L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : quelques balises conceptuelles et contextuelles

Fascicule 1 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans le cadre de *L'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*

Céline Poissant
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique

Avril 2013

Québec

Rédaction : **Céline Poissant**

Sous la coordination de : **Élizabeth Cadieux**

Comité d'évaluation : **Claude Bégin, Élizabeth Cadieux, Muriel Lafarge, Lise Ouellet, Jean-Pierre Trépanier**

Lectrice externe : **Marjolaine Pigeon, Direction générale de la santé publique, MSSS**

Conception graphique et mise en pages : **Sylvie Harvey**

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra indiquer la source suivante :

POISSANT, Céline. *L'Action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : Quelques balises conceptuelles et contextuelles. Fascicule 1 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans de cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2013, 60 p.

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez contacter :

Céline Poissant au 450 759-1157 ou sans frais 1 800 668-9229, poste 4269.
Par courriel : celine.poissant@ssss.gouv.qc.ca

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca dans la section *Documentation/Publications.*

Cette étude a pu bénéficier d'une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour les années 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2013

Crédits photos page couverture :
© Chrystian Dupuis © iStockphoto © Plastiques GPR
© Société de développement du Centre-ville de Joliette

Dépôt légal : Deuxième trimestre 2013

ISBN : 978-2-89669-140-1 (version imprimée)
978-2-89669-141-8 (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationale du Québec

AVANT-PROPOS

Trois fascicules ont été produits dans le cadre d'un exercice de revue de littérature et recherche documentaire réalisé en marge d'une évaluation réalisée entre 2011 et 2014. Celle-ci a porté sur l'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Les trois outils de réflexion que constituent ces fascicules ont été conçus de façon à refléter le caractère dynamique du processus de l'étude qu'ils ont accompagné.

Le ***fascicule 1*** prend la forme d'une recension des écrits produite lors de la première phase de la collecte des données. En fait, celle-ci a été amorcée avant même le début officiel de l'étude, soit au printemps 2010. Les premières informations obtenues par cette méthode ont notamment servi à élaborer une première ébauche de la *Proposition d'évaluation* (Poissant, 2011) ainsi que les outils de collecte. Toutefois, la suite de la démarche a mis en évidence que le caractère non exhaustif de ce document ne permettait pas de prendre en compte certaines facettes pertinentes de cet objet d'évaluation complexe. Sans compter que, parallèlement à l'évaluation en cours, l'action intersectorielle et la concertation continuaient de susciter l'intérêt de divers groupes et chercheurs, lesquels publiaient de nouveaux textes témoignant de leurs propres réflexions. C'est pourquoi deux fascicules complémentaires ont été produits dans le cadre de la même évaluation. Si leur contenu n'a pas pu servir à orienter la collecte des données, il a pu, du moins, ajouter des éléments d'éclairage différents à l'analyse ultérieure des données collectées.

Le ***fascicule 2*** est consacré à l'évolution des démarches d'action intersectorielle auxquelles contribuent les acteurs de la DSP (Poissant, 2013b, à venir). La recherche documentaire ayant conduit à la rédaction de ce deuxième outil de réflexion a été amorcée lors de la deuxième phase de la collecte des données de l'évaluation. Ce deuxième fascicule s'appuie sur des documents plus directement en lien avec les objectifs de l'étude. Il s'agit, par exemple, de textes d'orientation, bilans et rapports (mais peu de documents de nature administrative tels des comptes rendus de rencontres, plans d'action, etc.) produits exclusivement dans Lanaudière, dans le cadre de démarches concrètes d'action intersectorielle et de concertation. L'analyse de ces documents constitue une source complémentaire d'éclairage, afin de mieux comprendre comment l'AIFSBE et les concepts apparentés ont pu prendre forme dans les pratiques des acteurs lanaudois de la santé publique.

Quant au ***fascicule 3***, il constitue un complément à la recension des écrits initiale (Poissant, 2013c, à venir). Il fait état de diverses publications ayant été repérées par la suite, au fil du processus d'évaluation. En effet, parallèlement à la collecte des données, d'autres documents en lien avec les thèmes abordés ont continué à être repérés et de nouveaux ont été publiés.

Ces derniers documents, recensés en lien avec le fascicule 3, n'ont pas pu servir de source d'inspiration lors de l'élaboration des outils de collecte, notamment des guides de discussion. Ils ne sont pas non plus le résultat exhaustif d'une recherche documentaire aussi délibérée et active qu'au début de la démarche. Par contre, même obtenus de façon plus aléatoire, ils ont pu continuer à alimenter les réflexions générées par l'étude au moment de l'analyse des données collectées « sur le terrain », auprès des acteurs de la santé publique et de leurs partenaires.

En ce qui concerne ***l'étude elle-même***, elle donnera lieu à deux rapports d'évaluation.

Un ***rapport complet*** (Poissant, 2014a, à venir) présentera l'ensemble de la démarche d'évaluation, dont une mise en contexte de sa réalisation, les choix méthodologiques retenus, ainsi que les résultats détaillés obtenus aux différentes phases de la collecte des données et une synthèse de ceux-ci. En outre, les divers outils de collecte élaborés pour les fins spécifiques de l'évaluation seront intégrés en annexe.

Enfin, un ***rapport synthèse*** (Poissant, 2014b, à venir) résumera la démarche et en livrera les principaux faits saillants.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 7

1. DÉFINITION ET ORIGINE DES CONCEPTS 9

1.1 L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être 9

1.1.1 Dans les réseaux québécois et lanaudois de la santé et des services sociaux 9

1.1.2 Dans les milieux canadien et international de la santé 14

1.2 L'action intersectorielle et les concepts apparentés dans d'autres milieux 15

1.3 Le développement des communautés et la participation citoyenne 20

1.4 Synthèse 22

2. DES CONCEPTS AUX ENJEUX, EN PASSANT PAR LE CONTEXTE 23

2.1 Convergence et compatibilité des buts poursuivis par les partenaires et des façons de faire 24

2.2 Réflexion sur le rôle de la santé publique dans les démarches intersectorielles 26

2.3 Forces et faiblesses associées à l'action intersectorielle et à la concertation 30

2.3.1 Forces 30

2.3.2 Faiblesses ou limites 31

2.3.3 Conditions de succès 36

2.3.3.1 Conditions non spécifiques à un secteur 36

2.3.3.2 Conditions identifiées dans le domaine de la santé et des services sociaux 37

2.4 Liens entre l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) et l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) 44

2.5 Synthèse 47

CONCLUSION 51

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 53

INTRODUCTION

La recension des écrits ayant conduit au présent fascicule 1 devait servir principalement à bien cerner, à partir de la littérature scientifique et officielle disponible, le concept central d'« action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être », ainsi que d'autres notions apparentées, dont celles d'« action intersectorielle », de « concertation » et de « partenariat ». Cette première étape de l'étude, réalisée à partir de sources disponibles au centre de documentation de la DSP de Lanaudière, ainsi que par Internet, ne visait pas l'exhaustivité. Il s'agissait plutôt d'esquisser un tableau général de l'univers conceptuel servant de toile de fond à cette étude.

Ce fascicule 1 comporte deux parties. La première est consacrée à la définition et à l'origine des concepts. Il s'agissait ainsi de situer globalement l'intérêt de ces derniers dans le domaine sociosanitaire et aux niveaux lanaudois, québécois, canadien et international. Puis, un effort a été fait afin de mettre en évidence les distinctions principales entre l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE)[1] et les concepts qui s'en rapprochent, plus souvent en usage dans d'autres milieux ou secteurs d'activité que celui de la santé.

La seconde partie, également basée sur la littérature scientifique, porte sur les enjeux entourant le recours aux concepts précédemment explorés, et sur le contexte qui entoure ces enjeux. On y aborde notamment la convergence et la compatibilité des buts poursuivis par les partenaires et des façons de faire, le rôle spécifique de la santé publique dans les démarches intersectorielles, les forces et les faiblesses associées à l'action intersectorielle et à la concertation, ainsi que les liens entre l'AIFSBE et l'évaluation d'impact sur la santé (EIS).

[1] Pour alléger le texte, l'acronyme « AIFSBE » sera employé dans le document, étant donné l'utilisation fréquente de l'expression « action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être » au cœur de l'évaluation. De même, les expressions « action intersectorielle », « action intersectorielle favorable à la santé », « action intersectorielle pour la santé » ou « action intersectorielle en santé », etc., seront remplacées par des acronymes de même type (respectivement AI, AIFS, AIS, etc.).

1. DÉFINITION ET ORIGINE DES CONCEPTS

Cette première partie de la revue de littérature portant sur l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être vise à définir ce concept. En fait, on y retrace d'abord, dans ses grandes lignes, l'évolution historique de ce concept dans les milieux de la santé québécois, canadien et international. En second lieu, quelques autres concepts apparentés sont présentés, qui concernent également d'autres domaines que celui de la santé. Dans l'ensemble, cette première partie de la revue de littérature demeure plutôt descriptive.

1.1 L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être

L'évaluation porte sur l'« action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être », en tant que stratégie retenue dans le *Plan d'action régional de santé publique* (PAR) *de Lanaudière 2009-2012* (ASSSL, 2009). Les premiers efforts de définition ciblent donc ce concept précis.

1.1.1 Dans les réseaux québécois et lanaudois de la santé et des services sociaux

L'expression complète d'« action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être[2] » n'a été relevée que dans des documents produits par des instances québécoises de la santé publique. Le *Plan d'action régional de santé publique* (PAR) *de Lanaudière 2009-2012* (ASSSL, 2009), dont est issue la stratégie au cœur de la présente évaluation, s'articule directement sur le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* (MSSS, 2008). Ces deux documents sont eux-mêmes en continuité avec des versions initiales visant des années précédentes de mise en œuvre. Il s'agit respectivement du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003), ou PNSP, et du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* (RRSSSL, 2003), couramment appelé PAR. De plus, il est important de noter que l'inclusion de cette stratégie dans ces deux principaux documents d'orientation national et régional découle directement de son inscription dans la *Loi sur la santé publique* ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Dans ces deux lois, toutefois, ce n'est pas l'expression formelle et complète d'AIFSBE qui est utilisée. C'est plutôt la notion d'utilité de cette stratégie et de recours possible par les acteurs de santé publique, des niveaux national, régional et local, que l'on retrouve en quelque sorte en filigrane. Ainsi, à l'article 53 de la *Loi sur la santé publique*, on signifie que ces derniers « *peuvent favoriser la concertation entre les intervenants issus de différents secteurs et promouvoir l'adoption de politiques publiques saines* » (MSSS, 2008, p. 69). Il est question également, à l'article 54, du mandat du ministre de la Santé et des Services sociaux à cet égard. Celui-ci consiste à fournir des avis au gouvernement afin de « *promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population* »

[2] Idem.

(*ibid.*). De plus, les ministères et organismes se voient désormais obligés de consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux « *lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population* » (*ibid.*).

Pour ce qui est de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, elle attribue aux agences régionales, à l'article 353, la responsabilité de faire « *la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population, et collabore à leur mise en œuvre avec les autres organismes de la région* ». Parmi ces derniers, sont énumérés : « *les municipalités, les directions régionales des ministères et des organismes gouvernementaux, les établissements du réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur, les services de garde, les organismes communautaires à vocation régionale et les organismes socioéconomiques* ». De plus, l'article 100 de la même loi porte sur le rôle des centres de santé et de services sociaux (CSSS) à cet égard. Ils sont chargés, à titre d'instances centrales des réseaux locaux de services, de « *susciter et animer les collaborations avec les autres intervenants du milieu en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de service à rendre à la population* ».

La version initiale du PNSP (MSSS, 2003) suit de deux ans l'entrée en vigueur de la *Loi sur la santé publique* (2001). Elle consacre un paragraphe à la stratégie portant sur l'AI « *favorisant la santé et le bien-être »,* et elle propose aux acteurs de la santé publique d'y « participer » (MSSS, 2003, p. 22). Par contre, dans la mise à jour de ce document, en 2008, on note que le verbe « participer » a fait place au verbe « soutenir » (MSSS, 2009, p. 66). Cette fois, six pages du document exposent notamment les conditions de réussite de cette stratégie, les contributions attendues des acteurs de santé publique aux trois paliers de responsabilités, ainsi que des exemples où elle a été mise à profit.

Dans la première version du PNSP, les auteurs se limitaient à expliquer brièvement en quoi consistent les AIFSBE. Il y était question des « *leviers d'action directe sur les environnements physique, social et économique* » qui échappent en partie au secteur d'activité de la santé et des services sociaux, bien qu'ils aient une influence sur l'état de santé de la population. On mentionnait également que les AI concernées pouvaient prendre la forme de démarches en vue de « *faciliter l'accès à des ressources, à des services ou à des équipements adéquats et à influencer les décisions de la population dans le sens de la santé et du bien-être ».* Quant au rôle spécifique de la santé publique à cet égard, on le situait notamment dans « *l'appréciation des risques pour la santé associés à des mesures ou à des projets issus des secteurs public ou privé* » et aussi dans « *la détermination de voies d'action susceptibles d'atténuer leurs effets potentiellement négatifs sur la santé* » (MSSS, 2003, p. 22).

L'adaptation régionale de cette stratégie dans les deux versions successives du PAR de santé publique de Lanaudière a également connu une évolution significative. Dans celle de 2003, elle n'est pas reprise comme telle, en tant que stratégie transversale susceptible d'être appliquée dans les sept domaines d'intervention considérés. Ses principes sont plutôt mentionnés comme

des façons de faire privilégiées en vue de mettre en œuvre le « domaine[3] » du développement des communautés. Plutôt qu'une stratégie d'action formelle comme dans le PNSP, des éléments en lien avec l'AIFS sont présentés, en quelque sorte, comme des conditions nécessaires aux activités de développement des communautés. Il s'agit :

> *d'établir des partenariats avec les autres acteurs sociaux et économiques; de soutenir les activités intersectorielles qui facilitent l'accès à des milieux et à des activités favorables à la santé et au bien-être et à l'adoption de saines habitudes de vie; de développer des liens plus étroits avec le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, le milieu du travail, le milieu communautaire, les villes et les autres milieux de vie en vue d'assurer la mise en place d'actions concrètes visant à réduire les problèmes sociaux et de santé.* (*ibid*., p. 71)

Par contre, dans la version de 2009 du PAR de Lanaudière, le soutien à l'AIFSBE est considéré comme une stratégie d'action à part entière. Une page y est consacrée, et elle contient de larges extraits de texte à ce sujet repris de la mise à jour de 2008 du PNSP. En fait, on peut dire qu'on y résume le contenu du document d'orientation national. On y retrouve, de plus, le lien privilégié avec la stratégie du développement des communautés, à laquelle la DSP de Lanaudière accorde une importance particulière. Ce lien est ainsi formulé :

> *Au-delà de l'offre de service planifiée, cette stratégie accompagne les efforts de mobilisation et d'organisation des milieux locaux dans une perspective de développement durable des communautés, efforts auxquels participent les acteurs du RSSS et ceux des autres secteurs d'activité de la région.* (ASSS de Lanaudière, 2009, p. 183)

Cette orientation associant étroitement la stratégie de soutien à l'AIFS au développement durable des communautés était d'ailleurs au cœur du *Rapport du directeur de santé publique de Lanaudière* publié en 2007 (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007). Sans que la stratégie soit formulée explicitement comme telle, de nombreuses allusions à ses visées, ses principes, ses méthodes, se retrouvent dans le document. Par exemple, on signale que la complexité des problèmes sociaux et de santé entraîne la nécessité de les aborder « *avec un champ de vision élargi* » tout en travaillant « *ensemble sur un modèle de développement intégrant tous les aspects de la vie collective* ». La Direction de santé publique s'y engage notamment à collaborer aux « *actions concertées favorables au développement durable des communautés* » ainsi qu'« *à la promotion ou à l'application de politiques publiques favorables à la santé et à la qualité de vie de la population lanaudoise actuelle et à venir* ». (*ibid*., p. 28) En outre, l'exemple présenté du Groupe de travail en sécurité routière de Lanaudière constitue une illustration des premiers efforts de travail intersectoriel entrepris dans la région (*ibid.,* p. 25[4]).

---

[3] Il faut noter que, dans les deux versions du PNSP produites à ce jour, le développement des communautés est plutôt considéré comme une stratégie d'action.

[4] On peut noter qu'on trouvera, dans le deuxième fascicule de la présente série, une description un peu plus détaillée de cette démarche. En outre, ce deuxième fascicule présentera également les principaux autres processus d'action intersectorielle auxquels prend ou a pris part la DSP de Lanaudière, ainsi que des textes et outils de réflexion portant sur le concept de développement des communautés, tel qu'appliqué dans la région et ce, en lien avec divers travaux réalisés par Bégin et Ouellet.

On doit ajouter, par ailleurs, que la sensibilité des instances de santé publique à l'égard de l'AI s'était manifestée bien avant l'entrée en vigueur des deux lois et la publication des documents d'orientation ministériels et régionaux mentionnés dans les précédents paragraphes. Selon Lebeau, Vermette et Viens (1998, p. 195), le concept plus vague d'« intersectorialité » aurait inspiré notamment les travaux d'élaboration de la Politique de santé mentale (Harnois et col., 1987) et du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988), de même que la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Gouvernement du Québec, 1991) et la *Politique de santé et du bien-être* (MSSS, 1992).

Cette dernière identifiait six grandes stratégies d'intervention portant sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Deux d'entre elles préfiguraient déjà des éléments ou principes de l'AIFSBE. Il s'agit d'abord de la stratégie consistant à « *harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être, en agissant sur : les interventions des pouvoirs publics; le dynamisme local et régional* » (*ibid*., p. 169-172). On peut mentionner aussi, en complément, la stratégie visant à « *soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires, en agissant sur : les milieux de vie; l'environnement social; l'environnement physique* » (*ibid*., p. 145-153).

Pour ce qui est du pendant régional de cette politique, le *Plan d'action régional dans Lanaudière 1995-1998* (RRSSS de Lanaudière, 1995), on y retrouve aussi des allusions à l'importance de l'action intersectorielle (AI), de la concertation et du partenariat. Celles-ci sont formulées au chapitre du rôle de la Régie régionale[5] dans le cadre d'orientation du plan d'action. L'organisation régionale s'y engageait notamment à « *susciter, favoriser, faciliter et supporter le partenariat et la concertation des acteurs dans l'actualisation des voies d'action* ». Elle adoptait également un mandat de représentation auprès de diverses organisations nationales, tels la Conférence des régies régionales, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Conseil de la santé et du bien-être, afin de « *susciter le partenariat et la concertation entre les autres secteurs d'activité gouvernementale et celui de la santé et des services sociaux ainsi que de favoriser une cohérence au niveau régional et provincial* » (*ibid*., p. 14).

On peut mentionner qu'aux paliers national et régional, la prise en compte de l'action intersectorielle en santé (AIS) a été retracée dans d'autres documents que ceux qui ont été cités précédemment. Par exemple, un rapport de recherche produit dès le début des années 1990 (Fortin et coll., 1994) portait essentiellement sur cette thématique, déjà perçue comme une stratégie d'intervention privilégiée en santé. La recherche dont il était question poursuivait notamment les objectifs de « *clarifier conceptuellement la notion* » d'AIS et de « *fournir des indications concrètes aux personnes qui désirent entreprendre des actions intersectorielles* »,

[5] Les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) sont les structures administratives régionales du réseau sociosanitaire qui ont existé entre 1993 et 2003. Elles ont par la suite été remplacées, jusqu'en 2006, par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS). Depuis 2006, ce sont les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) qui constituent l'instance régionale de ce réseau.

dans un contexte où, selon les auteurs, cette pratique était déjà « *fortement recommandée un peu partout dans le monde* » (*ibid*., résumé, p. non numérotée).

D'autre part, avant l'apparition de la notion précise d'AIFSBE, certains auteurs québécois s'étaient penchés spécifiquement sur l'AI en lien avec une problématique de santé particulière. C'est le cas, par exemple, de Lebeau, Vermette et Viens (1998) qui ont étudié l'application de cette stratégie en prévention de la toxicomanie, en vue de mettre en évidence ses conditions de réussite. Comme le précisent les auteurs, des *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes* (MSSS, 1990), inspirées des travaux du Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (Bertrand, 1990), préconisaient l'action intersectorielle en ce domaine.

Dans le même sens, Rondeau et collaborateurs (2001) se sont intéressés pour leur part **à la « concertation intersectorielle » en matière de violence conjugale. Leur étude avait** des visées plus descriptives. Il s'agissait de dresser un portrait des tables de concertation dédiées à cette problématique dans les différentes régions du Québec, dans un contexte où ces expériences étaient peu documentées. Dans ce domaine également, l'action concertée était déployée conformément à des orientations gouvernementales. Celles-ci avaient été formulées dans la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale, *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, adoptée en 1995. Cette stratégie d'action était considérée comme « *un élément privilégié de la politique québécoise en la matière* », compte tenu « *de la complexité de la problématique de la violence conjugale, de sa spécificité et de son ampleur* » (Rondeau et coll., p. 45).

Par la suite, également, un document d'orientation gouvernementale en matière d'agression sexuelle (MSSS, 2001) a posé la concertation intersectorielle comme étant la première condition de réussite des interventions portant sur ce problème.

Dans le même ordre d'idée, une publication de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) portant sur le développement social et le développement des communautés (collectif d'auteurs, 2002, p. 33-34) mentionnait l'intersectorialité comme étant « *une base indispensable à la réalisation de projets liés au développement* » auxquels pouvait participer la santé publique. Parmi les partenaires intersectoriels jugés importants à cet égard, on identifiait : les organismes communautaires autonomes, les centres locaux de développement (CLD), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, les centres locaux d'emploi (CLE), les corporations de développement économique communautaire (CDEC), les corporations de développement communautaire (CDC), les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC), les municipalités, les MRC (municipalités régionales de comté) et les communautés urbaines, le milieu de l'éducation et les conseils régionaux de développement (CRD).

1.1.2 Dans les milieux canadien et international de la santé

L'intérêt pour l'AIFSBE ou l'AIS ne se limite pas au réseau québécois de la santé et des services sociaux. On peut, d'ailleurs, retracer l'évolution de ce concept en consultant des documents publiés par les principales organisations canadiennes dédiées à la santé et des documents émanant d'organisations internationales du même domaine, dont ils s'inspirent souvent. L'orientation québécoise en matière d'AIFSBE peut ainsi être considérée comme une appropriation et une adaptation provinciales de cette stratégie développée d'abord à un autre niveau de planification.

Selon Santé Canada (2000, p. 2), l'action intersectorielle *pour* la santé (AIS) serait :

> *une relation nettement définie et mutuellement profitable qui a été établie entre deux secteurs ou plus pour prendre des mesures en vue d'atteindre des résultats sur la santé plus efficaces et plus durables que si le secteur de la santé agissait seul.*

Parmi les publications de l'Agence de santé publique du Canada, on retrouve aussi mention de l'AIS. La définition qui en est donnée dans l'une d'elles (2007, p. 3) réfère à un document plus ancien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

> *Lien reconnu entre une partie ou des parties du secteur de la santé et une partie ou des parties d'un autre secteur, qui a été noué pour intervenir dans un problème en vue d'atteindre des résultats en matière de santé (ou des résultats intermédiaires en matière de santé) d'une manière plus efficace, plus efficiente et plus durable que le pourrait le secteur de la santé s'il devait agir seul.* (*WHO Health,* 1997, p. 3)

Selon Lebeau, Vermette et Viens (1998, p. 195), l'OMS serait « *l'un des premiers acteurs à promouvoir le concept de l'intersectorialité* ».

Le document précédemment cité de l'Agence de santé publique du Canada (*ibid.,* p. 5-6) contient une rétrospective de quelques moments clés du développement international de la « *stratégie d'AIS* » à laquelle se sont ralliés le Canada, puis le Québec. On y précise que cette stratégie a initialement fait son apparition lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, à Alma Ata en 1978. Par la suite, dans les années 1980, il en a été question lors d'autres conférences internationales sur la santé, dont celle qui a abouti, en 1986, à la Charte d'Ottawa, axée principalement sur la promotion de la santé.

Puis, dans les années 1990, les efforts en vue de développer l'AI se sont multipliés. En 1997, une conférence de l'OMS a porté spécialement sur ce thème. En outre, les raisons conduisant à promouvoir ce type d'action y ont été exposées. En résumé, on considérait alors la nécessité de se doter d'une « *nouvelle vision de la santé en vertu de laquelle le secteur de la santé serait l'un des nombreux interlocuteurs intersectoriels d'une toile qui tire parti d'un leadership, de compétences, de données et de renseignements d'un nouveau genre* ». De plus, des besoins avaient alors été évoqués à l'égard de la mise en place de « *nouveaux systèmes de gestion des*

partenariats et des alliances » et de « *meilleurs éléments probants pour donner à voir l'incidence de l'action intersectorielle sur la santé et les interventions sanitaires* » (*ibid.*).

Ensuite, les années 2000 ont été marquées dès le départ par la Charte de Bangok pour la promotion de la santé. On y a souligné à nouveau l'importance de dépasser « *les limites sectorielles* ». Puis, on a observé dans certains pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), dont le Royaume-Uni et la Suède, l'entrée en vigueur de politiques s'attaquant aux inégalités en matière de santé. Dans cette foulée, l'Union européenne a établi en 2006 une « *directive de vaste portée ayant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles* ». (*ibid.*) La préoccupation pour les répercussions sur la santé des différentes politiques gouvernementales, liées à d'autres secteurs d'activités, est également née dans le même mouvement.

Il semble que ce soit d'abord au sein de l'Union européenne (EU), en 2006, que cette dernière perspective a été officiellement lancée. Elle a d'abord pris la forme d'une directive intitulée *La santé dans toutes les politiques*. Celle-ci a notamment accordé une place importante à l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), concept qui sera abordé plus en détail à la section 2.4.

1.2 L'action intersectorielle et les concepts apparentés dans d'autres milieux

Pour les secteurs d'activités autres que ceux de la santé ou, plus précisément de la santé publique, l'AI n'est pas nécessairement centrée sur des finalités de santé et de bien-être. En fait, dans ces milieux susceptibles d'agir de façon intersectorielle avec celui de la santé, on utilise davantage des concepts plus génériques pour faire état des démarches rassemblant divers secteurs d'activité en vue de poursuivre des objectifs communs. Dans les prochains paragraphes, certains d'entre eux, les principaux, seront présentés de façon essentiellement descriptive.

Selon Santé Canada, l'***action intersectorielle*** (2000, p. 1) consisterait en :

> *la collaboration de plusieurs secteurs de la société pour initier des actions dans un domaine d'intérêt commun. Ces secteurs regroupent des ministères comme ceux de la Santé, de l'Éducation, de l'Environnement et de la Justice, ainsi que des particuliers, des organismes sans but lucratif et des entreprises privées.*

D'après René et Gervais (2001, p. 22), l'AI se traduirait généralement, au Québec, « *par des collaborations entre des acteurs mobilisés autour de questions de santé publique et de bien-être* ». Cette pratique se distinguerait surtout du partenariat par le fait qu'elle chercherait « *à mobiliser divers secteurs d'activités (par exemple, la santé et les services sociaux, le milieu scolaire, le monde municipal, le milieu communautaire)* ».

Pour Ouellet, Paiement et Tremblay (1995, p. 5), l'action intersectorielle réunirait plus généralement « *des ressources de divers secteurs d'activités, possédant des mandats*

complémentaires et des fonctionnements parfois différents, afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe ».

D'autres auteurs et organisations ont travaillé à définir et distinguer différents concepts apparentés à l'AI, mais non nécessairement associés au domaine de la santé. Sans faire ici un compte rendu exhaustif de tous ces travaux, de tous les concepts répertoriés et de toutes leurs définitions possibles, un aperçu de ce vaste ensemble est présenté dans les prochains paragraphes. Il permet de saisir la multiplicité des nuances conceptuelles qui coexistent en cette matière.

Dans cet ordre d'idée, Côté, St-Louis et Bourque (2010, p. 9) expliquent en quoi consiste l'***action concertée***, concept se distinguant de celui d'AI par la dimension intersectorielle non nécessairement présente. Autrement dit, l'action concertée peut très bien se dérouler exclusivement entre acteurs d'un même secteur d'activités. Les auteurs montrent, en outre, en quoi ce concept est pour eux semblable et différent de celui de ***concertation***.

> *L'action concertée est, comme la concertation, un processus collectif structuré, régulier et volontaire. Les échanges entre les participants ne sont pas formalisés par un contrat. L'action concertée se distingue toutefois de la concertation par son objectif, qui s'oriente davantage vers la réalisation d'un projet ou d'un service spécifique. Les comités d'action concertée vont plus loin dans l'action que les tables de concertation plus classiques, dont les principales activités sont le réseautage, l'échange d'informations, la coordination des services offerts et la réalisation de certaines actions de nature plus ponctuelle.* [...] *Au sein des comités d'action concertée, l'action ne découle pas de discussions sur des enjeux ou des problématiques, elle constitue l'objet même de la création du comité. Il s'agit donc surtout de lieux d'opérationnalisation d'une concertation préalable.*

Par ailleurs, la ***concertation intersectorielle*** est définie par Bourque (2008, p. 37) comme une stratégie déployée autant par les communautés que par les pouvoirs publics. Elle aurait été privilégiée en raison des « *problèmes complexes que les approches compartimentées par programme ne sont pas parvenues à résoudre* ». L'auteur attribue ses origines à deux sources, soit, d'une part, « *la transformation de la gestion publique du développement social au Québec* »; et, d'autre part, « *l'évolution des formes de réponse collective des communautés aux problèmes qui les confrontent* ».

Quant à l'***intersectoriel***, on peut le considérer à la fois comme un nom et comme un adjectif. Comme nom, il représente en quelque sorte un champ d'exercice de la concertation ou de l'action intersectorielle. Ainsi, selon le Programme des Nations-Unies pour le développement (UNDP, 2006), l'intersectoriel :

> *comprend un ou plusieurs domaines thématiques ou administratifs. Plusieurs secteurs : agriculture, éducation, santé et transport sont influencés par une politique ou par un programme ou y participent. Les réponses politiques au VIH/sida, à l'égalité des sexes ou*

au développement durable sont considérées comme étant intersectorielles. C'est un synonyme de « multiculturel ».

Dans la MRC lanaudoise de L'Assomption, une démarche évaluative ayant porté sur la concertation locale (Guernon, Guedon et Malboeuf, 2009) a retenu des définitions plus simples et opérationnelles des différents types de concertation identifiées. Ainsi, dans le cadre de cette évaluation participative, la *concertation intersectorielle* désignait spécifiquement « *une concertation qui ne se limite pas à un certain nombre de secteurs, donc qui traite de tous les secteurs d'activités* » (*ibid.,* p. 34). On précisait que les secteurs d'intervention d'une organisation pouvaient correspondre soit à des « *champs d'activité* » (par exemple, l'alimentation, le logement, la culture, le transport, l'éducation, les loisirs et sports, la santé physique, la santé mentale, etc.), soit à des « *types de clientèles desservis par l'organisation* » (par exemple, les jeunes, les enfants, les familles, les aînés, etc.).

Trois autres formes de concertation étaient distinguées lors de la même démarche évaluative, soit la *concertation territoriale*, la *concertation multi-réseaux* et la *concertation globale*. Celles-ci étaient ainsi définies :

- **Concertation territoriale** *: Une concertation territoriale est un bon exemple de concertation intersectorielle. C'est-à-dire que le « sujet » de concertation est le territoire et sa population dans son ensemble, plutôt que certains secteurs de la population ou des problématiques vécues par le territoire. L'ampleur du territoire peut varier (un quartier, une ville, une MRC, etc.).*

- ***Concertation multi-réseaux*** *: Le réseau d'une organisation correspond dans le questionnaire d'évaluation à son type d'organisation (organismes communautaires, institutions publiques, municipalités, entreprises, etc.). Il arrive même de retrouver plusieurs réseaux au sein d'un même type d'organisation (ex. : réseau de la santé, réseau de l'éducation, etc.). Une concertation multi-réseaux est une concertation qui ne limite pas ses participants à un certain réseau, mais qui cherche la participation de plusieurs réseaux.*

- **Concertation globale** *: Selon la typologie développée dans le rapport d'évaluation, une concertation globale est une concertation* ***nécessairement intersectorielle, multi-réseaux et la plupart du temps territoriale qui vise à « mettre en place les conditions permettant à la communauté de développer la communauté »****. Par distinction à la concertation des organisations qui vise à « faire en sorte que les organisations offrent une complémentarité de services à la population » et par distinction à la concertation des intervenants qui vise à « permettre aux intervenants d'améliorer leurs pratiques auprès d'individus ». La concertation globale est souvent appelée approche globale ou approche intégrée.*

Dans leur étude évaluative du même type réalisée dans la MRC des Moulins, Côté, St-Louis et Bourque (*ibid*., p. 12 et 13), en se basant sur les travaux de Bourque (2008), distinguent deux types de concertation intersectorielle : la *concertation intersectorielle thématique* et la *concertation intersectorielle territoriale*. La première fait référence à la rencontre d'« *acteurs de différents secteurs ou champs d'intervention ayant des missions souvent différentes* », lesquels se regroupent « *autour d'une thématique commune* ». À titre d'exemple, on mentionne qu'une table de concertation jeunesse réunit notamment le CSSS, la commission scolaire, le service de police et les maisons de jeunes. Quant à la concertation intersectorielle territoriale, elle se caractérise selon ces auteurs par le fait qu'elle « *cible un territoire donné dans sa globalité* », tout en étant « *constituée d'acteurs de secteurs d'activités diversifiés* ».

Par ailleurs, la « simple » ***concertation*** est définie par Bourque (2008, p. 5) comme étant « *une forme de coopération* ». Plus précisément, il s'agirait d'un :

> *processus collectif de coordination basé sur une mise en relation structurée et durable entre des acteurs sociaux autonomes qui acceptent de partager de l'information, de discuter de problèmes et d'enjeux spécifiques (par problématique ou par territoire) afin de convenir d'objectifs communs et d'actions susceptibles de les engager ou non dans des partenariats.*

Du point de vue de la Coopérative de consultation en développement La Clé (2009), on peut apporter quelques précisions à cette définition de base. Ainsi, la concertation serait aussi :

> *une dynamique à la fois coopérative et conflictuelle qui donne lieu à une vision commune des paramètres de l'amélioration ou de la transformation à réaliser. Par la mise en commun des analyses et des solutions perçues, les acteurs sociaux rassemblés forgent l'éventuelle solidarité requise pour assurer la durabilité de leurs projets et peut-être même l'engagement mutuel leur permettant d'agir sur d'autres fronts dans le futur. Il s'agit, en fait, d'un processus participatif de formulation et d'appropriation d'une vision commune qui engendre un sentiment d'appartenance au projet.*

Pour leur part, Ouellet, Paiement et Tremblay (1995, p. 5) considéraient que la concertation constituait « *un préalable incontournable à l'action intersectorielle* ». Ainsi, avant de s'engager ensemble pour réaliser une AI, les partenaires devraient reconnaître que « *la concertation permet de faire plus ou mieux ensemble* ».

Bourque (*ibid.,* p. 8), au terme d'un exposé de différents aspects du concept apparenté de ***partenariat***, en propose également une définition synthétique. De son point de vue, le partenariat consisterait en :

> *une relation d'échange structurée et formalisée (par contrat ou entente) entre des acteurs sociaux (communautaire, économie sociale, institutionnel, privé) impliqués dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation et l'évaluation d'activités ou de services.*

Dans le même sens, la Coopérative de consultation en développement La Clé (2009) propose la définition suivante du partenariat. Il s'agirait d'un :

> [...] *engagement formel, voire même contractuel, entre les différents acteurs qui sont alors nommés partenaires. Le partenariat implique un partage des responsabilités et amène à faire en sorte que les mandats de chacun dans le changement soient connus et précis. Il permet de déterminer collectivement les ressources et les structures organisationnelles qui seront nécessaires pour le réaliser.*

Quant à la ***collaboration***, Bourque (*ibid*., p. 4-5) considère qu'elle « *désigne généralement les relations peu structurées et formalisées entre deux organisations* ». Il précise à l'égard de quel type d'activités prennent place ces relations :

> *La collaboration se déroule dans le cadre de l'offre de service courant des organisations et ne nécessite pas de protocole ou d'entente de services. La collaboration n'est pas synonyme de coopération, car elle n'implique pas que les parties s'associent et partagent un but commun, mais plutôt acceptent d'apporter leur contribution à la réalisation de la mission de l'autre, le plus souvent par des références ou de l'échange ponctuel d'information.*

On peut ajouter que la notion de ***mobilisation*** est fréquemment employée en lien avec les processus de concertation, susceptibles de s'appuyer sur le recours au partenariat. Pour la Coopérative de consultation en développement La Clé (2009), la mobilisation comporte deux constituantes, soit la construction identitaire collective (le « NOUS ») et la réalisation de l'action collective (projet commun). Dans le cadre de son projet *Vers L'Impact*,[6] le même organisme propose la définition suivante de la mobilisation :

> *Le mot « mobilisation » fait référence au passage à l'action pour changer une situation, effectué collectivement (action collective) par un regroupement d'acteurs (acteur collectif). Changer une situation, c'est répondre à des besoins, résoudre des difficultés, améliorer les conditions de vie, modifier des fonctionnements, etc.*

On y précise également que l'expression « *mobilisation des communautés locales* » renvoie plus particulièrement à :

> *un processus global par lequel les forces vives d'une communauté locale se regroupent pour agir ensemble à la réalisation d'une vision élaborée de concert. La mobilisation des communautés locales correspond, en fait, aux actions qui suscitent l'engagement et qui regroupent des individus et des organismes locaux concernés par une situation qu'ils souhaitent transformer.*

[6] Consulté en ligne le 12 janvier 2011, à l'adresse : http://mobilisation-communautes.qc.ca/6_44_la-mobilisation.aspx

Pour leur part, Sénécal et collaborateurs (2010b, p. 5) considèrent que « *la mobilisation autour des problèmes et enjeux* » d'un quartier, qu'ils nomment « *l'agir sur les situations* » et parfois « *la capacité d'agir sur les situations* » serait « *l'effet premier de la concertation* ».

Finalement, ce bref survol des principaux concepts gravitant autour de celui d'AIFSBE a eu pour effet de mettre en évidence les particularités de ce dernier, propre au domaine de la santé publique. Il a permis aussi d'entrevoir la parenté entre ces différents concepts.

1.3 Le développement des communautés et la participation citoyenne

Deux autres concepts méritent d'être abordés de façon spéciale, distincte de ceux ayant été présentés à la section précédente. Il s'agit du *développement des communautés* et de la *participation citoyenne*. En effet, le paysage social du Québec, dont fait partie Lanaudière, est marqué depuis quelques années par une relative effervescence dans la mise en œuvre de démarches de développement local apparentées à de la concertation. Celles-ci invitent souvent à la participation citoyenne. De plus, les acteurs de la santé publique y sont généralement associés, étant donné que le développement des communautés et l'action intersectorielle sont considérés, selon Côté (2009, p. 16) comme deux stratégies « *distinctes, mais s'interpellant mutuellement* ». Autrement dit, l'une sert à l'autre et vice versa.

Les démarches de développement local dont il est question peuvent se rattacher à divers courants, dont « *les expériences Agenda 21, les Opérations d'aménagement populaire dans les quartiers montréalais, Villes et villages en santé, les démarches de revitalisation intégrée et de développement social intégré* » (Forest et St-Germain, 2010, p. 11). Dans Lanaudière, on retrouve principalement des initiatives désignées par l'appellation « *démarches d'animation territoriale en développement durable* », lesquelles étaient soutenues par le Réseau d'animation en développement durable de Lanaudière (RADD-L)[7].

Dans Lanaudière également, la DSP a choisi d'accorder une importance centrale au concept spécifique de *développement durable des communautés*. L'édition 2007 du *Rapport du directeur de santé publique de Lanaudière* (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007) expliquait cette orientation de l'organisation en précisant qu'il s'agissait d'adopter une perspective de développement durable dans la mise en oeuvre d'actions réalisées avec ses partenaires et ses collaborateurs et visant le développement des communautés. Le document propose des définitions empruntées à d'autres auteurs.

Concernant le ***développement durable***, la définition retenue est celle du Rapport Brundtland de 1987, soit « *une forme de développement qui permet aux générations actuelles de répondre à leurs besoins sans remettre en cause la capacité des générations à venir de répondre aux leurs* ». Il est précisé que cette forme de développement « *englobe les dimensions économique, sociale, écologique et culturelle d'une société* ». On ajoute aussi que la finalité poursuivie serait

[7] On peut noter que ce réseau a cessé ses activités au printemps 2011.

« *l'amélioration de la condition humaine, d'où l'importance d'intervenir auprès des populations les plus démunies* » (Bégin, Ouellet et Cadieux, p. 10).

À propos du ***développement des communautés***, le *Rapport du directeur de santé publique de* Lanaudière retient une définition de l'INSPQ (collectif d'auteurs, 2002, p. 16). Cet autre aspect du développement ferait ainsi référence à « *un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidants et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique* ».

Selon le même document, une série de capacités pourraient être développées au sein des communautés grâce à l'action concertée dans une perspective de développement durable. Il s'agit de :

> *envisager l'avenir (pensée prospective); identifier et résoudre les problèmes ainsi qu'innover de manière interdisciplinaire et intersectorielle; être solidaire; planifier et agir en prévoyant les conséquences et les effets d'une situation (à court, à moyen et à long terme); régler les conflits de manière démocratique; apprendre à apprécier des styles de vie durables; imaginer et construire un autre modèle de développement* (*ibid.* p, 11).

Quant à la ***participation citoyenne***, malgré l'importance qui y est accordée, notamment dans les démarches d'animation locale en développement durable des communautés, on ne trouve pas de définition précise de ce concept dans les documents régionaux précités. Pour Lanaudière, Forest et St-Germain (2010, p. 11) s'efforcent tout au plus de décrire le type de participation attendue des citoyens dans le cadre des démarches d'animation locale soutenues par le RADD-L[8]. Les auteures précisent que, la démarche proposée s'inscrivant dans la durée, « *l'engagement des citoyensNEs est donc sollicité sur une longue période* ». Elles ajoutent qu'ils sont « *systématiquement accompagnés par des intervenantEs* », que ces derniers sont généralement « *membres et formés par le RADD-L*[9] », et qu'ils proviennent « *des diverses organisations qui soutiennent les démarches : CLD, SADC, CSSS, etc.* »

Dans le même sens, Bégin, Ouellet et Cadieux (*ibid.,* p. 12) mentionnaient simplement, dans le *Rapport du directeur de santé publique de Lanaudière* de 2007, que « *dans l'esprit d'une animation locale, la participation et la consultation des citoyens doivent rester au centre des préoccupations des acteurs concernés* ». On peut noter toutefois que les mêmes auteurs, dans une présentation précédente portant sur le développement local (2006, p. 19-21), s'étaient efforcés d'expliquer les particularités de la démocratie directe et de la participation citoyenne. Bien qu'on n'y trouve pas de définition claire de la participation citoyenne, on comprend que le type ou le niveau de participation attribué aux citoyens d'une communauté est associé à un niveau de pouvoir plus ou moins grand. L'échelle de ce pouvoir va du marketing social (aucun pouvoir) au contrôle (le plus de pouvoir), en passant par le sondage, l'information, la consultation, les plaintes et ombudsman, la délégation et le partenariat.

---

[8] Idem.

[9] Idem.

Pour sa part, Bourque (2008, p. 117) souligne que la participation citoyenne peut comporter différents niveaux d'influence, pouvant aller « *de l'information, à la consultation, à la décision* ». Dans le même ordre d'idée, faisant référence à Thibault, Lequin et Tremblay (2000), Bourque (2004, p. 88) distinguait précédemment trois catégories de participation associées au pouvoir, pour les organismes communautaires aussi bien que les citoyens. Il s'agissait de « *la participation sans pouvoir (communication-marketing social, sondage), le pouvoir d'influencer (information, consultation et plainte) et le pouvoir partagé (délégation, partenariat, contrôle)* ».

De même, Duperré (2010, p. 13) considère qu'il y a une « *intrication constante entre la question de la participation citoyenne et la notion de pouvoir* ». La notion de citoyenneté lui apparaît également inséparable de celle de participation citoyenne. Dans des travaux portant sur la participation citoyenne dans les entreprises d'économie sociale en santé mentale, l'auteure s'appuie sur la définition suivante de la participation citoyenne, empruntée à Arnstein (1969) :

> [...] *la participation citoyenne est une catégorie sémantique du pouvoir citoyen. C'est la redistribution du pouvoir qui permet aux citoyens démunis, présentement exclus des processus politiques et économiques, d'être délibérément inclus dans le futur. C'est la stratégie par laquelle les démunis se joignent à la manière dont l'information est partagée, comment les buts et les politiques sont établis, quelles sont les ressources qui leur seront allouées, quels sont les programmes qui seront offerts et comment les bénéfices de ceux-ci seront répartis*. (Duperré, 2010, p. 15)

Selon Mercier, Bourque et St-Germain (2009, p. 24), on pourrait également distinguer les formes de participation citoyenne, ou « *expression de la citoyenneté* », en fonction de trois principales dimensions où elle peut s'exercer. Il s'agit des dimensions politique, civique et sociale.

On peut noter que, dans l'étude de Côté, St-Louis et Bourque (2010) déjà citée, portant sur les pratiques de concertation sur le territoire de la MRC des Moulins, les citoyens sont considérés comme une catégorie d'acteurs participant à la concertation (il n'est pas question spécifiquement ici d'AI, et encore moins d'AIFSBE). Il est précisé que, dans ce cadre :

> *La catégorie des citoyens est composée des personnes qui participent aux lieux de concertation dans le seul but d'exercer leurs droits civiques et leur désir d'engagement envers la collectivité. Ces citoyens sont des représentants de la communauté et ils agissent en fonction de leur propre réalité sociale. Ils ne représentent pas un organisme ou une institution.*

1.4 Synthèse

Cette section consacrée au concept central d'AIFSBE et à d'autres gravitant autour de celui-ci a adopté une démarche chronologique inversée ayant permis de remonter à l'origine de l'AIFSBE. Ainsi, il a été possible de saisir que cette dernière représente en quelque sorte la forme, la version ou, peut-être simplement, l'appellation québécoise d'une stratégie d'action

développée et promue dans le cadre de grandes conférences internationales sur la santé depuis plus d'une dizaine d'années.

L'exposé a permis également de constater qu'au Québec, les concepts d'AIS et d'AIFSBE ont été formellement intégrés à des documents d'orientation provinciaux (PSBE, PNSP, etc.) et régionaux (Plan d'action régional de la PSBE, PAR, etc.) qui prescrivent son emploi par les acteurs de la santé publique. À ce propos, une évolution a été notée entre le PNSP initial et sa mise à jour de 2008, ainsi qu'entre le PAR lanaudois de 2004-2007 et celui de 2009-2012. La principale transformation observée porte sur le passage d'un mandat de « participation » à un mandat de « soutien » à l'AIFSBE attribué aux acteurs de santé publique. Celle-ci pourrait s'expliquer par les prescriptions de la Loi sur la santé publique, au chapitre des obligations imparties respectivement aux niveaux régional et local aux DSP et aux CSSS.

De plus, au fil des pages précédentes, un rapide survol de concepts apparentés à l'AIFSBE a conduit à mettre en évidence certaines caractéristiques propres à cette dernière. On peut retenir surtout que l'AIFSBE se distingue par sa finalité ultime consistant à améliorer la santé et le bien-être de la population (par opposition à d'autres types d'action intersectorielle), de même que par son caractère axé sur la réalisation concrète d'un projet (par opposition à de « simples » concertations inscrites dans une régularité et une durée au sein d'instances comme des tables de concertation, ou par opposition au partenariat qui suppose une relation formalisée par entente ou contrat entre des acteurs sociaux). On peut ajouter que l'AIFSBE semble mettre en relation plus souvent des acteurs sociaux (organisations publiques, communautaires ou privées) que des individus citoyens.

2. DES CONCEPTS AUX ENJEUX, EN PASSANT PAR LE CONTEXTE

Au-delà de la définition des concepts et des principales balises historiques de leur développement, une discussion autour de ceux-ci s'impose. En effet, il importe de greffer à ce tableau de base des éléments susceptibles d'aider à mieux saisir le contexte et les enjeux qu'il soulève pour les différents types d'acteurs et de secteurs d'activités (partenaires) concernés par l'AIFSBE.

Cela dit, on peut déjà s'attendre à ce que, au terme de cette deuxième section, émerge le constat d'un enchevêtrement persistant des pratiques et des concepts gravitant autour de l'AIFSBE (action intersectorielle, action concertée, concertation, partenariat, participation citoyenne, développement des communautés, etc.). Ce constat, d'ailleurs, pourrait prévaloir aussi sur le terrain des actions expérimentées dans « *la vraie vie* ». On retrouvera également, à travers cet enchevêtrement, l'intrication des deux stratégies associées du PAR de santé publique de Lanaudière 2009-2012 : celle du soutien à l'AIFSBE et celle du soutien au développement des communautés.

2.1 Convergence et compatibilité des buts poursuivis par les partenaires et des façons de faire

Le soutien à l'AIFSBE est donc une stratégie d'action privilégiée en santé publique. Les acteurs lanaudois de ce milieu sont invités à y avoir recours dans la poursuite des objectifs du PAR liés aux dossiers qui leur sont confiés. Ces objectifs concernent nécessairement l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lanaudoise. Il n'y a, toutefois, aucune évidence que les partenaires conviés à participer aux actions intersectorielles convenues le fassent pour les mêmes raisons. Autrement dit, il serait étonnant que les acteurs sociaux n'appartenant pas au secteur de la santé et des services sociaux s'engagent dans des actions intersectorielles pour la simple et seule raison d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Selon l'Agence de santé publique du Canada (2007, p. 37-38), les démarches d'AI mettent en présence des représentants de secteurs d'activités mus par « *des intérêts et des objectifs concurrentiels* ». Les acteurs du domaine de la santé devraient en être conscients et, pour dépasser cette situation, ils devraient « *adopter une vision qui dépasse leurs propres buts, et prendre en compte d'autres objectifs* ».

On peut mentionner, à titre illustratif, certains constats d'études réalisées au sein des fonctions publiques canadienne et québécoise (Lavis et autres, 2003; L'Observatoire de l'administration publique, 2003). Selon Gagnon, Turgeon et Dallaire (2008, p. 85), elles ont montré que les ministères à vocation économique apparaissaient moins sensibilisés à l'impact possible de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations que les ministères à vocation sociale. Les fonctionnaires des ministères à vocation économique auraient même tendance à considérer que ces questions seraient plutôt du ressort de ministères comme le MSSS.

Les partenaires visés par l'AIFSBE proviennent évidemment d'autres sphères ou niveaux d'action que les différents ministères représentant des secteurs d'activités spécifiques (santé et services sociaux, éducation, emploi, environnement, transport, etc.). Par exemple, il peut s'agir d'organismes communautaires (secteurs santé et services sociaux, environnement, éducation, développement social, etc.), d'organismes paragouvernementaux (centre local de développement [CLD], centre local d'emploi [CLE], société d'aide au développement des collectivités [SADC], conférence régionale des élus [CRÉ], etc.), de municipalités, d'entreprises privées, d'organisations du domaine agroalimentaire (Conseil de développement bioalimentaire de Lanaudière [CDBL], Fédération de l'UPA de Lanaudière [FUPAL], etc.), etc. L'analyse de Bourque (2008, p. 21-38) sur l'évolution de la concertation intersectorielle locale au Québec explique que, depuis les années 1980, ces différents acteurs sociaux sectoriels se sont peu à peu engagés dans de telles démarches en poursuivant deux buts principaux. D'une part, certains l'auraient fait en vue de trouver collectivement des réponses à des problèmes sociaux importants auxquels ils se voyaient confrontés. Par ailleurs, d'autres y auraient pris part dans la perspective de contribuer ensemble à un développement local sensible à la dimension sociale.

Dans une étude sur le point de vue d'acteurs sociaux locaux de la Gaspésie sur le développement des communautés et la santé, Côté (2009, p. 162-168) a exploré notamment

leurs représentations à l'égard de l'idéal de la santé poursuivi par les acteurs de la santé publique. L'auteure observe que les acteurs sociaux ayant participé aux entrevues de groupes réalisées ont considéré unanimement que « *le développement doit aussi s'occuper de santé* ». Toutefois, elle constate également que, dans deux des trois groupes de discussion :

> [...] *la responsabilité d'atténuer les effets des inégalités sociales et économiques sur la santé incombe très nettement au réseau de la santé et des services sociaux : des programmes devraient être offerts pour diminuer le fossé entre les générations, lutter contre l'isolement, travailler au sentiment d'appartenance, diminuer les problèmes de négligence et de violence familiales, soutenir les aidants naturels. Si l'exclusion sociale et économique (dont les personnes assistées sociales fournissent une figure emblématique) est un problème rarement soulevé dans les fiches écrites et les entrevues lorsqu'il s'agit de parler de* développement*, on le voit se profiler sous une forme ou une autre dans toutes les entrevues lorsqu'il s'agit de parler de* santé. (*ibid*., p. 164)

L'analyse de Côté la conduit à s'inquiéter d'un certain glissement, également observé dans les instances intersectorielles, vers un usage métaphorique de la notion de santé. Cette dernière ferait de plus en plus référence, dans le discours des différents acteurs sociaux, au « *bon fonctionnement* » de systèmes et d'organisation, plutôt qu'à la santé des « *personnes en chair, en os et en psyché* ». Pour Côté, les acteurs de santé publique devraient toujours demeurer centrés sur cet objet véritable de leur action, même dans leur participation à des instances intersectorielles. À son avis, les expressions de « *santé des communautés* » et de « *communauté en santé* » seraient aussi problématiques. En effet, la communauté constituerait « *un déterminant social de la santé (parmi quantité d'autres)* », et le développement des communautés dans une optique de santé publique ne devrait pas viser la santé de la communauté, « *mais bien plutôt celle des personnes pour lesquelles une telle communauté constituerait un contexte de vie* ». (*ibid*., p. 165)

Pour sa part, l'Agence de santé publique du Canada (2007, p. 40) observait l'émergence d'un besoin de transformer, à l'échelle internationale, l'action intersectorielle pour la santé. Celle-ci pourrait ainsi faire place à une « *action intersectorielle axée sur des buts sociaux communs* ». Du point de vue des auteurs, la santé pourrait devenir un « *indicateur important* » associé à la question de l'équité, ce qui pourrait constituer « *un point de départ prometteur dans de nombreux secteurs* ». Pour réaliser une telle réorientation, le secteur de la santé devrait établir « *un équilibre entre les déterminants à l'égard desquels il manœuvre les leviers stratégiques, et ceux qui relèvent d'autres secteurs* ».

Par ailleurs, indépendamment du thème de la santé, Bourque (*ibid.,* p. 30) attire l'attention sur l'existence d'un certain écart entre les visées et les façons de faire, à l'égard de la concertation, de l'État québécois et de ses partenaires. Selon lui, si « *l'État appelle certes à la mobilisation des communautés et à la concertation des acteurs locaux et régionaux* », ceux-ci tendraient à « *revendiquer les moyens d'agir selon leurs priorités, leur façon de faire et en fonction d'une approche globale* ». Il faut admettre que les DSP (en tant que parties des ASSS) constituent des

structures de l'État québécois, au même titre que les différents ministères qui peuvent opérer des bureaux régionaux. En raison de ce statut et des mandats associés, il y aurait, *de facto*, une relative « *inégalité de pouvoir et de ressources* », et même des « *rapports hiérarchiques* » entre les différents partenaires. Cet état de fait a été identifié, dès les années 1990, dans le cadre de recherches sur la concertation et le partenariat dans le domaine de la santé et des services sociaux (Lamoureux, 1994; Lévesque et Mager, 1992). Bourque (*ibid.,* p. 14) laisse ainsi entendre que la concertation et le partenariat seraient rarement des processus simples et faciles, se déroulant dans une parfaite harmonie. Ils seraient, au contraire, « *fondamentalement des processus politiques qui mettent en relation et en tension des acteurs aux intérêts organisationnels, aux approches et aux cultures souvent différentes, sinon contradictoires* ». Si bien que les résultats de ces démarches seraient « *généralement de l'ordre du compromis* ».

En outre, Bourque (*ibid*., p. 71) mentionne une particularité de la santé publique qui peut avoir une incidence sur les démarches de concertation auxquelles ses organisations prennent part. Selon lui, les DSP, bien qu'elles « *continuent à privilégier la concertation intersectorielle thématique dans plusieurs de leurs programmes* », auraient maintenant de plus en plus tendance à y attacher « *des attentes de résultats basés sur des données probantes qui sont autant de pressions sur un processus qui s'y accommode mal* ».

2.2 Réflexion sur le rôle de la santé publique dans les démarches intersectorielles

Dans la première section de cette revue de littérature, l'attention avait été portée sur une subtilité de l'évolution du positionnement des institutions de santé publique québécoises et lanaudoises à l'égard de l'AIFSBE. En effet, on avait observé le passage, entre les premières versions du PNSP et du PAR de santé publique de Lanaudière, de la notion de « participation » à celle de « soutien » à l'AIFSBE. Toutefois, les raisons de ce glissement n'ont pu être documentées précisément à travers la présente revue de littérature. Elles mériteraient donc d'être abordées dans le cadre de la collecte de données à venir auprès des acteurs de santé publique. On pourrait vérifier, par exemple, l'influence à cet égard de la Loi sur la Santé publique et des obligations distinctes qu'elle attribue aux DSP (niveau régional) et aux CSSS (niveau local).

De même, l'écart entre la notion de « soutien » à une action intersectorielle et l'éventuel passage implicite à la prise en charge autonome (l'affranchissement par rapport au soutien de la santé publique) des acteurs sociaux prenant part à cette action intersectorielle pourrait être questionné. Ce genre de réflexion peut également être appliqué à la stratégie associée du soutien au développement des communautés. Forest et St-Germain (2010, p. 11) y ont fait allusion à propos de la participation citoyenne recherchée dans les démarches lanaudoises d'animation territoriale. Selon elles :

> *L'approche favorise la prise en charge par les citoyenNEs des processus de réflexion qui mènent au projet de territoire. Toutefois, les expériences actuelles démontrent que le PAR*

> *et le POUR la communauté nécessitent de trouver l'équilibre entre le support accordé aux citoyenNEs et la capacité des milieux à prendre en charge ces mêmes démarches.*

Par ailleurs, d'autres aspects du rôle de la santé publique dans les démarches d'action intersectorielle ont intéressé des chercheurs. Par exemple, Côté (2009, p.16) s'interroge sur les assises théoriques qui conduisent les acteurs de santé publique à prendre part à « *la mobilisation du milieu local* », par le biais des stratégies associées concernant l'action intersectorielle et le développement des communautés. Selon elle, cette mobilisation du milieu local est présentée comme « *une façon d'avoir prise sur les différents facteurs de nature sociale qui conditionnent l'état de santé et de bien-être de la population* ». Pourtant, à son avis, cette perspective doit être considérée de façon particulièrement critique. Elle comporterait notamment le risque d'entraîner un glissement vers une certaine « sanitarisation » de l'exclusion sociale et économique – problèmes d'abord politiques relevant de l'ensemble de la société - et des « *inégalités sociales structurelles qui la sous-tendent* » (*ibid*., p. 164*).* Ce risque, repéré à travers le discours d'acteurs sociaux gaspésiens, découlerait d'une tendance à attribuer ce type de problème, et conséquemment leur solution, aux services sociaux et de santé. Elle précise :

> *Il ne serait en aucun cas avantageux de faire de la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale une chasse gardée des interventions sociosanitaires. Au contraire, une telle éventualité, en plus de mettre d'emblée les intervenants en situation d'inefficacité et d'échec sous le poids de cette problématique sociale et économique d'ordre structurel, consacrerait l'irresponsabilité des organisations, programmes et politiques qui produisent et reproduisent les inégalités sociales et économiques dont les effets sont si délétères sur la santé et le bien-être de la population.* (*ibid.*)

Autrement dit, si les acteurs de santé publique sont concernés par la promotion de la santé et la prévention des maladies, et qu'ils s'y attaquent notamment en recourant aux deux stratégies associées que sont celle du soutien à l'AIFSBE et celle du soutien au développement des communautés, si également ils sont conscients de l'importance de déterminants sociaux de la santé pouvant conduire à des inégalités sociales de santé, cela ne devrait pas conduire à faire d'eux les seuls acteurs sociaux dont on puisse s'attendre qu'ils se préoccupent naturellement ou légitimement de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

D'autres éléments de réflexion sur le rôle de la santé publique dans les instances de concertation peuvent être abordés. Par exemple, certains questionnent la place de la participation citoyenne dans les démarches associant la concertation intersectorielle et le développement des communautés. Bourque (2008, p. 117-119) laisse entendre que cette participation est souhaitable, mais considère qu'elle « *n'est pas acquise* », même si, de son point de vue, certains auraient tendance à croire qu'elle puisse l'être quand des organismes communautaires comptent parmi les participants. Pour sa part, Côté (2009, p. 149) juge que l'on ne peut pas nourrir les mêmes attentes à l'égard de la participation citoyenne en recourant aux stratégies de santé publique que sont l'action intersectorielle et le développement des communautés. Son analyse des opinions et représentations d'acteurs sociaux de la Gaspésie sur le développement

des communautés conduit à penser que l'action intersectorielle visant cet objectif rejoindrait plus facilement des organisations représentées par des individus (acteurs sociaux) que des citoyens, à titre d'individus. À cet égard, elle juge que :

> *Un travail de consultation (concertation, intersectorialité ou autre), de sensibilisation ou de mobilisation qui ne se concentrerait que sur des acteurs sociaux collectifs (telles que les organisations susceptibles de contribuer aux services publics et à la gouvernance locale), même s'il est utile, ne pourrait être considéré en soi comme un processus de développement social ou des communautés.* (*ibid*., p. 136)

Par contre, Côté (*ibid*., p. 183) pense que le développement des communautés ne devrait pas servir à transformer l'intervention de santé publique en un « *laboratoire de la citoyenneté* ». Elle considère malgré tout qu'il faut y accorder une place particulière aux « *franges les plus démunies de la population* ». Ainsi, à son avis, de véritables activités de développement des communautés ne devraient pas se limiter à profiter à cette classe de la population, mais elles devraient « *être déterminées, organisées et réalisées en grande partie par les bénéficiaires du développement eux-mêmes* ».

On peut noter, en passant, que de nombreux chercheurs s'intéressent au vaste champ d'études que constituent les nouvelles pratiques citoyennes dans le cadre desquelles sont expérimentées de nouvelles façons de concevoir la démocratie, notamment ses formes participatives. Ces études ne ciblent pas particulièrement les activités auxquelles prennent part les acteurs de santé publique, de concert avec d'autres acteurs sociaux et parfois des citoyens. Toutefois, elles peuvent y ajouter un éclairage intéressant, notamment en ce qui concerne les notions de légitimité et de représentativité respectives des organisations (acteurs sociaux) et des individus engagés dans des démarches de concertation susceptibles d'avoir une incidence sur un certain bien commun. À cet égard, Behrer (2006, p. 26) affirme que les « *processus décisionnels émergents* » prenant la forme d'instances participatives plus ou moins institutionnalisées se caractériseraient par :

> *une tension fondamentale entre la participation individuelle et la participation collective qui découle d'une double méfiance : celle des autorités à l'égard de la représentativité des citoyens mobilisés et celle des groupes organisés face à toute récupération politique.*

Après avoir identifié cinq formes distinctes de processus participatifs (la représentation des secteurs de la population, les citoyens organisés, les citoyens mobilisés, l'ensemble des citoyens et un échantillon représentatif des citoyens), Behrer conclut qu'elles montrent dans l'ensemble une faible reconnaissance de la représentativité collective par rapport à la forme individuelle. Autrement dit, elles favoriseraient davantage la participation des individus que celle de groupes[10].

[10] Concept se rapprochant de ceux d'organisme communautaire ou d'association, plutôt que d'organisations assimilées à des acteurs sociaux de nature publique (municipalités, commissions scolaires, etc.) ou parapublique (SADC, CLD, CRÉ, etc.).

Pour leur part, Parazelli et Latendresse (2006, p. 19) sont d'avis que les nouvelles formes de démocratie participative devraient donner lieu à une « *rupture paradigmatique avec les réformes procédurales* », de manière à pouvoir mettre en place « *les conditions pratiques d'une démocratie où la créativité des populations puisse s'exprimer collectivement selon leurs désirs et non des besoins définis par des experts ou uniquement par des élus* ». De leur point de vue, il s'agirait là d'un véritable défi consistant à « *mettre les citoyens organisés et non organisés en position d'investir l'espace public, de définir leur propre position de façon collective et à partager le pouvoir avec les élus et les experts* ». Alors que les démarches visant à soutenir le développement des communautés supposent implicitement une forme ou une autre de participation des citoyens, celles qui se rangent dans le registre de l'AIFSBE relèveraient-elles davantage d'un espace public plutôt réservé à des experts, et s'ouvrant parfois à des élus et à des citoyens?

Un autre aspect du rôle des acteurs de santé publique mériterait d'être pris en compte dans le cadre d'une évaluation portant sur la stratégie de soutien à l'AIFSBE. Il s'agit de clarifier ce qui distingue les notions de soutien à ce type d'action et de mobilisation[11] (des acteurs sociaux? des communautés? des citoyens?). Ces notions peuvent-elles se compléter ou si elles tendraient plutôt à s'opposer? Des pistes de réflexion à ce sujet pourraient être trouvées dans les préoccupations de Bourque (2008, p. 56-57) quant aux risques d'instrumentalisation des communautés concernées par la stratégie de développement des communautés de la santé publique. Celui-ci affirme qu'il s'agit même d'une « *tendance* » observée, laquelle « *cohabite avec celle de leur* empowerment *dans plusieurs politiques et programmes publics, y compris en santé publique* ». S'appuyant sur Lachapelle (2003), Bourque identifie un défi lié à l'intervention de la santé publique en soutien au développement des communautés. Celui-ci consisterait à « *mettre le réseau de la santé au service des communautés plutôt que de simplement mettre les communautés à contribution pour atteindre des objectifs de santé publique* ».

On pourrait situer dans la même catégorie de préoccupations celles qu'exprime Côté (2009, p. 135-136) à propos d'une confusion possible, chez les intervenants du domaine sociosanitaire, entre l'intervention sociale et l'animation du développement social ou des communautés. Alors que les pratiques relevant de l'intervention sociale seraient réalisées essentiellement par des experts ou professionnels au bénéfice des personnes les plus vulnérables, l'animation du développement social relèverait davantage du soutien à des activités de développement mises en œuvre PAR et POUR ces personnes.

Un constat du même ordre est relevé par Favreau (2010, p. 28-29), dans une analyse de l'évolution entrecroisée, au cours de la dernière décennie, de l'économie sociale et du développement des communautés. Il met ainsi en évidence le fait que l'économie sociale,

[11] Notons qu'il y a une nuance importante entre les actions de « mobiliser », c'est-à-dire d'induire de façon extérieure, chez des acteurs visés (collectifs ou individuels) une impulsion afin de déclencher un mouvement d'ensemble en vue de transformer quelque chose; et, d'autre part, le fait de « se mobiliser » qui suppose une action « de l'intérieur » exercée par un « nous » se reconnaissant une identité et un but communs. En outre, les références théoriques concernant la mobilisation semblent porter davantage sur le deuxième type d'action (plusieurs sont cités par Duperré, 2010 : Platt, 2004; Canel, 1992; Rubin et Rubin, 2001; Hunt, Benford et Snow, 1994; Duperré, 2002, 2004; Smithey, 2009; etc.).

partie de la mobilisation sociale locale de militants, se soit peu à peu transformée en un « *réseau d'action publique* ». Ainsi, afin d'avoir « *un meilleur accès aux décideurs et à leurs ressources* » et dans le but de « *favoriser le développement et le maintien d'entrées politiques et projeter une image de force, de compétence et de représentativité* », les militants auraient été graduellement remplacés par des professionnels. Ce qui conduit l'auteur à lancer cette question : « *Sommes-nous dans une société de groupes d'intérêts plus que dans une société de mouvements sociaux?* »

Enfin, de façon plus générale, le rôle éventuel de la santé publique dans le cadre d'instances de concertation ne visant pas expressément l'amélioration de la santé et du bien-être, ou encore un développement social ou des communautés, vaut aussi la peine d'être considéré. Par exemple, comment analyser en termes de soutien à l'AIFSBE la participation possible d'acteurs de santé publique au sein d'instances ou de démarches dédiées à un développement local souvent d'abord axé sur la dimension économique? D'autant plus quand, comme le montre l'étude de Côté (2009, p. 182), les acteurs sociaux engagés dans ces démarches tendent à ne considérer les plus pauvres et les exclus « *ni l'objet ni les sujets du développement économique, faisant de ceux-ci des bénéficiaires éternels et incurables des services de santé* ». En fait, comme le souligne l'auteure, même si « *les conditions de vie ont un impact certain sur la santé et le bien-être* », il faut admettre que « *la détermination de ces conditions de vie dépasse* [...] *largement les compétences et le mandat des autorités de santé publique* », mais également « *la capacité d'action des acteurs sociaux locaux* ». Et pourtant, selon Mercier, Bourque et St-Germain (2009, p. 2), on observerait au Québec une aggravation des « *problèmes sociaux et économiques individuels et collectifs vécus dans les communautés locales* », qui tendrait à ramener « *sur le terrain* » de ces dernières « *la responsabilité partagée de nouvelles problématiques psychosociales et socioéconomiques plus lourdes et complexes* ».

2.3 Forces et faiblesses associées à l'action intersectorielle et à la concertation

Des études récentes concernant l'action intersectorielle et la concertation ont abordé les forces et les faiblesses de ces pratiques, telles qu'elles ont cours dans les années 2000. En général, ces travaux ne ciblaient pas exclusivement des démarches dont les objets relevaient du domaine de la santé et des services sociaux.

2.3.1 Forces

Aborder les forces de l'AI et de la concertation, c'est d'abord s'interroger sur leur utilité ou leurs promesses. Par exemple, Bourque (2008, p. 125) juge qu'à ses débuts, la concertation intersectorielle a représenté « *une innovation contributive à la transformation des problèmes collectifs des communautés (d'identité, d'intérêt et géographiques) en réponses collectives* ». Plus prosaïquement, Lebeau, Vermette et Viens (1998, p. 200) jugeaient que la concertation avait comme principal avantage, pour des partenaires du domaine de la prévention des toxicomanies, de « *partager des idées et des façons de faire* ».

Dans le même sens, Sénécal et coll. (2010a, p. 11) sont d'avis que les effets (implicitement positifs) de la concertation « *sont à trouver dans les processus et les apprentissages en découlant* ». En outre, ils jugent que, malgré une relative inégalité de certains acteurs en présence (notamment les représentants de secteurs publics aussi bailleurs de fonds, face aux organismes communautaires demandeurs de fonds), « *ce jeu d'acteurs au demeurant très raffiné a le mérite de rapprocher les acteurs communautaires des représentants des pouvoirs publics, d'ouvrir le dialogue et de générer des projets concertés* ».

En ce qui concerne plus spécifiquement les pratiques de concertation développées et observées dans Lanaudière, l'étude de Côté, St-Louis et Bourque (2010, p. 44) identifie différentes forces associées à celles ayant cours dans la MRC des Moulins. Ils mentionnent d'abord que les motivations des personnes qui y participent sont associées « *aux impacts et aux bénéfices que cela procure dans le travail quotidien ainsi que pour l'organisation représentée* ». De façon générale, ils regroupent sous quatre grands thèmes les aspects et impacts positifs des pratiques de concertation mentionnés par les répondants à leur étude. Il s'agit de : « *l'acquisition de connaissances, l'obtention de bénéfices pour son organisation, les sentiments positifs générés et la collectivisation des actions* ». Plus loin dans le rapport de recherche, trois forces principales sont retenues et attribuées aux pratiques de concertation sur le territoire de la MRC des Moulins. Elles sont ainsi formulées : « *Une communauté dynamique qui perçoit la concertation de façon positive* »; « *La concertation est pertinente : elle contribue à la réalisation de la mission des organisations* »; « *La concertation est utile : elle permet l'acquisition de connaissances* » (*ibid.*, p. 57).

2.3.2 Faiblesses ou limites

Les faiblesses ou limites de l'AI et de la concertation sont, évidemment, la contrepartie de leurs forces. Elles mettent généralement en évidence des éléments liés à la mise en œuvre concrète des pratiques de concertation, qui empêchent la pleine atteinte des résultats (voire des idéaux) visés.

Plusieurs auteurs font état d'une surmultiplication des instances de concertation qui mène à ce que Bourque (2008, p. 76) nomme une « hyperconcertation ». Celle-ci se développerait notamment en lien avec « *la multiplication des politiques et des programmes qui appellent à la mobilisation des communautés* », et aussi à la suite des « *demandes de reconnaissance des causes portées par des acteurs sociaux* ».

Cette hyperconcertation apparaît problématique à différents égards. Par exemple, elle est énergivore pour plusieurs organisations, notamment celles du secteur communautaire, car elle entraînerait une « *surcharge de travail pour les permanents qui les représentent* » (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009, p. 58). Selon Bourque, en effet, on observerait une sursollicitation des acteurs se traduisant par le fait que ce serait « *souvent les mêmes dans toutes les démarches* » (*ibid.*). La multiplication des instances de concertation conjuguée à une « *faible place faite aux citoyens* »

pourrait conduire également à leur « *efficacité réduite* ». (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009, p. 58).

Bourque (*ibid*., p. 76-77) note aussi que la position à l'égard de la concertation intersectorielle des acteurs appelés à y participer n'est pas toujours homogène. Il distingue surtout, globalement, celles des organismes communautaires, des acteurs publics et des acteurs privés. Cette position, d'ailleurs, ne semble pas non plus homogène et constante parmi tous les acteurs d'une même catégorie. Notamment, ceux du milieu communautaire seraient partagés entre leur propre demande de concertation portant sur des enjeux qui leur sont prioritaires et une sursollicitation à participer à « *des concertations auxquelles il devient politiquement difficile de dire non* ». Si bien que les acteurs communautaires seraient contraints de « *maximiser leur investissement en priorisant les instances les plus pertinentes* ».

Pour ce qui est des acteurs publics, ils auraient tendance à « *instrumentaliser au service de leur mission sectorielle* » la concertation territoriale et le développement des communautés. De plus, ils n'en assumeraient pas adéquatement les coûts et ils démontreraient « *une absence de cohésion ou de vision d'ensemble en cette matière* » (*ibid.*).

Bourque mentionne enfin que le principal acteur privé serait « *la FLAC* » (Fondation Lucie et André Chagnon), laquelle serait « *porteuse de grands projets, axés sur le développement des communautés et des compétences en la matière* ». Il souligne toutefois que cet acteur disposerait de « *moyens financiers et politiques qui ne sont pas sans poser des difficultés sur le terrain au niveau de la cohabitation des initiatives de mobilisation des communautés* » (*ibid.,* p. 77). Les difficultés auxquelles fait allusion cet auteur semblent se manifester principalement au palier local.

Selon Sénécal et coll. (2010a, p. 137), la véritable limite à la concertation se situerait « *à l'intérieur même de ses processus participatifs et partenariaux* ». Notamment, la « *bonne foi* » des acteurs en présence, réunis pour « *la bonne cause* » dans les tables de concertation intersectorielle de quartier de Montréal, n'empêcherait pas l'existence d'une relative inégalité entre eux. Ainsi, seraient monnaie courante des situations où « *les bailleurs qui se muent en partenaires assistent à la rédaction de demandes qui se retrouveront sur le bureau de leur organisme d'attache* ». Ces acteurs de la concertation attachés à des organismes bailleurs de fonds passeraient ainsi du « *côté des revendicateurs* » à celui des « *décideurs* ».

Une inégalité de pouvoir entre les acteurs en présence est également identifiée. Ainsi, selon Bourque, on assisterait parfois à un « *détournement des priorités d'instances existantes au profit d'un ordre du jour extérieur qui s'impose par son poids politique ou ses ressources financières (malgré les bonnes intentions des promoteurs)* » (*ibid.*).

Déjà, Lachapelle (2001, p. 62) avait mentionné que les rapports inégaux au pouvoir pouvaient constituer un écueil pour la concertation et le partenariat. Ainsi, ces processus évolueraient en avançant ou en régressant, « *en fonction de la convergence des intérêts particuliers des*

partenaires ». Il fallait donc « *y reconnaître un mode de gestion conflictuelle des rapports sociaux* » et « *ne pas se faire d'illusion sur ce que l'on peut en attendre* ».

Des auteurs ont aussi interrogé la légitimité démocratique de ces instances et de ces processus de concertation intersectorielle. Certains ont mentionné l'existence, notamment pour les organismes communautaires, d'un risque de « *concentration de l'information et du pouvoir de décision entre des permanents d'organismes au détriment des instances démocratiques qu'ils représentent* ». Pour les organismes communautaires, les pratiques de concertation intersectorielle représenteraient un enjeu principal :

> *de l'ordre de la capacité des organismes à maintenir l'équilibre entre la démocratie interne, l'autonomie et l'identité communautaires d'une part, et des rapports de collaboration et d'implication dans l'action intersectorielle, à travers une vision favorisant la concertation multisectorielle territoriale et le développement des communautés (Bourque, 2008), d'autre part.* (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009, p. 58)

L'interrogation sur le caractère démocratique de la concertation intersectorielle se rapproche de celles portant sur un certain « *manque de prégnance de la participation citoyenne »,* ou manque d'importance y étant accordé, au sein de ces instances, souligné notamment par Bourque (2008, p. 76).

Pour ce qui est, plus précisément, des tables de concertation intersectorielle, elles auraient comme principale faiblesse « *admise par tous* », de ne pas disposer des ressources financières et techniques qui leur permettraient de « *reconnaître la complexité des problèmes, pour se muer en maître d'œuvre* ». De façon générale, l'intervention concrète échapperait à ces tables de concertation. Ainsi, comme elles ne seraient pas en mesure de « *s'immiscer dans le domaine de spécialisation des groupes sectoriels »*, il serait inévitable que le travail sur le terrain s'organise plutôt parmi ces derniers (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009, p. 58).

Pour sa part, en plus d'identifier aussi le manque de ressources financières des instances de concertation, Bourque (2008, p. 77) pointe également un manque de compétence professionnelle. Ces deux lacunes pourraient compromettre « *le soutien à la réalisation et la pérennisation* » de ces instances. L'auteur relève, par ailleurs, une « *absence ou carence de coordination et d'intégration sur une base territoriale des initiatives de concertation* ». De son point de vue, la concertation « *territoriale multisectorielle* » présenterait des avantages par rapport à celle de type « *intersectorielle thématique* ». Cette dernière aurait « *atteint sa limite fonctionnelle et utilitaire en raison de la multiplication des instances et d'un manque de cohérence entre elles »* (*ibid*., p. 89).

Une des deux études lanaudoises ayant porté sur les pratiques de concertation observées sur des territoires de MRC, celle de Côté, St-Louis et Bourque (2010, p. 46-52), a aussi mis en évidence un certain nombre de faiblesses associées aux pratiques de concertation. Celles-ci rejoignent en grande partie celles qui ont été décrites par les auteurs précédemment cités. En fait, les auteurs, qui ont rencontré des acteurs engagés dans ces pratiques de concertation, parlent plutôt de

quatre catégories d'« irritants ». Certains de ces irritants sont associés au thème de la participation, d'autres aux résultats de la concertation, un troisième groupe à l'organisation interne et au fonctionnement des lieux de concertation, et une quatrième catégorie à l'organisation de la concertation sur le territoire.

À propos, d'abord, de la participation, les irritants identifiés touchent : le manque de disponibilité entraînant « *la nécessité de prioriser* » et un certain « *essoufflement* », les luttes de pouvoir nuisant à la participation d'acteurs nouveaux ou plus jeunes, la présence constante des mêmes acteurs (conduisant à une « *monopolisation des lieux de concertation* ») et le manque de ressources (humaines, financières et de connaissances). Par ailleurs, les participants à cette étude ont également constaté la faible participation des citoyens aux instances de concertation. À cet égard, il ne s'agirait pas pour les participants d'un « irritant » au même titre que les faiblesses précédemment énumérées. Selon les auteurs :

> *Actuellement, les citoyens représentent moins de 10 % des membres officiels des lieux de concertation. La moitié des répondants ont mentionné que la structure de fonctionnement des lieux de concertation ne favorise pas la participation citoyenne dans la mesure où elle n'est pas conçue à cette fin. À titre d'exemple, un répondant a précisé qu'il serait possible d'avoir des citoyens au sein des lieux de concertation si ces citoyens connaissent bien les sujets abordés. Dans le cas contraire, leur présence pourrait les sensibiliser à une problématique, mais elle aurait comme conséquence de ralentir le rythme et de nuire aux pratiques de concertation* [...]. *Ainsi, il apparait que les pratiques de concertation sur le territoire soient avant tout un outil d'intervenants (pris au sens large du terme) et d'organisations.* (*ibid*., p. 48)

Les irritants portant sur les résultats de la concertation ont trait au fait que les instances dédiées à ces pratiques n'en généreraient « *pas suffisamment* » (*ibid.,* p. 49). Les auteurs observent que les pratiques de concertation sur le territoire de la MRC des Moulins auraient davantage d'effets de l'ordre de « *l'acquisition de connaissances* », ce qui serait moins intéressant pour certains acteurs ou certaines organisations plus préoccupés par la possibilité de « *transformer les discussions en actions* ».

Quant aux irritants concernant l'organisation interne et le fonctionnement des lieux de concertation, ils découleraient de leur manque de ressources humaines et financières. Selon les répondants à l'étude ayant identifié cet irritant, « *la bonne volonté et l'implication des membres* » ne seraient pas suffisantes pour « *assurer le bon fonctionnement* » de ces instances. De plus, la plupart des répondants ont aussi souligné des « *difficultés relatives au processus de prise de décision* ». Celles-ci seraient davantage influencées par « *des questions de participation et de composition des lieux de concertation, plutôt que des questions en lien avec les processus* », puisque les répondants auraient reconnu le caractère « *respectueux et démocratique* » des mécanismes de prise de décision (*ibid.,* p. 50).

Pour ce qui est de l'organisation de la concertation sur le territoire, l'étude a identifié son manque d'efficacité imputable à « *une multiplication des lieux, un dédoublement des objets et des actions, un manque de liens et de cohérence* » (*ibid*., p. 51).

Il faut noter que Côté, St-Louis et Bourque (2010) abordent également, au chapitre des forces et faiblesses de la concertation dans la MRC lanaudoise des Moulins, la contribution particulière des « *personnes ressources* ». Les auteurs font alors principalement référence à trois types d'intervenants, soit « *des organisateurs communautaires du CSSSSL, des agents de développement en lien avec des initiatives issues de la Fondation Lucie et André Chagnon ainsi que des agents de liaison à l'emploi de certains lieux de concertation* » (*ibid.*). Si la plupart des répondants à l'étude se montraient satisfaits du travail accompli par ces intervenants, certains d'entre eux ont émis des mises en garde à l'égard de leur rôle. Les auteurs en ont conclu qu'il fallait « *clarifier les attentes à leur égard dans le processus d'identification de solutions pour améliorer les pratiques actuelles* ». Ils précisent :

> *Afin que les pratiques de concertation demeurent un instrument de développement pour et par la communauté, il est nécessaire de préciser jusqu'où peut aller un soutien constructif des personnes ressources sans que cela ne devienne une prise en charge. Le travail des personnes ressources est perçu comme une contribution positive et ne devant en aucun cas se substituer aux acteurs de la communauté.* (*ibid*., p. 52)

Enfin, pour revenir à des considérations plus générales et conclure sur les faiblesses de la concertation, on pourrait convenir, avec Mercier, Métivier et coll. (2003, p. 121), qu'elle ne devrait pas être considérée comme une solution miracle. Comme ils le précisent, elle :

> *demeure un moyen, et ne doit pas devenir la panacée pour tout type de problème et tout type d'intervention sociale. Les mandats spécifiques et les approches divergentes doivent continuer à refléter la diversité des visions et permettre de produire des actions adaptées à ces visions, incluant la capacité critique qu'a toujours représenté le communautaire par rapport aux interventions institutionnelles et aux modèles professionnels ou corporatistes. Le recours généralisé aux approches intégrées « normalisées » par en haut et qui ne respectent pas l'autonomie et la créativité des acteurs locaux, de même que la diversité des approches terrain, pourrait d'ailleurs constituer une fuite en avant et une simplification à outrance par rapport à la complexité et la lourdeur des problématiques pour lesquelles la concertation est nécessaire.*

2.3.3 Conditions de succès

Avant même les études ayant conduit à mettre en évidence les faiblesses de l'AI et de la concertation, comme dans le cadre de ces études, l'engouement des dernières années pour ces pratiques a permis d'identifier un certain nombre d'éléments susceptibles d'en favoriser la réussite. Certains travaux ont porté indifféremment sur les pratiques de concertation et d'AI non spécifiques à un secteur d'activité précis, et plusieurs se sont concentrés sur celles qui se sont développées dans le vaste domaine de la santé et des services sociaux.

2.3.3.1 Conditions non spécifiques à un secteur

Mercier, Bourque et St-Germain (2009, p. 57) posent comme condition de succès d'une concertation qu'elle soit « *librement choisie* » par les acteurs, indépendamment des exigences et du contrôle que pourraient y exercer les bailleurs de fonds. Ils identifient la nécessité d'une complicité qui devrait prévaloir au moins autant entre les personnes qu'entre les organisations en présence. Ils vont jusqu'à affirmer que cette complicité devrait « *parfois reposer sur la capacité des intervenants à transgresser les règles bureaucratiques au bénéfice des usagers ou des communautés* ». De même, ils avancent que les pratiques les plus prometteuses de concertation locale pourraient reposer sur « *une forme de participation citoyenne résultant du croisement du militantisme et de la "conscience professionnelle"'.* »

S'appuyant sur Bourque et Favreau (2005), Mercier, Bourque et St-Germain (*ibid.*) ajoutent qu'une concertation locale réussie devrait aussi relever le « *défi de la logique négogène* ». Il s'agit de la conciliation de deux logiques, soit une logique ascendante et une logique descendante. La première serait « *endogène : venant de l'initiative des acteurs* », alors que la seconde serait « *exogène : imposée d'en haut* ». Les auteurs affirment que cette opposition entre les deux logiques « *est surtout présente dans l'application des programmes de santé publique* », mais ils ajoutent qu'elle « *se reproduit dans maints organismes gouvernementaux et même privés, comme la Fondation Chagnon et certains Centraide* ».

Concernant plus particulièrement la « *concertation multisectorielle territoriale* », Bourque (2008, p. 89) mentionne deux conditions lui apparaissant nécessaires aux personnes et organisations souhaitant « *réussir à travailler de manière concertée et intersectorielle dans la poursuite d'un intérêt général* ». Il s'agit de la participation citoyenne et du développement des compétences.

Précédemment, Rondeau, Sirois, Cantin et Roy (2001, p. 45), au terme d'une étude sur les tables de concertation intersectorielle en matière de violence conjugale au Québec, avaient identifié deux « *ingrédients de base nécessaires pour que la relation de coopération s'installe* ». Il s'agissait, d'une part, de « *comportements de confiance et de transparence* » et, d'autre part, d'une « *démarche rigoureuse de solution des enjeux et des différends* ».

2.3.3.2 Conditions identifiées dans le domaine de la santé et des services sociaux

Des chercheurs intéressés spécifiquement au domaine de la santé et des services sociaux ont aussi abordé les conditions de réussite de l'AI ou de la concertation. Une certaine évolution peut être perçue à travers une lecture chronologique de ces différents travaux, alors que les premières manifestations significatives de ces pratiques ont été observées à partir des années 1980 (René et Gervais, p. 22).

Dès le début des années 1990, à partir d'une étude de cas (projets locaux Ville en santé dans une municipalité de taille moyenne; dossier national de l'adoption d'une politique alimentaire en milieu scolaire; et dossier multiniveaux de la prévention des traumatismes), Fortin et collaborateurs (1994, p. 32-36) ont suggéré quelques conditions de réussite de l'AI, sous forme de recommandations. Certaines portaient sur le mode d'organisation des « coalitions » : sélection des membres (en fonction de leur possibilité d'agir de façon convergente, d'être mandatés par leur organisme et d'être maintenus en poste), présence du politique (liaison directe souhaitée); caractère concret du projet (objectifs d'action concrète, liaison concrète avec les organismes de terrain); structure minimale (considérant que la progression du comité serait favorisée avec un minimum de ressources matérielles, personnelles et financières). D'autres recommandations touchaient les atouts personnels susceptibles de permettre aux acteurs de la concertation d'exercer une influence sur les autres. À cet égard, les auteurs recommandaient notamment que « *les personnes les plus influentes puissent avoir comme prérequis une influence reliée à la cause et que cette influence puisse se jumeler à un pouvoir d'expert et à un pouvoir relié à la position* » (*ibid*., p. 34).

Dans le même ordre d'idée, des recommandations ont été formulées à propos des avantages ou bénéfices que les acteurs pourraient retirer de leur participation à une AI. Les auteurs jugeaient que les membres d'une coalition devaient pouvoir « *rechercher des avantages reliés à la cause, à la position occupée ou à l'expertise possédée* »; qu'ils devaient « *avoir des intérêts communs sinon compatibles* »; et également « *avoir le sentiment que les avantages sont partagés* » (*ibid.,* p. 35). Deux recommandations concernaient les relations personnelles entre les membres d'une coalition. On affirmait que « *la compatibilité devait être possible* » entre eux « *pour ce qui est de leurs attitudes ou de leur vision sociale* »; et il fallait également « *que les liens entre les principaux membres soient positifs pour que le consensus ne soit pas menacé* » (*ibid.,* p. 36). Enfin, à propos du mode de prise de décision, les auteurs recommandaient que les membres d'une coalition aient recours « *le plus souvent possible* » au « *mode collégial* »; qu'ils puissent « *se donner des mécanismes de résolution des conflits* »; et « *que la personne qui assume le leadership de la coalition ait un rôle d'animation plutôt que de contrôle autoritaire* » (*ibid.*).

Dès la même époque (1994), selon René et Gervais (2001, p. 20-23), deux positions prédominaient à l'égard du partenariat et de « *concepts cousins comme la concertation et l'intersectorialité* », et chacune intégrait une dimension critique. D'une part, une de ces positions percevait le partenariat « *comme un espace de récupération du mouvement communautaire* ». D'autre part, l'autre position y voyait « *l'occasion de développer une nouvelle manière de*

penser et de vivre les rapports sociaux, une approche qualifiée de "concertation conflictuelle" ». Bien que le milieu communautaire était souvent au cœur des questionnements à cet égard, les nouvelles instances de concertation qui ont commencé à être mises en place dès le milieu des années 1980 ont représenté globalement de nouvelles interfaces entre « *l'État québécois et différents acteurs sociaux oeuvrant dans divers champs d'intervention* » (*ibid*., p. 20). Ces interfaces, d'ailleurs, ont parfois été considérées comme des modes de fonctionnement « *imposés d'en haut* », et investis par les acteurs y participant sur la base d'un « *rapport asymétrique* » entre eux.

Pour Larivière (2001), les relations de concertation et de partenariat entre les organismes communautaires et le réseau public dans le domaine de la santé et des services sociaux étaient devenues, au début des années 2000, « *un passage obligé, mais difficile* », compte tenu de « *l'évolution des besoins et de leur complexité accrue* ». Pour passer « *de la coopération conflictuelle à la collaboration réelle* », l'auteur identifiait trois principales conditions de succès : des ressources suffisantes (humaines et de temps pour les organisations publiques, et ajout de soutien financier pour les organismes communautaires); des processus facilitants et des moyens de soutien (encouragement et reconnaissance des initiatives, transmission d'informations, mise à niveau des connaissances); et enfin, des attitudes ouvertes et un style de gestion favorable (*ibid*., p. 76-77). En outre, Larivière soulignait la nécessité de respecter la spécificité des ressources communautaires, lesquelles, « *contrairement aux organisations publiques, ne visent pas spécifiquement à offrir des services à des clientèles* » (*ibid*., p. 77). De son point de vue, elles avaient plutôt « *une finalité transformationnelle* », c'est-à-dire qu'elles visaient surtout « *à transformer les rapports sociaux vécus par leurs usagers, afin de briser leur isolement social et de leur offrir un moyen de s'en sortir par l'entraide et la solidarité* » (*ibid*., p. 78).

Pour Fournier et coll. (2001), la participation des organismes communautaires aux démarches de concertation auxquelles ils étaient conviés par l'État représentait à la fois un risque et des avantages potentiels. Bien que le résultat qu'ils pouvaient obtenir dans le cadre de ces démarches ne serait « *jamais blanc ou noir* », une condition préalable, non-garante de succès, serait, pour les acteurs notamment communautaires, de demeurer conscients des facteurs susceptibles de conduire à des dérives.

> *Les dérives existent, mais elles peuvent être contrôlées ou maîtrisées, voire créatives et constructives. En ce sens, la nouvelle dynamique partenariale recèle autant la possibilité de contaminer l'autre que le danger de glisser et d'être happé ou avalé par les desseins de cet autre.* (*ibid*., p. 130)

En outre, il est intéressant de rappeler que les organismes communautaires eux-mêmes ont développé des structures de concertation intersectorielle, les tables régionales d'organismes communautaires (TROC) au niveau régional et la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) au niveau provincial, afin de mieux se positionner et « *établir un rapport de force* » face aux établissements publics dans le contexte de la réforme Côté dans le réseau sociosanitaire (*ibid*., p. 116). Cette réforme était basée sur le

partenariat, devenu « *la notion centrale sur laquelle se construisent les nouveaux rapports sociaux entre les acteurs concernés par la planification et l'organisation des services, et ce, principalement sur une base régionale* » (*ibid*., p. 113).

Dans le même sens, Mercier, Métivier et collaborateurs (2003), dans une étude portant sur l'impact de l'AI liée au développement local pour l'action communautaire (notamment des organismes d'aide alimentaire), ont identifié trois types de conditions facilitantes susceptibles de rendre « *plus fonctionnelles* » les actions de concertation (*ibid*., p. 106). D'abord, ils ont constaté que, de l'avis de leurs informateurs, « *la première et la plus importante condition préalable* » serait liée à « *la nécessité d'une meilleure reconnaissance de l'expertise du communautaire et, pour ce faire, sur l'augmentation des ressources des organismes communautaires* » (*ibid*., p. 107). Les ressources visées étaient de nature financière. En second lieu, des conditions de réussite étaient identifiées à l'égard de l'intervention-terrain. Elles concernaient la nécessité de favoriser la poursuite d'orientations et de buts communs, et celle d'assouplir et de rendre plus efficace le fonctionnement entre les organismes publics et communautaires (*ibid.,* p. 111). Parmi celles-ci, une importance particulière était accordée « *au rôle et au pouvoir premiers des usagers et à la nécessité « éthique » et clinique de leur appropriation préalable dans toute intervention ou action de concertation les concernant* » (*ibid*., p. 113). Quant au troisième type de conditions mis en évidence par Mercier, Métivier et coll., ils portaient sur les rapports interorganisationnels. À ce chapitre, les auteurs soulignaient la nécessité que les acteurs en présence puissent se doter d'orientations et de buts communs, que la participation de chacun puisse être favorisée et maintenue et que le fonctionnement de la concertation soit optimisé. D'après eux, un bon fonctionnement interorganisationnel :

> *tout en étant centré sur la tâche, la clarté des rôles et responsabilités, permet un fonctionnement démocratique, favorise la connaissance mutuelle et les relations interpersonnelles entre intervenants de différents organismes, repose sur un leadership de compétence plus que d'autorité, et favorise l'*autonomisation *des personnes et des organismes qui s'impliquent, et par-delà, l'*autonomisation *du milieu.* (*ibid*, p. 119)

Larivière (2001, p. 77) soulignait aussi l'influence déterminante, pour le succès des démarches, des personnes engagées dans les processus de concertation entre l'État et le milieu communautaire. Il affirmait :

> [...] *ce passage de la coopération conflictuelle (où chacun essaie de défendre ses intérêts et sa vision des choses) à une collaboration réelle (où les intérêts de la population priment) ne peut être imposé par l'État. La volonté d'un tel changement et les efforts nécessaires pour y parvenir dépendent en premier lieu des personnes responsables de la gestion des organismes touchés, qu'ils soient communautaires ou institutionnels.* (*ibid.*)

Savard, Turcotte et Beaudoin (2003) ont fait une analyse d'études précédentes ayant porté sur le partenariat entre les organismes communautaires et les établissements publics du réseau sociosanitaire. Ils y ont distingué deux principaux ensembles de facteurs influençant les relations entre ces deux types d'organisations : les facteurs personnels et les facteurs organisationnels. Les

premiers étaient « *associés aux attributs des intervenants et des gestionnaires* », et ils regroupaient « *l'écoute, le respect de l'autre, la transparence, la capacité de se remettre en question* » (*ibid*., p. 163). Les seconds comprenaient notamment l'intégration de l'organisme dans sa communauté, sa philosophie d'intervention et l'encadrement organisationnel des expériences de partenariat.

D'après Lebeau, Vermette et Viens (1998, p. 200-201), la concertation intersectorielle avait été favorisée, dans le domaine de la prévention des toxicomanies, par des éléments de contexte historique, dont « *l'affectation de ressources, le respect des mandats, l'implication accrue de partenaires, la mise en place de lieu d'échange et de réflexion ainsi que la récurrence du financement* ». Enfin, les auteurs jugeaient que l'action intersectorielle était favorisée par l'existence d'affinités entre les partenaires et un certain « *attrait à travailler ensemble* », sans compter « *un désir de réciprocité des engagements où chacun des partenaires est susceptible d'y trouver des avantages* ».

Vanier et Pilote (2003) ont évalué la concertation intersectorielle portant sur le Programme intégré de services et d'interventions en périnatalité (PRINSIP) en Montérégie. Parmi les recommandations de l'étude, les chercheurs mentionnaient la nécessité de définir clairement les rôles et responsabilités respectifs des acteurs, en précisant que celle-ci « *relève des membres de cette concertation* ». Ils ont également noté l'importance de mettre en place des mécanismes d'accueil des nouveaux membres. Enfin, en lien avec l'objet précis de l'évaluation, la pertinence de pouvoir compter sur le soutien d'un agent de liaison provenant de la Direction de santé publique dès la phase initiale d'implantation de la concertation a été soulignée.

Pour revenir à la situation propre à Lanaudière, on peut mentionner que, dans l'étude portant sur la MRC des Moulins, les répondants ont suggéré quelques solutions susceptibles de corriger les « irritants » précédemment identifiés (section 2.3.2). Celles-ci ont été regroupées au terme de l'analyse, et elles ont conduit à formuler cinq principaux « *défis à relever* » et « *pièges à éviter* » (Côté, St-Louis et Bourque, 2010, p. 61-64). Il s'agit de : 1) éviter le maintien du *statu quo*, en dépit d'une perception plutôt positive des pratiques de concertation actuelles (pour freiner notamment la multiplication des lieux de concertation); 2) maintenir le dynamisme présent et éviter la mise en place de solutions trop rigides, susceptibles d'alourdir la concertation (s'appuyer sur un processus participatif, préserver l'esprit de convivialité); 3) trouver un équilibre entre les besoins des organisations et les besoins de la communauté (la concertation doit apporter des avantages, éviter les dédoublements d'objets); 4) augmenter l'efficacité et l'impact des pratiques de concertation (au-delà des échanges et des connaissances transmises, générer des actions et des résultats); 5) assurer la liaison entre les différents lieux et favoriser le développement qualitatif de la concertation (concerter la concertation, la coordonner en tenant compte de l'existence simultanée de différents niveaux de concertation).

Quant à l'autre étude lanaudoise de la concertation locale, réalisée dans la MRC de L'Assomption, elle n'a pas dégagé systématiquement des forces et des faiblesses associées à ces pratiques telles qu'exercées sur ce territoire (Guernon, Guédon et Malboeuf, 2009a et 2009b).

D'approche d'abord plus descriptive, puis participative, cette évaluation a plutôt conduit à huit principaux constats, lesquels ont été repris par la suite, dans une rencontre réunissant dans le cadre d'ateliers de consultation les différents acteurs de la concertation locale. Ces échanges ont mené à quelques recommandations visant à améliorer les pratiques locales de concertation. Celles-ci peuvent être considérées comme des conditions de succès adaptées aux besoins propres des participants à la démarche d'évaluation, donc aux différents acteurs locaux de la concertation.

Parmi ces recommandations, on retrouve la mise sur pied d'une structure visant « *l'amélioration de la qualité de vie de sa communauté par la concertation intersectorielle, multi-réseaux et globale* ». Cette structure devait occuper « *un rôle de leader* » (Guernon, Guédon et Malboeuf, 2009b, p. 28). D'autres recommandations portaient sur des outils ou mécanismes susceptibles de faciliter la concertation : la production d'un portrait participatif des tables de concertation de la MRC, la publication d'un bulletin permettant de relayer l'information entre les différentes tables ainsi que celle d'un calendrier des dates de leurs rencontres (*ibid.*). Enfin, des recommandations portent sur des attitudes ou aptitudes attendues de la part des acteurs de la concertation. On mentionne notamment qu'ils doivent manifester de l'ouverture envers la possibilité d'arrimage avec une table existante avant d'en créer une nouvelle, que chaque table doit définir sa mission ainsi que la contribution de ses membres, que la diffusion d'information doit être assurée des tables aux organisations membres, et que la contribution des organisations participant à une table doit être réelle « *dans une optique d'implication pro-active des bonnes ressources* ». En outre, on souhaite : « *Que les tables favorisent une ambiance d'écoute, d'ouverture et de respect en travaillant à égaliser les rapports de pouvoir, en facilitant l'accueil des nouveaux participants* [...] *et en utilisant un langage accessible*. » (*ibid.,* p. 29)

Quelques guides ou ouvrages pratiques présentant des conseils à propos de la mise en œuvre d'une concertation ou d'une AI dans le milieu de la santé ont également été publiés depuis une dizaine d'années. Parmi ceux-ci, ce sont surtout des initiatives fédérales ou internationales qui ont été recensées dans le cadre de la présente étude.

D'abord, dès 2000, Santé Canada publiait une *Trousse d'action intersectorielle*. Celle-ci proposait une méthode en quatre étapes associées chacune à un défi particulier, et modélisée globalement par un « carrefour en trèfle ». Ce modèle constituerait en soi un « gage de succès » de l'action intersectorielle. La première étape consiste à « *imaginer d'avance les résultats* » et est associée au défi de « *gagner la confiance* ». Pour ce faire, il faudrait : rallier les gens, renforcer la confiance, confirmer la vision et définir les résultats recherchés. En second lieu, il faudrait « *habiliter l'équipe en travaillant du membre au secteur* », étape jumelée au défi de « *clarifier les pouvoirs* ». Les éléments de réussite identifiés consistent à : confirmer les rôles organisationnels, résoudre les conflits, organiser l'effort et soutenir les membres. La troisième étape vise à « *s'assurer le succès en travaillant de secteur à secteur ».* On lui attribue le défi d'« *initier des actions* », par les moyens de : gérer le travail, créer des systèmes conjoints, renouveler les efforts, évaluer les résultats. Enfin, la quatrième étape a pour objectif d'« *instaurer la continuité en travaillant de l'équipe d'AI à la communauté ».* Elle devrait aider à relever le défi de « *promouvoir les résultats*

et la méthode d'AI ». Pour y arriver, il s'agirait de : créer la visibilité, faire participer la communauté, changer le système, clore la collaboration.

L'Agence de santé publique du Canada (2007, p. 10-13) s'est également intéressée aux conditions de succès ou « facilitateurs » de l'action intersectorielle pour la santé[12]. À partir d'une revue de littérature internationale sur ce thème, les auteurs en retiennent une liste de onze principales. Celles-ci, toutefois, tendent à envisager surtout l'AI mise en œuvre à l'échelle d'un état. Elles sont ainsi formulées :

> 1. *Créer un cadre et une approche philosophiques en matière de santé qui favorisent l'AS* [...]; 2. *Insister sur les valeurs, les intérêts et les objectifs qu'ont en commun les partenaires et les éventuels partenaires* [...]; 3. *Assurer le soutien politique; miser sur les facteurs positifs de l'environnement politique* [...]; 4. *Mobiliser les partenaires clés au tout début : être inclusif* [...]; 5. *Assurer l'établissement de liens horizontaux pertinents dans l'ensemble des secteurs, de même que de liens verticaux au sein des secteurs* [...]; 6. *Investir dans le processus d'établissement d'une alliance en tentant d'en arriver à un consensus à l'étape de la planification* [...]; 7. *Mettre l'accent sur les objectifs concrets et les résultats tangibles* [...]; 8. *S'assurer que les partenaires se partagent le leadership, les responsabilités et les récompenses* [...]; 9. *Former des équipes stables composées de personnes qui travaillent bien ensemble et dotées de réseaux de soutien pertinents* [...]; 10. *Élaborer des modèles pratiques, des outils et des mécanismes à l'appui de la mise en œuvre de l'action intersectorielle* [...]; 11. *Garantir la participation du public; éduquer la population, et la sensibiliser aux déterminants de la santé et à l'action intersectorielle* [...].

On peut constater que, parmi cet ensemble de conditions de succès, on retrouve des éléments relevants du contexte (approche philosophique, valeurs et intérêts, environnement politique), d'autres en lien avec l'organisation structurelle (liens horizontaux et verticaux) ou fonctionnelle (objectifs de résultats, stabilité des équipes, modèles pratiques, outils et mécanismes), et d'autres encore portant sur les relations entre les acteurs (alliance, leadership, responsabilités, participation du public).

Par ailleurs, à l'instar de Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (*ibid*., p. vii) identifiait aussi des défis à relever afin de pouvoir réaliser une AI dans le domaine de la santé. Ceux-ci étaient au nombre de trois, considérés comme des « *défis clés* ». Il s'agissait de « *définir les objectifs et les rôles, poursuivre sur sa lancée et évaluer les résultats* ». En outre, les auteurs mentionnaient qu'ils avaient « *éprouvé de la difficulté à repérer des données probantes attestant l'efficacité de l'action intersectorielle en matière de santé* » (*ibid*., p. 40).

L'Agence de la santé publique du Canada s'est également jointe à l'OMS (2008) pour la réalisation conjointe d'une étude de cas dans dix-huit pays, ayant porté sur la contribution de l'AI à l'équité en santé. Parmi les constats de cette étude, certains rejoignent les conditions de

[12] On peut noter que, dans le document de l'Agence de santé publique du Canada, l'action intersectorielle pour la santé est identifiée par l'abréviation AS plutôt que AI ou AIS.

succès de l'AI. On y mentionne, notamment, la nécessité d'un partage du pouvoir. On signale aussi un « *potentiel de succès significatif* » attribué à des « *initiatives locales, à plus petite échelle, dans lesquelles les membres de la collectivité partagent le contrôle du processus, ou sont capables de participer activement à ce processus* » (*ibid*., p. 23 et 24). Le document identifie, par ailleurs, un ensemble de « *mécanismes et outils clés* » permettant de soutenir l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en matière de santé. Ceux-ci visent notamment à : 1) constituer un « *fondement solide* » à l'approche intersectorielle préconisée (par le biais d'un ensemble d'arguments que peuvent adopter les acteurs); 2) obtenir la participation d'autres secteurs; 3) préciser le rôle de la société civile et la participation multilatérale et publique; 4) miser sur la collaboration et le développement de partenariats efficaces; 5) adopter un modèle ou cadre de travail théorique en vue d'organiser le travail intersectoriel; 6) définir des structures en vue d'organiser concrètement la planification et la mise en œuvre du travail intersectoriel; 7) assurer un suivi du processus et des résultats du travail intersectoriel (*ibid*., p. 10-16).

Au Québec, Bilodeau, Lapierre et Marchand (2003) ont produit, pour la Direction de santé publique de Montréal-Centre, un guide visant à outiller les acteurs invités à participer à des instances de partenariat. Les conseils sont regroupés selon trois moyens visant à « *rendre le partenariat plus productif* ». Ils doivent aider globalement à : 1) mieux comprendre les acteurs; 2) chercher à résoudre les controverses et; 3) élaborer des solutions nouvelles. La prise en compte de ce document, dans la présente revue de littérature, apparaît pertinente dans la mesure où la définition de « partenariat » qui y est développée est sensiblement apparentée à celle d'AI. Les auteures considèrent ainsi que :

> *Dans le domaine des services publics, on y a recours pour résoudre des problèmes complexes qu'une organisation seule ne parvient pas à régler. L'avantage du partenariat est qu'il facilite la mise en commun de l'expertise et l'innovation. Il s'agit bien d'innovation puisque l'action en partenariat cherche dans bien des domaines à remplacer l'action traditionnelle sectorisée, jugée inappropriée.* (*ibid.*, p. 7)

Bilodeau, Lapierre et Marchand précisent également que l'action en partenariat « *peut se définir comme une action commune négociée* » (*ibid***.,** p. 8)

Finalement, il faut considérer comme des balises générales les différentes conditions de succès de la concertation et des actions intersectorielles, un peu éparses et éclatées, qui ont été mentionnées dans cette section. Toutefois, on doit comprendre qu'il n'existe pas nécessairement de recette infaillible et universelle. Comme le précisaient à juste titre Vanier et Pilote (2003, p. 79), se référant à Vermette (2001) :

> *une expérience de concertation est très difficilement exportable sur un autre territoire, ou généralisable à l'ensemble des territoires, sans qu'une démarche d'appropriation soit préalablement conduite par les personnes qui veulent reproduire ces actions. Par exemple, les attentes des partenaires peuvent être différentes, selon le milieu, ou l'environnement de*

> *concertation peut présenter des caractéristiques distinctes. Ces particularités exigent souvent que des ajustements soient apportés dans les contenus et les modalités.*

De même, les participants à la conférence de Halifax sur l'action intersectorielle pour la santé (OMS, 1997, p. 3-4) avaient déjà souligné que ce qui avait été un succès dans une situation pouvait devenir un échec dans une autre situation. En effet, un large éventail de dynamiques pouvaient exercer leur influence déterminante. Certaines se rapportaient aux relations entre les groupes d'intérêts (engagement et leadership politique, facteurs sociaux et culturels), et d'autres au contexte (« environmental circumstances ») de l'action. Tout à fait dans le même sens, l'Agence de santé publique du Canada (2007, p. 10) soulignait encore, une dizaine d'années plus tard, que :

> *Les expériences documentées démontrent clairement que le contexte et la culture sont des éléments essentiels du succès des initiatives intersectorielles. Des conditions ou approches procurant des résultats dans un certain secteur ou milieu peuvent ne pas avoir le même effet dans un autre.*

2.4 Liens entre l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être (AIFSBE) et l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)

Une parenté conceptuelle rapproche l'AIFSBE de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS). Les deux notions ont connu, d'ailleurs, une évolution entrecroisée. Il apparaît donc utile de tenir compte de la façon dont l'EIS pourrait avoir influencé l'AIFSBE.

Selon l'Agence de santé publique du Canada (2007, p. 14), référant à l'OMS (1999), l'EIS a été définie comme « *un mélange de procédures, de méthodes et d'outils permettant d'évaluer une politique, un programme ou un projet en fonction de ses effets potentiels sur la santé d'une population et de la répartition de ces effets au sein de la population* ». Il est précisé que ce type d'activité peut être réalisé « *de manière prospective, simultanée ou rétrospective* ». En outre, on peut voir une ressemblance entre l'AIS et l'EIS dans le fait que cette dernière « *a été utilisée comme un mécanisme de mobilisation de multiples intervenants, tant au sein du secteur public qu'à l'extérieur de ce dernier* ».

Banken (2001, p. 1) a retracé l'origine de l'EIS dans la foulée de deux documents fondamentaux en santé publique. D'abord, il identifiait la Conférence de Alma-Ata de 1978, lors de laquelle a été lancé le mouvement de la santé pour tous. Ensuite, il mentionnait l'influence déterminante du Traité d'Amsterdam de 1997, lequel a souligné la responsabilité de la Communauté européenne à prendre en compte la protection de la santé dans la définition et la mise en œuvre de toutes ses politiques ou activités. L'EIS serait ainsi devenu un outil clé qui pourrait, idéalement, être intégré à tous les niveaux de prise de décision, comme une opération de routine, comme une activité institutionnalisée.

Côté (2008, p. III) précise que l'EIS a également une filiation plus ancienne avec le concept d'impact environnemental, développé aux États-Unis dès les années 1960. Il ajoute que, dans son assise théorique, l'EIS est associée aux notions « *d'équité, de démocratie participative, de développement durable et d'éthique* ». En résumé, l'EIS représenterait « *une vigie prévenant les décideurs des dangers potentiels de la décision qu'ils sont amenés à prendre* ».

Dans le même sens, Turgeon et Jabot (2010, p. 363) notent que le développement d'évaluations de type EIS « *trouve en partie ses origines dans la recherche d'une plus grande équité sociale lors de l'élaboration de politiques publiques, l'analyse des impacts devant s'intéresser à leur redistribution dans les divers groupes sociaux* ». Ils mentionnent aussi l'influence du Consensus de Göteborg, un document de 1999 portant sur les concepts et la méthode de l'étude l'impact sur la santé, qui aurait suscité de l'intérêt dans plusieurs pays.

Plus concrètement, Banken considère que l'EIS peut produire des informations sur les impacts attendus des décisions sur la santé et les déterminants de la santé. Les décisions concernées pourraient être prises dans différents secteurs d'activités, publics ou privés. Référant à la Conférence d'Adelaide de 1988 sur les liens entre les politiques publiques et la santé, il mentionne, par exemple, les effets possibles sur la santé de décisions prises dans les domaines de l'agriculture, du commerce, de l'éducation, de l'industrie et des communications (*ibid*., p. 3). En outre, l'auteur souligne que l'EIS peut fournir aux décideurs « *des solutions concernant les différents obstacles à la collaboration intersectorielle* » (*ibid.,* p. 5). Il explique aussi que les professionnels de la santé publique devraient tendre, dans un effort de transfert de connaissances, à habiliter les acteurs d'autres domaines à produire et utiliser des informations concernant la santé. De cette façon, ils contribueraient à éviter le développement d'un certain « *impérialisme de la santé* » susceptible de créer une résistance à l'égard des pratiques d'EIS (*ibid.,* p. 30).

Enfin, Banken fait état de l'importance de mettre en place, au niveau national, un cadre légal pouvant faciliter l'institutionnalisation de l'EIS (*ibid.,* p. 30). Toutefois, il précise que ce genre de mesure formelle serait moins utile à l'échelle locale, où les voies de communication entre acteurs sont plus courtes.

Le Québec se distingue justement de la plupart des États du monde, et apparaît en cela novateur, par l'inscription, en 2001, de l'EIS dans la *Loi sur la santé publique*. On retrouve plus précisément cette notion à l'article 54[13]. Quelques années après l'adoption de cette loi, Gagnon, Turgeon et Dallaire (2008) ont étudié l'évolution de la prise en compte des préoccupations pour la santé à travers quatre cas relevant chacun d'un ministère différent. Les auteurs ont conclu que la mise en place de la loi et d'autres « *instruments de gouverne* » (organismes, dispositifs, comités interministériels, etc.) constituaient « *une condition nécessaire, mais insuffisante* » pour assurer « *que*

[13] Le ministre de la Santé et des Services sociaux doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. De plus, tout ministère ou organisme qui se trouve à l'étape de la formulation d'un projet de loi ou toute autre mesure doit évaluer les impacts possibles de son action sur la santé des populations, et il doit consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux si ces impacts s'avèrent significatifs. (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2008, p. 79)

la santé et le bien-être soient pris en compte lors de la formulation des politiques publiques » (*ibid*., p. 92). À leur avis, il manquait « *une impulsion politique tout autant que collective* ». De plus, les chercheurs ont observé la prédominance, sur le plan normatif, de « *la vision sectorielle* » ainsi que des « *cultures ministérielles* ». Ils affirmaient que :

> *La mise en œuvre de l'EIS s'inscrit dans un contexte institutionnel dans lequel les orientations et les pratiques ministérielles et les priorités politiques s'imposent (position d'un ministre, échéance et gains électoraux, absence de consensus social sur une solution donnée, etc.).* (*ibid.,* p. 93)

Turgeon et Jabot (2010) ont esquissé un bilan de l'implantation au Québec des pratiques institutionnalisées de l'EIS, après dix ans de mise en œuvre de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*. Ils expliquent que celle-ci a été placée sous la responsabilité de la Direction générale de la santé publique du MSSS et qu'elle s'appuie, d'une part, sur « *la mise en place d'un mécanisme intragouvernemental* » et, d'autre part, sur « *le développement et le transfert des connaissances sur les politiques favorables à la santé et au bien-être* » (*ibid*., p. 363). En ce qui concerne le mécanisme intragouvernemental, proposant des outils et des formations aux différents ministères en fonction de l'intérêt manifesté, les auteurs notent une participation inégale de ceux-ci. Ils observent également une diffusion inégale de l'information à l'égard de l'article 54 au sein des ministères concernés. Par ailleurs, pour ce qui est du transfert des connaissances, l'intérêt du MSSS à ce sujet semble demeurer important, puisqu'il finance « *un vaste programme de recherche sur les politiques favorables à la santé et au bien-être* » (*ibid.*, p. 364). Ce programme comprend trois axes, ainsi identifiés :

> *concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales, élaboration de politiques publiques favorables à de saines habitudes de vie et enfin, un axe évaluation des impacts qui porte sur les impacts* a posteriori *de politiques publiques déjà implantées (École en santé, Promotion du transport actif des élèves du primaire…).* (*ibid.*)

Turgeon et Jabot jugent finalement que l'adoption de mesures législatives ne suffit pas. Ainsi, pour véritablement institutionnaliser la pratique de l'EIS, il demeurerait nécessaire d'accompagner et de soutenir les acteurs chargés de produire les évaluations prescrites.

Du point de vue de Côté (2009, p. 33-34), l'EIS (ou HIA pour *Health Impact Assessment*), au même titre que le *Social Impact Assessment* (SIA), se présenterait comme « *un indice* », résultant du travail acharné de chercheurs sociaux « *intéressés aux bénéfices du développement social pour une amélioration de la santé* », et désireux d'amener les décideurs politiques à s'en préoccuper également. D'autres dispositifs méthodologiques du même type sont également élaborés et déployés ailleurs dans le monde, dont l'IA ou *Integrated Impact Assessment* (Robertson, 2008, p. 17). Celui-ci, mis en œuvre par une commission européenne, a pour programme d'examiner les impacts sociaux, économiques et environnementaux des principales politiques et mesures législatives. Selon Robertson, l'IA s'inscrit dans le mouvement général de la « *bonne gouvernance* » et de la prise de décision basée sur des données probantes.

À cet effet, Côté (*ibid.*) considère que l'EIS et le SIA représentent « *des enjeux politiques majeurs* », étant donné qu'ils « *prétendent infléchir la gouvernance dans le sens d'une cohérence des politiques vers un idéal supérieur de justice, et ce, à partir de faits vérifiés par des instruments de mesure* ». De concert avec Robertson et Bernier (2006), Côté note que l'EIS « *s'inscrit dans le courant idéologique en faveur de la « prise de décisions fondées sur les résultats probants » et les techniques de management scientifique de l'administration publique* ». L'EIS prend ainsi en compte essentiellement des « *impacts directs, observables et mesurables* », par le biais des « *initiatives législatives ou réglementaires* », ce qui conduit à produire des « *sous-estimations* ». En outre, les pratiques de l'EIS découlant de la *Loi sur la santé publique* de 2001 omettraient d'inclure dans leurs analyses certains « *effets diffus sur la santé publique* » de politiques publiques tel l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) ou de grandes orientations gouvernementales portant sur l'emploi, l'industrie et le commerce.

D'un point de vue presque opposé, des auteurs ont critiqué plutôt le « *manque de rigueur dans l'utilisation des éléments d'appréciation* » de la méthodologie de l'EIS (Mindell et collaborateurs, 2010, p. 548). L'EIS étant censée soutenir la prise de décision au niveau politique, pour être véritablement « crédible », elle devrait s'ajuster aux besoins des décideurs politiques, formulés dans la perspective d'une gouvernance basée sur des données probantes. D'ailleurs, Mindell et coll. (*ibid*., p. 543) relèvent une définition de l'EIS tout à fait conforme à cette approche, soit « *l'utilisation de la meilleure évidence disponible afin d'évaluer les effets probables d'une politique spécifique dans une situation spécifique* »[14]. En vue de mieux répondre à ces attentes, ces chercheurs ont développé un guide devant permettre notamment aux utilisateurs potentiels de mieux distinguer les résultats d'évaluations de type EIS jugées « *satisfaisantes et non satisfaisantes* ».

2.5 Synthèse

Cette deuxième section de la revue de littérature sur l'AIFSBE a permis d'identifier différents éléments dont il serait pertinent de tenir compte dans l'évaluation de la stratégie de soutien à l'AIFSBE du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Bien que ceux-ci ne concernaient pas spécifiquement l'AIFSBE, la parenté conceptuelle entre cette notion et celles de concertation, d'AI et d'EIS, notamment dans le domaine de la santé, suggère d'y demeurer sensible.

D'abord, il faut demeurer conscient que les motivations à participer à des démarches de concertation ou d'action intersectorielle peuvent différer selon les acteurs et les secteurs d'activités auxquels ils sont associés. Certains secteurs peuvent poursuivre des objectifs et des priorités relativement éloignés de ceux du domaine sociosanitaire (le secteur économique notamment). Les divers secteurs appelés à se concerter peuvent être porteurs d'approches, de cultures et d'intérêts organisationnels différents, voire contradictoires. De plus, les acteurs

[14] Traduction libre de « *the use of the best available evidence to assess the likely effect of a specific policy in a specific situation* ».

travaillant en concertation intersectorielle peuvent vivre des tensions découlant d'une inégalité de pouvoir entre eux (par exemple, entre les partenaires d'organisations étatiques et les autres, dont ceux du domaine communautaire). En outre, les buts poursuivis par les acteurs de santé publique pourraient être transformés ou dilués dans le processus de concertation (viser l'amélioration de la « santé » de systèmes ou d'organisations plutôt que celle des personnes). Ou encore, ces acteurs pourraient avoir tendance à imposer aux autres une perspective qui ne leur convient pas nécessairement (attente de résultats basés sur des données probantes).

En ce qui concerne le rôle de la santé publique dans les démarches de concertation ou d'action intersectorielle, il sera nécessaire de documenter, lors de la collecte des données auprès des acteurs, les implications éventuelles du passage officiel de la notion de « participation » à celle de « soutien » à l'action intersectorielle. Dans cette foulée, le rôle « mobilisateur » de la santé publique, comme compris et mis en œuvre dans Lanaudière, devrait également être interrogé, de même que la part faite à la participation citoyenne. Les notions de représentativité et de légitimité pourraient être utiles à cet égard. Une attention particulière pourrait être accordée à la participation spécifique des personnes défavorisées, souvent au cœur des interventions de santé publique. Enfin, il pourrait être intéressant de vérifier quelle est l'ampleur de la tâche des acteurs de santé publique, telle qu'ils se la représentent : agir comme responsables désignés des problèmes de santé, de pauvreté et d'exclusion sociale? Comme initiateurs de changement social à l'échelle locale et régionale? Comme acteurs locaux et régionaux ayant une capacité d'action sur des problématiques ayant des causes structurelles? etc.

Il sera éclairant également de mieux comprendre comment se situent les acteurs de la santé publique, de même que leurs partenaires dans les actions concertées, à l'égard des forces, des faiblesses et des conditions de succès de ces pratiques auxquelles ils sont conviés. Les expériences vécues ont-elles tenu leurs promesses à l'égard des résultats attendus? Les différents acteurs ont-ils trouvé plutôt une source d'apprentissage dans le processus de mise en œuvre de ces actions? Quant aux limites de la concertation intersectorielle auxquelles ils ont été confrontés, se situent-elles, par exemple, davantage au niveau du contexte (intérêts poursuivis et objectifs par les partenaires, processus imposé ou participation librement consentie, valeurs, approche philosophique, environnement politique, etc.)? des ressources disponibles (financières, humaines, temps, compétences, etc.)? du fonctionnement des instances (sursollicitation des acteurs, définition des rôles et responsabilités, processus de prise de décision, dimension démocratique, mécanismes de résolution des conflits, etc.)? Des relations entre les acteurs et les organisations (cultures et expertises différentes, inégalités de pouvoir, gestion conflictuelle, atouts personnels, compatibilité des participants, etc.)? Ou encore au niveau de l'existence de moyens de soutien (encouragement et reconnaissance des initiatives, transmission d'informations, mise à niveau des connaissances, évaluation, etc.)?

Quant aux liens entre l'AIFSBE et l'EIS, la revue de littérature a permis de constater qu'elles ont des racines communes et qu'elles ont connu une évolution interreliée. Dans les deux cas, les pratiques sont fondées sur le principe selon lequel les actions mises en œuvre par les autres secteurs ont une influence sur la santé des populations. Si l'AIFSBE amène les acteurs de santé publique à travailler en concertation avec ceux d'autres secteurs pour que soient pris en compte des impératifs de santé, l'EIS est davantage conçue comme relevant du champ d'action spécifique de chacun des secteurs autres que celui de la santé. Autrement dit, il leur revient de réaliser des EIS quand leurs politiques, programmes ou projets sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé de la population. On peut noter, par ailleurs, que l'AIFSBE et l'EIS partagent un statut d'obligation légale, puisque des responsabilités à cet égard sont inscrites dans la *Loi sur la santé publique* (les deux pratiques) et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (l'AIFBE). Les obligations concernant l'EIS, toutefois, ne sont pas prescrites au réseau de la santé et des services sociaux.

CONCLUSION

La première partie de l'exercice de recension des écrits, dont rend compte le présent fascicule, a mis en évidence que, dans le domaine de la santé publique, la reconnaissance officielle de l'AIFSBE ainsi que l'invitation à y recourir remontent à quelques années déjà. Par exemple, les deux éditions des principaux documents d'orientation de la santé publique produits au cours de la dernière décennie au Québec, aux niveaux national et régional, y font explicitement référence. Il s'agit du PNSP et des PAR. La revue de littérature a aussi permis de relever les principales distinctions entre l'AIFSBE et des concepts apparentés, notamment ceux d'« AI », de « concertation » et de « partenariat ».

Puis, dans la deuxième partie du document, l'analyse des écrits recensés a conduit à dégager certains enjeux, pour les différents partenaires concernés, associés à la mise en œuvre de la stratégie de soutien à l'AIFSBE. Différents aspects des forces, des faiblesses et des conditions de succès de l'AIFSBE ainsi que des pratiques apparentées ont été soulevées. Les liens entre l'AIFSBE et l'EIS ont aussi été explorés.

Finalement, malgré son caractère non exhaustif, l'ensemble des informations rassemblées dans ce premier fascicule a permis de servir les fins pour lesquelles il a été élaboré. En effet, cet outil de réflexion a constitué un guide dans le cadre de l'*Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du PAR 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*. Il a été utile autant au moment de la rédaction de la proposition d'évaluation initiale que lors des différentes phases de la collecte des données. Par la suite, dans la foulée dynamique du processus de l'étude, le besoin de recourir à des sources complémentaires de réflexion lors de l'analyse des données s'est traduit par la rédaction des deux autres fascicules.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : Analyse de cas dans 18 pays*, 2008, 44 p.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Au croisement des secteurs. Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, 2007, 52 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE INTERGOUVERNEMENTALE DE LA FRANCOPHONIE. *Évaluation externe de la démarche de concertation francophone en environnement. Rapport de synthèse*. 2004, 131 p.

BANKEN, Reiner. *Strategies for Institutionalising HIA*, ECHIP Health Impact Assessment Discussion Papers, World Health Organization, Bruxelles, Regional Office for Europe, Copenhagen, European Center for Health Policy, Number 1, 2001, 37 p.

BEAUDRY, Jean et Benoit GAUTHIER. « L'évaluation de programme », dans *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, sous la direction de Benoit Gauthier, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1995, p. 425-452.

BÉGIN, Claude, et Lise OUELLET. *Grille d'identification des actions intersectorielles du PAR 2009-2012 (version 14 juillet 2010)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2010b, 19 p.

BÉGIN, Claude, et Lise OUELLET. *Proposition d'une démarche d'optimisation de la stratégie d'action intersectorielle du PAR 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2010a, 4 p.

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élizabeth CADIEUX. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanaudois! Rapport du directeur de santé publique de Lanaudière - Édition 2007*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2007, 32 p.

BÉGIN, Claude, et Lise OUELLET. *Pour une vision partagée du développement, une toile à tisser*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2006, 68 p.

BEHRER, Laurence. « La démocratie participative et la qualification citoyenne. À la frontière de la société civile et de l'État », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, no 2, p. 24-38.

BERNIER, N. F. « La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois? », *Lien social et politiques*, 55 : 13-24, 2006.

BILODEAU, A., D. ALLARD, D. FRANCOEUR et P. CHABOT. « L'exigence démocratique de la planification participative : Le cas de la santé publique au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 17, No 1, 2004, p. 50-65.

BILODEAU, Angèle, Solange LAPIERRE et Yolande MARCHAND. *Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir,* Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 2003, 20 p.

BORVILLE, D.A. et N. KISHCHUK. *Démarche-action Montréal-Nord Évaluation participative*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, Comité d'évaluation de la Démarche-Action Montréal-Nord, 2007, 61 p.

BOURQUE, Denis. *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, 142 p.

BOURQUE, Denis. « Les partenariats dans le développement des communautés », dans D, Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.). dans *L'organisation communautaire. Fondements, approche et champs de pratique*, 2007, p. 297-309.

BOURQUE, D. et L. FAVREAU. « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, Vol. 50, p. 295-308, 2003.

BURR, Tim, Comptroller and Auditor General. *Delivering High Quality Impact Assessments*, London, National Audit Office, 2009, 26 p.

CINQ-MARS, M. et D. FORTIN. « Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée », *Revue canadienne d'évaluation de programme,* 14 (2), 1999, p. 57-83.

COLLECTIF D'AUTEURS, INSPQ (sous la coordination de Julie Lévesque). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, avril 2002, 50 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport final*. Québec. Les publications du Québec, 1988.

COOPÉRATIVE DE CONSULTATION EN DÉVELOPPEMENT LA CLÉ. La concertation et le partenariat, consulté en ligne le 28 avril 2010, au http://www.mobilisation-communautes.qc.ca/6_47_la-concertation-et-le-partenariat.aspx

CÔTÉ, Jocelyne. *Le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC Le Rocher-Percé sur le développement des communautés et la santé : Étude des opinions, des représentations et des enjeux*, Gaspé, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2009, 206 p.

CÔTÉ, Louis. « Éditorial. Les politiques publiques et l'évaluation d'impact sur la santé », dans *Télescope*, vol. 14, no 2, printemps-été 2008, p. III-VII.

CÔTÉ, Nathalie, Marie-Pier ST-LOUIS et Denis BOURQUE. *Pratiques de concertation sur le territoire de la MRC Les Moulins. Rapport de la démarche de recherche participative,* Comité de développement social les Moulins, 2010, 82 p.

DIALLO, Tierno. *Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse,* Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé (Plateforme EIS) et Promotion Santé Suisse, 2010, 58 p.

DUPERRÉ, Martine. *La participation citoyenne dans les entreprises d'économie sociale en santé mentale*, Cahiers du Centre de recherche, d'information et de développement de l'économie solidaire (CRIDÉS), Cahier numéro : 10-01, 2010, 53 p.

DUPERRÉ, Martine. *Facteurs et processus de constitution en acteur collectif : une étude de cas d'une association de groupes de femmes*, Montréal, UQAM, Centre de recherche sur les mouvements sociaux (CRISES), octobre 2010, 97 p.

EME, B. « Gouvernance territoriale, puissance publique et société civile », dans J.L. Klein et D. Harrisson (dir.). *L'innovation sociale. Émergence et effets sur la transformation des sociétés,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 153-171.

FAVREAU, Louis. « Entreprises collectives et développement des communautés : Une mise en perspective de la dernière décennie de coopération et d'économie sociale au Québec », dans *La mobilisation pour le développement et le pouvoir d'agir des communautés locales au Québec. Portraits et défis*, Victoriaville, La Coopérative de consultation en développement La Clé, 2010, p. 3-28.

FOREST, Danielle et Lise ST-GERMAIN. *La participation citoyenne. Le point de vue des citoyennes et des citoyens du nord de Lanaudière sur leur participation dans les démarches d'animation territoriale en développement durable. Rapport de recherche*, Joliette, Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière, Centre de recherche sociale appliquée, 2010, 119 p.

FORTIN, Jean-Paul, Gisèle GROLEAU, Vincent LEMIEUX, Michel O'NEIL et Paul LAMARCHE. *L'action intersectorielle en santé*, Rapport synthèse, Sainte-Foy, Université Laval et Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction régionale de Santé Publique de Québec, 1994, 44 p.

FOURNIER, Danielle, Jean-François RENÉ, Michelle DUVAL, Suzanne CARON, Annie FONTAINE, Josée CHÉNARD et Christine LEFEBVRE. « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no 1, 2001, p. 111-131.

FRANK, Flo et Anne SMITH. *Guide du partenariat*, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000, 81 p.

GAGNON, France, Jean TURGEON et Clémence DALLAIRE. « L'Évaluation d'impact sur la santé au Québec. : lorsque la loi devient levier d'action », dans *Télescope*, vol. 14, no 2, printemps-été 2008, p. 79-94.

GUERNON, Sébastien, Marie-Noëlle GUÉDON (coll.) et Patrick MALBOEUF (coll.) *Rapport d'évaluation sur la concertation dans la MRC L'Assomption. Rapport complet*, Repentigny, Table de Concertation des organismes communautaires de la MRC L'Assomption, Conférence régionale des élus(es) Lanaudière, 2009a, 29 p.

GUERNON, Sébastien, Marie-Noëlle GUÉDON (coll.) et Patrick MALBOEUF (coll.) *Rapport d'évaluation sur la concertation dans la MRC L'Assomption. Rapport synthèse*, Repentigny, Table de Concertation des organismes communautaires de la MRC L'Assomption, Conférence régionale des élus(es) Lanaudière, 2009b, 14 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale – Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Justice, de la Sécurité publique et de l'Éducation, et Secrétariats à la condition féminine et à la famille, 1995.

HARNOIS, G. et collaborateurs. *Pour un partenariat élargi,* Québec, Projet de Politique de santé mentale pour le Québec, Comité de la Politique de santé mentale.

HAYS, C.E., S.P. HAYS, J.O. DEVILLE et P.F. MULHALL. « Capacity for effectiveness : the relationship between coalition structure and community impact », *Evaluation and Program Planning*, 23, 2000, p. 373-379.

LACHAPELLE, R. *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques,* Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé; sous la direction de René Lachapelle, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 293 p

LACHAPELLE, R. « Deux décennies de concertation, le partenariat en développement local à Sorel », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no 1, 2001, p. 48-63.

LAMOUREUX, J. *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1994.

LARIVIÈRE, C. « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction communautaire*, no 70, automne 2005, p. 13-16.

LAVIS, J.N. et autres. « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations ? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, nº 4, p. 658-663.

LEBEAU, A., G. VERMETTE et C. VIENS. « Développer la concertation intersectorielle : des conditions à l'action », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, no 2, 1998, p. 194-205.

LEBEAU, A., G. VERMETTE et C. VIENS. *Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*, collection Études et analyses, no 38. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1997.

LÉVESQUE, B. *Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général*, Cahier C-13-2006, CRISES, UQAM, 2007, 26 p.

LÉVESQUE, B. et L. MAGER. « Vers un nouveau contrat social?, Éléments de problématique pour l'étude du régional et du local », dans J.-L. Klein et C. Gagnon (dir.), *Les partenaires du développement face au défi du local*, Chicoutimi, GRIR, Université du Québec à Chicoutimi, p. 19-68.

LOCK, Karen et Martin McKEE. « Evidence based public health policy and practice. Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, p. 356-360.

MAHEU, L. « Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissue social », *Sociologie et Société*, vol. XV, no 1, 1983, p. 77-92.

MERCIER, Clément, Denis BOURQUE et Lise ST-GERMAIN. *Participation citoyenne et développement des communautés au Québec : enjeux, défis et conditions d'actualisation*, Rapport réalisé dans le suivi du Séminaire sur la participation citoyenne et le développement des communautés, tenu à l'initiative de la revue Développement social et de l'ARUC-ISCD le 4 avril 2008, 2009, 74 p.

MERCIER, Clément et Annick MÉTIVIER. *Action intersectorielle et développement local à Sherbrooke : impacts et perspectives pour l'action communautaire,* Sherbrooke, Moisson-Estrie, 2003, 155 p.

MINDELL, Jennifer, Jane BIDDULPH, Lorraine, TAYLOR, Annette BOAZ, Michael JOFFE et Sarah CURTIS. « Improving the use of evidence in health assessment », *Bulletin of World Health Organisation*, 2010, no 88, p.543-550,

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012.,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale de la santé publique, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des communications, 2001, 90 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté. Guide de formation et d'animation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction des communications, 2000, 95 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes,* Québec, 1990.

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE. *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être*, http://www.observatoire.enap.ca/observatoire/docs/RC/Rapports1997-2004/2003_transfertconnaissance_INSP.pdf (page consultée le 5 janvier 2011).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Intersectoral Action for Health. A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*, Report of the International Conference, 20-23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada, 39 p.

OUELLET, F., PAIEMENT, M. et P.H. TREMBLAY. *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-centre/CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 1995.

PARAZELLI, Michel et Anne LATENDRESSE. « Vers de nouvelles pratiques citoyennes. Penser les conditions de la démocratie participative », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 18, no 2, 2006, p. 15-23.

PATTON, Michael Quinn. *Qualitative Researsh and Evaluation Methods*, 3e edition, Thousand Oaks, Sage Publications, 2002, 598 p.

POISSANT, Céline. *Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Rapport d'évaluation*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014a (à venir).

POISSANT, Céline. *Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière. Rapport synthèse*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014b (à venir).

POISSANT, Céline. *L'Action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : Regard sur l'évaluation des démarches d'action intersectorielle auxquelles contribuent les acteurs de la DSP de Lanaudière. Fascicule 2 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans de cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2013a (à venir).

POISSANT, Céline. *L'Action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être : Complément à la recension des écrits initiale. Fascicule 3 de la revue de littérature/recherche documentaire réalisée dans de cadre de l'Évaluation d'implantation de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 de santé publique de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2013b (à venir).

POISSANT, Céline. *Proposition d'évaluation portant sur la stratégie de soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011 13 p.

PROULX, J., D. BOURQUE et S. SAVARD. « Les relations entre l'État et les organismes communautaires au Québec : Essai autour d'une typologie », *Intervention*, no 126, juin 2007, p. 20-30.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (RRSSSM). *Trousse d'appréciation de l'action concertée*, Instrument de mesure, Direction de la santé publique, 1999.

RENÉ, J.F. et L. GERVAIS. « Dossier : La dynamique partenariale : un état de la question », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no 1, 2001, p. 20-30.

ROBERTSON, Craig. « Impact Assessment in the European Union », EIPASCOPE, 2008/2, p. 18-20.

RONDEAU, G., G. SIROIS, N. JACQUES ET S. CANTIN. *La concertation intersectorielle en matière de violence conjugale au Québec : Portrait des mécanismes en place et points de vue des participantes et des participants*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2000, 80 p.

SANTÉ CANADA ALBERTA/RÉGION DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST. *Le modèle du Carrefour en trèfle : un gage de succès – Trousse d'action intersectorielle*, Edmonton, Alberta, Santé Canada Alberta/Région des Territoires du Nord-Ouest, 2002, 32 p.

SAVARD. S., D. TURCOTTE ET A. BEAUDOIN. « Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse : une analyse stratégique », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, 2004, p. 160-177.

SÉNÉCAL, Gilles, Geneviève CLOUTIER, Léa MÉTHÉ MYRAND, Amélie DUBÉ et Andréanne CHEVALIER. *Les effets de la concertation. Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*, Montréal, INRS, Centre- Urbanisation Culture Société, 2010a, 141 p.

SÉNÉCAL, Gilles, Geneviève CLOUTIER, Léa MÉTHÉ MYRAND, Amélie DUBÉ et Andréanne CHEVALIER. *Les effets de la concertation. Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal. Résumé*, Montréal, INRS, Centre- Urbanisation Culture Société, 2010b, 11 p.

SIMARD, Paule. *Une trousse pratique d'évaluation préparée par le Groupe de travail sur l'évaluation participative des villes et villages en santé, Monographie No 12,* Le Centre québécois collaborateur de l'OMS pour le développement des Villes et Villages en santé, décembre 2007, 198 p.

TABLE DE CONCERTATION DESORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA MRC L'ASSOMPTION. *Les Actes et recommandations, en vue d'améliorer la concertation dans la MRC de L'Assomption*, Ateliers de consultation, septembre 2009, 34 p.

THIBAULT, A., LEQUIN, M. et M. TREMBLAY. *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible),* Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2000.

TREMBLAY, Jenny, Michèle PARADIS et Lise CÔTÉ. *Évaluation de la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique (PAR 2004-2007) de la Capitale-Nationale,* Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2009, 121 p.

TURGEON, Jean et Françoise JABOT. « Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés! », *Santé publique*, 2010, volume 22, no 4, p. 363-365.

VAN HERTEN, L.M., S.A. REIJNEVELD, et L.J. GUNNING-SCHEPERS. « Rationalising chances of success in intersectoral health policy making », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, vol. 55, p. 342-347.

VANIER, Carole et François PILOTE. *L'évaluation de la concertation intersectorielle* PRINSIP (NEGS). *Portrait régional de l'implantation et du déploiement des tables de concertation intersectorielle dans les 19 territoires de CLSC de la Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 136 p.

VERMETTE, G. *Développer la concertation en toxicomanie : Guide pour les intervenants et les gestionnaires*, Les cahiers du CPLT, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001.

VILLENEUVE, Claude. *Vers des communautés durables?*, Conférence présentée dans le cadre du 14e colloque du Réseau québécois de Villes et villages en santé, Laval, 3 octobre 2002, 44 p.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec