont en longueur, qui sont à long terme et il s'agit que tu ne lâches pas; par exemple, l'organisme communautaire «cuisine collective» est une expérience très concrète, au début il n'y avait rien et aujourd'hui nous avons un organisme communautaire qui est un outil incroyable pour lutter contre la pauvreté mais c'était long pour obtenir ça".

Événement E6: Soutien récurrent par l'Unité régionale de santé publique

Narratif: Le soutien récurrent procuré par l'Unité régionale de santé publique était important. À partir de 1988, cette direction organisait des réunions trimestrielles avec les acteurs en santé du coeur des cinq centres de la région pour planifier le projet pilote. À partir de 1991, grâce au financement fédéral et provincial du projet, cette direction fournissait du matériel, des informations et organisait des réunions trimestrielles avec les intervenants ainsi que des journées annuelles avec les intervenants et les bénévoles. (1) Entre 1991 et 1997, cette direction a organisé des réunions de coordination trimestrielles avec tous les acteurs clés impliqués dans le projet dans les cinq centres de la région. Ces réunions étaient motivantes et formatrices pour les acteurs. Les acteurs échangeaient des informations à propos de leurs activités avec un groupe multidisciplinaire et convivial. Ces réunions étaient une source d'inspiration. (2) Entre 1992 et 1997, cette direction a organisé chaque année une journée de formation et d'animation pour les bénévoles en santé du coeur de toute la région. Les acteurs du Centre-E y participaient. Ces réunions étaient conviviales et permettaient aux bénévoles et aux acteurs de se ressourcer, d'être récompensés et de se motiver.

Retombées des réunions et des journées: Les acteurs ont reçu de manière récurrente une formation, du nouveau matériel et la reconnaissance de l'Unité régionale de santé publique.

Interprétation: Entre 1988 et 1997, cette direction a régulièrement organisé des réunions avec les acteurs et les bénévoles. Le soutien de la part de cette direction a favorisé les activités relatives au projet en motivant et en formant les acteurs et les bénévoles. L'importance de ce soutien correspond à un événement déduit de la littérature qui influence spécifiquement l'implantation: un investissement des ressources adéquates (soutien par des personnes modèles,

ressources matérielles accessibles, soutien technique adéquat, lien direct avec les techniciens, formation adéquate et utilisée, informations accessibles) (figure 2).

Illustration empirique

- "Nous avons beaucoup de soutien de la part de l'Unité de santé publique, c'était très positif; ils étaient très supportant et très dynamiques avec de la formation pour les bénévoles et pour nous; l'Unité de santé publique avec le coordinateur régional a fait un travail admirable et colossal".
- Réunions trimestrielles: "C'était très motivant et très positif; les intervenants ont eu de la formation, des journées de ressourcement; nous nous réunissions une fois par mois et nous parlions de nos activités; c'était le fun de connaître les autres intervenants et ce qu'ils faisaient; c'était une belle expérience; la solidarité qu'il y avait autour de cette table était le fait marquant du projet; c'était multidisciplinaire: il y avait des infirmiers, des organisateurs communautaires, des chercheurs et des médecins; c'était un très beau group ; la table était une source d'inspiration et de motivation; c'était une rencontre de travail et le leadership était excellent; le coordinateur régional était extraordinaire de ce côté; il a su conserver un bon climat autour de la table; le travail de la table énergisait les troupes; nous avons la flamme du Saint-Esprit et nous avons le goût de travailler encore plus fort quand nous retournions dans nos territoires parce qu'il y avait des choses qui réussissaient ailleurs et nous avons le goût de les importer; les rencontres avec les intervenants nous donnaient beaucoup d'idées, en dépit du fait que nous ne pouvions pas toujours les appliquer".
- Réunions annuelles: "Les moments de formation lors des journées annuelles pour les bénévoles étaient des points forts du projet; c'était de la motivation et du ressourcement pour les intervenants; les bénévoles étaient intéressés et ils trouvaient ça le fun de passer une journée "projet" chaque année; les bénévoles allaient aux journées pour se stimuler, ils en retiraient des bénéfices pour eux et ils revenaient dans leur milieu; ces journées de formation étaient très importantes pour stimuler les troupes; tu rassembles les troupes, tu les convaincs qu'ils font une bonne job et tu les encourages; les journées des bénévoles étaient très intéressantes; les gens étaient très fiers d'aller à ces journées; pour eux, c'était une récompense: il y avait un bon repas, des conférences, du nouveau matériel et des nouvelles idées".

Événement E7 : Ouverture d'un poste en santé du coeur par le centre

Narratif: En 1988, la direction du centre a ouvert un poste à temps partiel pour prévenir les maladies cardio-vasculaires. Avec ce poste, un acteur

disposait d'une journée par semaine pour se former et pour organiser des conférences en éducation pour la santé du coeur ou des dépistages des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire, également pour participer aux réunions régionales de coordination qui étaient organisées par l'Unité de la santé publique. Un autre acteur participait aux activités comme les dépistages dans les entreprises et les conférences sur les facteurs de risques dans les organismes communautaires.

Retombées de l'événement: Deux acteurs mettent en oeuvre des activités en promotion de la santé du coeur.

Interprétation: L'implantation des activités relatives au projet pilote a commencé quatre ans avant le début du financement fédéral et provincial du projet, en même temps que débutait la planification du projet. L'événement correspond à un événement déduit de la littérature qui influence l'implantation et la routinisation: un incitatif (figure 2). La direction du centre a financé un acteur pour mettre en oeuvre des activités en santé du coeur et un autre acteur s'est impliqué au besoin.

Illustration empirique

- "Avant le projet, nous faisons du dépistage et des conférences; c'était plus de l'information at large".
- "J'étais impliqué en santé du coeur avant que le projet débute; à cette époque, le centre avait comme priorité de financer des heures de travail pour aller voir ce qu'on pourrait faire en prévention des maladies du coeur; je faisais des soins à domicile pour une clientèle adulte et âgée; j'ai eu une journée par semaine pour m'occuper des activités en santé du coeur; je participais à la table de concertation [réunions régionales de coordination en santé du coeur]; j'étais la seule intervenante du centre à participer à cette table; l'organisateur communautaire est arrivé plus tard".
Question du chercheur: est-ce que vous aviez le soutien de la direction du centre ? "Oui, j'étais mandaté pour aller à cette table".
- "Avant de commencer le projet, il y avait quand même des préoccupations pour la santé du coeur mais c'était plus ponctuel; je faisais des rencontres sur l'hypertension et l'hypercholestérolémie avant que le projet débute".
Question du chercheur: Avez-vous effectué des dépistages dans les entreprises ? "Oui, j'y suis allé pour quelques-uns".

**ANNEXE 10 – ARTICLE SOUMIS À CANADIAN
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**

Pluye, P., Potvin, L., & Pelletier, J. (2002). Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network? Soumis à Canadian Journal of Public Health

Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network?

Short title

Coalition interorganisational networking

Authors

Pierre Pluye¹, MD, MSc, Louise Potvin¹, PhD and Jocelyne Pelletier², MSc

1. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
2. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent

Correspondence

Pierre Pluye

Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

Faculté de Médecine, Université de Montréal

C.P. 6128, Succ. Centre-Ville

Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Tél: (514) 343 6111 poste 8600

Fax: (514) 343 2207

Courriel: pierre.pluye@umontreal.ca

Note

Pierre Pluye holds a doctoral training grant from the National Health Research and Development Program (NHRDP # 6605-5358-47). Louise Potvin holds a Scientist grant from the Medical Research Council of Canada (MRC # H3-17299-A1007270). This study was made possible by a grant from the National Health Research and Development Program (NHRDP # 6601-1216-94).

Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network?

Abstract

Objective: Health promotion practitioners develop interorganisational networks so as to increase the effectiveness of community coalitions. However, recent studies question the association between these networks development and coalition effectiveness. This article explores contextual factors that explain why a coalition may be effective without the development of an interorganisational network.

Methods: The study was carried out in one of the rural site of the Quebec's Heart Health Demonstration Project, which is part of the Canadian federal-provincial Heart Health Initiative. The method is that of a case study, based on semi-structured interviews with eleven key informants.

Results: The results suggest that the coalition was effective despite the lack of an interorganizational network. A relatively simple communicational network did the work that fit the coalition's context.

Discussion: Three contextual factors are discussed: the absence of a voluntary champion, competition between community organisations and network saturation. This has important implications for scope of practice in health promotion and for revisiting the role of project champions.

Résumé

Objectif: Les acteurs de la promotion de la santé développent des réseaux inter-organisationnels pour augmenter l'efficacité des coalitions communautaires. Cependant, des études récentes doutent de l'association entre le développement de ces réseaux et l'efficacité des coalitions. Cet article explore des facteurs contextuels qui expliquent pourquoi une coalition peut être efficace sans développer de réseau inter-organisationnel.

Méthode: L'étude porte sur un des sites ruraux du Projet québécois de démonstration en santé du coeur qui est une composante de l'Initiative canadienne fédérale-provinciale en santé du coeur. La méthode est une étude de cas qui repose sur des entrevues semi-structurées avec onze informateurs-clés.

Résultats: Les résultats suggèrent que la coalition était efficace en dépit du manque de réseau inter-organisationnel. Un réseau communicationnel relativement simple faisait très bien l'affaire, de manière congruente avec le contexte de la coalition.

Discussion: Trois facteurs contextuels sont discutés: l'absence de porte-étendard bénévole, la compétition entre les organismes communautaires et la saturation du réseau. Ceci entraîne des implications importantes pour la pratique en promotion de la santé et pour reconsidérer le rôle des porte-drapeaux.

Keywords

Health promotion, community coalitions, interorganisational networks, communication, transaction, governance

Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network?

In health promotion, a great deal is invested in community coalitions whose effectiveness is usually associated with interorganisational network development. By improving the amount and distribution of resources available to coalitions, it is claimed, these networks help solve targeted problems. Recent studies, however, contradict this claim. We present a case study illustrating how contextual factors explain why a coalition can be effective despite the lack of an interorganisational network. Knowledge of these types of factors may allow researchers and professionals to better understand coalitions and support them in their social context.

A coalition is an alliance between people or organisations, whose aims typically differ, who pool their resources to effect changes, something that they cannot achieve alone.¹⁻⁴ An essential component of community intervention in health promotion,⁵ coalitions are generally formed by health professionals and community leaders, at the initiative of a health organisation,¹ and their actions lead to environmental and behavioural changes which ultimately lead to improved health.⁶⁻⁹ Their effectiveness is usually evaluated in terms of members' participation and satisfaction, leadership, group functioning and member training.¹⁰⁻¹⁷

An interorganisational network is an arrangement that allows organisations to avail of the resources and governance structures of other organisations.¹⁸ The concepts of power and transaction are central to most theories of interorganisational networks,¹⁹⁻²⁰ the existence of transactions implying a sharing of power between organisations.²¹⁻²² The more developed a network is, the more effective it is.²³ A network's degree of development may be evaluated in terms of five dimensions: communication, transactions, interdependence, governance and rules.²⁴⁻²⁶ Communicational networks

constitute a simple type of alliance, characterised by relationships that are confined to the communication of information between members. At the other extreme, one finds an organisation of organisations whose boundaries are fuzzy, whose objectives are not necessarily convergent, and whose members apply and change the rules governing power and transactions.²¹

It is generally accepted in health promotion that a community coalition is effective depending on the degree of development of an interorganisational network.²⁷ Two studies suggest that the growth of transactions and the formalisation of networks through rules both significantly affect the effectiveness of coalitions.¹⁰⁻¹¹ However, recent analyses contest this claim by showing the absence of a correlation, or the existence of a negative correlation, between effectiveness and organisational structuring.^{12, 28} Our objective here is to explore the contextual reasons that may explain how and why a coalition is effective without its necessarily depending on a highly-developed interorganisational network.

Study context

The study was conducted at Lescun (pseudonym), a rural community involved in the Quebec heart health demonstration project² (PQDSC), as part of the Canadian federal-provincial Heart Health Initiative.²⁹⁻³¹ Stemming from a partnership between a regional public health organisation and a community health centre³ (CLSC), the project was begun in 1991 by two professionals at the Lescun CLSC. These practitioners met with community voluntary workers and recruited a dozen of them from seven organisations so as to form a heart health coalition.

² PQDSC: Projet québécois de démonstration en santé du cœur

³ CLSC: Centre local de services communautaires

In 1991, the CLSC professionals chose Lescun because « there were many community groups ». With a view to forming a coalition, they presented a videotape on cardiovascular risk factors to all these groups. The coalition was comprised of two CLSC professionals and volunteers from seven groups. The regional public health organisation who was the main project's sponsor was not a member of the coalition. The actions of the coalition between 1991 and 1997 consisted in: holding heart health conferences and monthly blood-pressure clinics, promoting physical activity through a walking network, promoting healthy diet through courses in nutrition and the distribution of cooking recipes, providing an annual examination for cardiovascular risk factors, regularly diffusing educational messages in the local media and making available a course in cardiopulmonary resuscitation. For 1997, the regional public health organisation estimated at 31% the proportion of Lescun's population that had participated in at least one of the coalition's activities between 1991 and 1997.

Method

This study is a secondary analysis of data collected for an inter-provincial analysis of the factors affecting the sustainability of environmental changes initiated through the projects of the Canadian Heart Health Initiative.⁷⁻⁸

The method is that of the case study. Of the twenty informants contacted in Lescun and at the CLSC, eleven agreed to participate. We do not have much information about those who refused. Among the nine who chose not to participate, two felt themselves too old to be interviewed, and one did not have time. In Autumn 1997, the first author conducted an in-depth individual interview with each of them. Seven informants were members of the coalition and the remaining four were not involved. The semi-structured interviews, which varied in duration from one- to four hours, were recorded and then transcribed. We have also used the coalition's activity reports.

A thematic analysis of the data was conducted by the first author.³² The data were first categorised according to the themes corresponding to the questions required for the main study (codification validated by an external researcher).⁷⁻⁸ Then, concepts, properties and dimensions were developed, using the data for each theme (stage checked by a co-author).³³ The following themes emerged: resources available to the project (human, financial and material), information available, presence of a champion, leadership skills, timely access to evaluation, recognition offered to volunteers and interorganisational network (nature, strength, structure and history of relations between the community organisations as regards the project). A general history of the project was then written and checked by three informants, including one co-author. Finally, for purposes of this article, we expanded the analysis by regrouping the data according to the factors associated with effectiveness and the dimensions associated with network development.

Results

The analysis of the five factors associated with coalition effectiveness is illustrated in Table 1. (1) *Participation*: All the coalition members participated consistently in the activities. (2) *Satisfaction*: At annual evaluations, the members' satisfaction was deemed to be good. The members also greatly appreciated the encouragement provided at the annual regional volunteer meeting. (3) *Leadership*: It was shared by three or four voluntary workers and the CLSC professionals, the latter being the coalition's champions. (4) *Functioning*: All the members participated in the activities, but the functioning of the group relied on the champions and leaders who shared responsibilities for each task. (5) *Education*: The volunteers were educated in heart health by the CLSC professionals in 1991, and were given twenty-one hours' training by the regional public health organisation, in 1993.

The interorganisational network remained little changed between 1991 and 1997. It involved a two-level network in which the regional public health organisation maintained influence and partially controlled the project's resources. In addition, the network was composed of the CLSC, the seven community organisations involved in the coalition, and the parish council which provided the coalition with a free news medium.

Table 2 provides an analysis of the five dimensions illustrating the development of the interorganisational network. (1) *Communication*: Communication consisted in announcing the activities to all Lescun's volunteers, as well as planning coalition meetings in co-ordination with those of the community groups. (2) *Transactions*: The network was characterised essentially by four recurring transactions. [a] The regional public health organisation organised annual volunteer days and meetings for CLSC practitioners, so as to provide information, education and encouragement. The frequency of these meetings declined between 1991 and 1997. [b] The CLSC supported the coalition in its operational management and in the organisation and execution of its activities. The weekly time allocated to the coalition declined from two days to two hours between 1991 and 1997. [c] The Senior citizens' club provided its meeting hall free of charge for coalition activities and, as of 1993, integrated the monthly blood-pressure clinics into its routines. [d] A women's association co-organised a conference with the coalition. [e] The coalition had free use of the parish council's monthly bulletin. (3) *Interdependence*: Decision-making was shared by the members. Usually, the CLSC professionals made proposals, the volunteers discussed them, and the decisions were taken by majority vote: « all held in equal standing ». (4) *Governance*: The regional public health organisation was an external entity. It could influence decisions concerning the coalition's activities, it co-ordinated several heart health coalitions and it evaluated coalition effectiveness at the regional level: « like a federation of community groups ». (5) *Rules*: Apart from the majority-vote rule, no explicit

rule or procedure guided the network's communication, transactions, interdependence or governance.

Discussion

Our results suggest that the community heart health coalition at Lescun was effective, i.e. that its functioning met recognised effectiveness criteria. These results also suggest a poorly developed interorganisational network, one that corresponds to a communication network. Thus, it seems that the coalition was effective without having developed its interorganisational network, which, beyond the co-ordination of transactions and governance by the CLSC or regional public health organisation, remained effectively unchanged for six years. Indeed, these transactions diminished between 1991 and 1997 (Table 2: transactions) and the volunteers were seldom in direct contact with the regional public health organisation (Table 2: governance). In this particular case, three types of contextual factor may contribute to explaining the independence of coalition effectiveness and network development: (1) the absence of a voluntary champion, (2) the competition between community groups and the coalition, and (3) the economic, demographic and political context.

First, there is no voluntary champion within the coalition because the potential champions already lead other community groups (Table 1: functioning) and the pool of leaders is limited in a small community (Table 2: communication). As of 1991, the coalition's voluntary leaders expressed the wish that it not be given a formal structure (Table 2: rules). Further, because of the absence of a voluntary champion, the coalition champions are professionals from the CLSC. The absence of structure is due to competition between the community groups and the coalition for the time of volunteers.

Second, this competition is not explicit: on the contrary, there exists informal co-ordination between the community groups and the coalition

(Table 2: communication, transactions and interdependence). It is expressed in the fact that each community group has its own agenda, that potentially common activities are rarely organised in common (Table 2: transactions), and that volunteers are saturated with community work (Table 2: communication). The demography of Lescun might be partially responsible for this. With the population declining and ageing, the pool of volunteers is not being renewed and the demands for community action are rising.

Third, since Lescun is one of Quebec's poorest villages, the priorities of the population and the community groups may not lie in heart health. Further, Lescun suffers from an old political conflict which has divided certain community groups, and which, we suspect, underlies the lack of coalition structure. Each camp represents half of the volunteers (Table 1: functioning), a numerical balance that probably prevents the emergence of any potential voluntary champion: « Mrs X withdraws when Mrs Y is present ». The absence of structure spares the coalition the costs of an open conflict.

As with all case studies, the transferability of our results is limited.³⁴ Nonetheless, they provide a window on the different ways of conceiving certain practices in community health promotion programmes. With a minimal support from the practitioners, coalitions can be effective with neither a voluntary champion nor the development of an interorganisational network. The formalisation of the community leaders' group is not essential to the constitution of an effective coalition. Were this hypothesis to be verified, professionals would have more room to manoeuvre and a larger pool of potential leaders, particularly in communities where leaders are pressed and limited in number. Indeed, for community leaders and non-leaders, this would provide an opportunity for social involvement, without their having to adopt the role of champion, which, for them, may be neither desirable nor possible.

In conclusion, this case study illustrates three related contextual reasons that plausibly explain the absence of an association between effectiveness and network development: the coalition has no voluntary champion, the community groups have their own agenda and the network is already saturated. It suggests that the effectiveness of the Lescun coalition relies more on communication between its members than on transactions, rules or power.

2033 words

References

1. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ Res* 1993;8:315-330.
2. Crozier Kegler M, Steckler A, Herndon Malek S, McLeroy K. A multiple case study of implementation in ten local Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Educ Res* 1998;13:225-238.
3. Gamson WA. A theory of coalition formation. *Am Sociol Rev* 1961;26:373-382.
4. Wandersman A, Valois R, Ochs L, et al. Toward a social ecology of community coalitions. *Am J Health Promot* 1996;10:299-307.
5. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.
6. Crowley KM, Yu P, Kaftarian SJ. Prevention actions and activities make a difference: A structural equation model of coalition building. *Eval Program Plann* 2000;23:381-388.
7. Neville D, Potvin L, MacDonald M, et al. What are the key factors and processes associated with sustained environmental change supportive of health promotion ? Ottawa: Health Canada, National Health and Research Development Program; 2000. Report No.: 6601-1216-94.
8. Pluye P, Potvin L, Neville D, et al. Quels sont les facteurs et les processus clés associés à la pérennisation des changements environnementaux en faveur de la promotion de la santé ? Montréal: Les cahiers du GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal; 2000. Report No.: R00-03.
9. Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu Rev Public Health* 2000;21:369-402.
10. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion: Factors predicting satisfaction, participation, and planning. *Health Educ Q* 1996;23:65-79.
11. Crozier Kegler M, Steckler A, McLeroy K, Herndon Malek S. Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: A study of ten Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Educ Behav* 1998;25:338-353.
12. Florin P, Mitchell R, Stevenson J, Klein I. Predicting intermediate outcomes for prevention coalitions: A developmental perspective. *Eval Program Plann* 2000;23:341-346.
13. Hansen WB, Kaftarian SJ. Strategies for comparing multiple-site evaluations under nonequivalent design conditions. *J Community Psychol* 1994;Special Issue:170-187.

14. Kumpfer KL, Turner C, Hopkins R, Librett J. Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health Educ Res* 1993;8:359-374.
15. Mansergh G, Rohrbach LA, Montgomery SB, et al. Process evaluation of community coalitions for alcohol and other drug abuse prevention: A case study comparison of researcher- and community-initiated models. *J Community Psychol* 1996; 24:118-135.
16. Mayer JP, Soweid R, Dabney S, et al. Practices of successful community coalitions: A multiple case study. *Am J Health Behav* 1998;22:368-377.
17. Rogers T, Howard-Pitney B, Feighery C, et al. Characteristics and participant perceptions of tobacco control coalitions in California. *Health Educ Res* 1993;8:345-357.
18. Denis JL, Champagne F, Contandriopoulos AP, Gerlier-Forest P. Les échanges inter-organisationnels: État des connaissances. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 1990 Avril. Report No.: N90-09.
19. Oliver C. Determinants of interorganizational relationships: Integration and future directions. *Acad Manage Rev* 1990;15:241-265.
20. Smith Ring P, Van de Ven AH. Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic Management Journal* 1992;13:483-498.
21. Friedberg E. *Le pouvoir et la règle*. Paris: Seuil; 1997.
22. Williamson OE. *Les institutions de l'économie*. Paris: Interéditions; 1994.
23. Alter C, Hage J. *Organizations working together*. Newbury Park: Sage; 1993.
24. Ho Park S. Managing an interorganizational network: A framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies* 1996;17:795-824.
25. Jones C, Hesterly WS, Borgatti SP. A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms. *Acad Manage Rev* 1997;22:911-945.
26. Provan K. Embeddedness, interdependence, and opportunism in organizational supplier-buyer networks. *Journal of Management* 1993;19:841-856.
27. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav* 1998;25:258-278.
28. Hays CE, Hays SP, DeVille JO, Mulhall PF. Capacity for effectiveness: The relationship between coalition structure and community impact. *Eval Program Plann* 2000;23:373-379.

29. Pelletier J, Moisan J, Roussel R, Gilbert M. Heart health promotion: A community development experiment in a rural area of Québec, Canada. *Health Promot Internation* 1997;12:291-298.
30. Potvin L, Paradis G, Laurier D, et al. Le cadre d'intervention du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Coeur. *Hygie* 1992;11:17-23.
31. Stachenko S. The Canadian Heart Health Initiative: Dissemination perspectives. *Can J Public Health*. 1996;87(Suppl 2):S57-S59.
32. Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives* 1996;15:179-194.
33. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage; 1990.
34. Yin RK. *Case study research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.

TABLE 1

FIVE CRITERIA FOR COALITION-EFFECTIVENESS: EMPIRICAL ILLUSTRATIONS

1. Participation	<u>Theme – Leadership skills</u> : "There are always a dozen members, others joining on occasion; the twelve participate but not all to the same degree".
2. Satisfaction	<u>Theme – Timely access to evaluations</u> : "Every year we had our review sessions to see if the activities carried out were satisfactory or not: so many activities, so many hours of voluntary work and so many people contacted, it provided motivation and gave encouragement". <u>Theme – Recognition of volunteers</u> : "Thanks to the project, there was a regional meeting of volunteers once a year, intended to motivate, stimulate and encourage; the Lescun volunteers always participated well in the gathering".
3. Leadership	<u>Theme – Leadership skills</u> : "The twelve members don't participate equally; three or four leaders come to all the meetings, it's a shared leadership; you have the impression of forcing a bit but once things are underway, it works; we want neither president nor secretary; we're all more or less equal, all held in equal standing". <u>Theme - Leaders</u> : "We're regarded as leaders and if we lag, everything risks standing still; the CLSC professionals are like consultants to the committee; we are affiliated with the CLSC".
4. Functioning	<u>Theme – Leadership skills</u> : "Three or four leaders come to all the meetings, it's a leadership shared between three or four and it suits them; one takes care of recipes, the other blood-pressure, the other publicity; nobody tries to do it all by himself; the twelve members come to the activities, to work, but they don't bring ideas; Mrs X is president of a group, she withdraws because she has a lot to do; Mrs Y withdraws when Mrs X is present; we have to share duties, they're able to do it but they hesitate; they're not all in the same camp but we didn't notice it too often; that makes five and five (members of each political camp)". <u>Theme - Resources</u> : "Since the volunteers didn't want any structure, they said that they could each establish in their own organisation activities linked to heart health; the volunteers would have been agents for development but it didn't happen like that; it takes people from the CLSC to advance things".
5. Training and ability	<u>Theme - Information available</u> : "It's easy for us CLSC professionals to talk about heart health, but it's more difficult for the volunteers because they don't know what it is; so we drew on the CLSC doctors, nurses and nutritionist, and organised three or four information meetings or evenings". <u>Theme – Leadership skills</u> : "There was a small amount of training at the beginning by CLSC professionals, then the volunteers had twenty-one hours' regional training - that gives them some ability".

TABLE 2
FIVE DIMENSIONS OF THE COALITION'S INTERORGANISATIONAL NETWORK: EMPIRICAL ILLUSTRATIONS

<p>1. Communication</p>	<p><u>Theme - Resources</u>: "Often at the meeting of organisation X or Y, the volunteers will announce the activities of the heart health coalition; in the coalition, there are people who are involved in different groups; the communication is good between the groups; in a small community, the same people are in all the groups, I'm in X and in Y and when we plan the heart health meetings, we don't do it on such a day because that's Y's day". <u>Theme - Resources</u>: "In the small parishes, it's always the same people in the organisations; you get overloaded, you're always in the community hall discussing things".</p>
<p>2. Transactions</p> <p>(a) Regional public health organisation</p> <p>(b) CLSC</p> <p>(c) Senior citizens' club</p> <p>(d) Women's association</p> <p>(e) Parish council</p>	<p>(a) <u>Theme - Information available</u>: "We met at regional level and we were always fifteen or twenty CLSC interveners; we had very fruitful exchanges". <u>Theme - Resources</u>: "On volunteer days, training was done". <u>Theme - Networks</u>: "There was compensation, the annual regional meeting of volunteers; that put them in contact with others; it was intended to encourage them". (b) <u>Theme - Information available</u>: "We wanted to learn about such and such, so the CLSC professionals would talk to their colleagues and ask them to give a talk". <u>Theme - Resources</u>: "We drew on the CLSC resources; the worktime allocated to the Lescun coalition went from two days to two hours per week between 1991 and 1997". (c) <u>Theme - Resources</u>: "The convenience of having a meeting place helped ; the volunteers always had a room available, the community hall or the Senior citizens' club ; the blood-pressure clinic works very well in this organisation; it's another group activity". (d) <u>Theme - Resources</u>: "The association wanted to attract people and a volunteer said that the heart health committee wanted to organise a meeting on osteoporosis, since it's women who are affected the president of the association made it part of its program". (e) <u>Theme - Resources</u>: "The parish bulletin was very open to announcing activities".</p>
<p>3. Interdependence</p>	<p><u>Theme - Leaders</u>: "We left the decision to the volunteers but we stimulated them so that things would advance, so that they'd do things, all the while respecting their decision; we made suggestions to the group and it was up to them to decide; we didn't decide for them". <u>Theme - Leadership skills</u>: "There are three or four leaders; at the beginning of the year we draw up a list of all the possible activities and each person makes suggestions, then we take the activities one by one and decide by majority which are worth it, then, if nobody wants to become involved, we don't do the activity; we're all more or less equal, held in equal standing".</p>
<p>4 Governance</p>	<p><u>Theme - Networks</u>: "The community groups have federations to support them; in heart health, the meetings organised by the regional public health organisation brought together the CLSC members; the volunteers had few direct contacts with the PQDSC".</p>
<p>5. Rules</p>	<p><u>Theme - Leaders</u>: "There is no structure". <u>Theme - Leadership skills</u>: "We want neither president nor secretary". <u>Theme - Resources</u>: Is there a committee secretary? "No, no, there is nothing".</p>

ANNEXE 11- LISTE DES CO-AUTEURS -
PERMISSION DES CO-AUTEURS -
AUTORISATION DE L'ÉDITEUR

LISTE DES CO-AUTEURS

Jean-Louis Denis

Chantal Mannoni

Jocelyne Pelletier

Louise Potvin

Pierre Pluye
Programme de doctorat en santé publique, Promotion de la santé
Université de Montréal

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2002). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. Soumis à Evaluation and Program Planning.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Pierre Pluye inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre "La routinisation des programmes en santé publique".

Louise Potvin

Coauteur

Signature

13-05-02

Date

Jean-Louis Denis

Coauteur

Signature

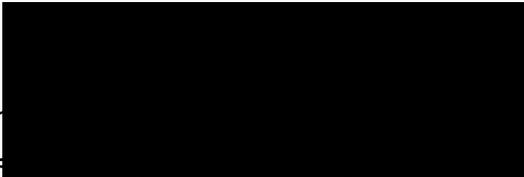
13 mai 2002

Date

Pierre Pluye
Programme de doctorat en santé publique, Promotion de la santé
Université de Montréal

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2002). Program sustainability (Part I): Focus on organizational routines. Soumis à Health Education Research.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Pierre Pluye inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre "La routinisation des programmes en santé publique".

Louise Potvin  13-05-02
Coauteur Signature Date

Jean-Louis Denis  13 mai 2002
Coauteur Signature Date

Jocelyne Pelletier  09-05-02
Coauteur Signature Date

Pierre Pluye
Programme de doctorat en santé publique, Promotion de la santé
Université de Montréal

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2002). Program sustainability (Part II): Sustainability begins in the first events. Soumis à Health Education Research.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Pierre Pluye inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre "La routinisation des programmes en santé publique".

LOUISE POTVIN

Coauteur



Signature

13-05-02

Date

Jean-Louis Denis

Coauteur



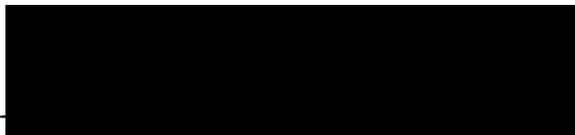
Signature

13 mai 2002

Date

Jocelyne Pelletier

Coauteur



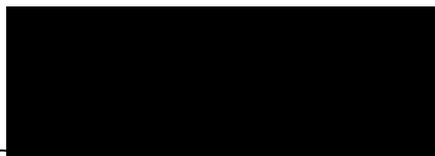
Signature

19-05-02

Date

Mannoni Chantal

Coauteur



Signature

13/5/2002

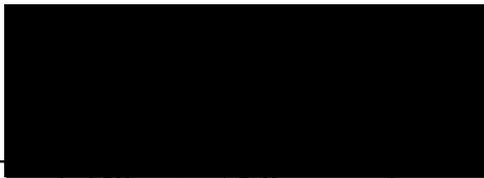
Date

Pierre Pluye
Programme de doctorat en santé publique, Promotion de la santé
Université de Montréal

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7, 99-113.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Pierre Pluye inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre "La routinisation des programmes en santé publique".

LOUISE POTVIN  13-05-02
Coauteur Signature Date

Jean-Louis Denis  13 mai 2002
Coauteur Signature Date

Pierre Pluye
Programme de doctorat en santé publique, Promotion de la santé
Université de Montréal

Pluye, P., Potvin, L., & Pelletier, J. (2002). Community coalitions and health promotion: Is it that important to develop or not an interorganisational network ? Soumis à Canadian Journal of Public Health.

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Pierre Pluye inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre "La routinisation des programmes en santé publique".

Louise Potvin

Coauteur



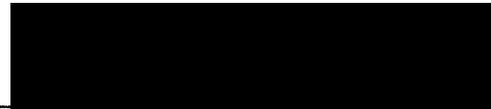
Signature

13-05-02

Date

Jocelyne Pelletier

Coauteur



Signature

19-05-02

Date

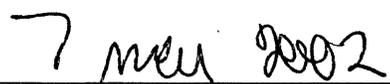
Revue transdisciplinaire en santé
RUPTURES
Secteur de la Santé publique
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale «Centre-ville»
Montréal, Québec H3C 3J7

A QUI DE DROIT,

Je, le soussigné, à titre de rédacteur en chef de la Revue Ruptures, autorise Monsieur Pierre Pluye, étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal, à inclure dans sa thèse de doctorat intitulée « *La routinisation des programmes en santé publique* », l'article « Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). **La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé.** Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7, 99-113. »



François Béland
Rédacteur en chef
Tél.: 343-2225
Courriel: francois.beland@umontreal.ca



Date

Éditeur : Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal