

**Analyse des processus intersectoriels en tant que stratégie pouvant
influencer les déterminants de la santé : étude de cas régionaux au Québec**

Alejandra Dubois

**Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales dans le cadre des exigences du
programme de doctorat en santé des populations**

**Santé des populations
Faculté des études supérieures**

© Alejandra Dubois, Ottawa, Canada, 2013

Résumé de la thèse

Puisque les déterminants sociaux de la santé sont en dehors du secteur institutionnel conventionnel de la santé, la collaboration intersectorielle apparaît comme la stratégie de choix pour agir sur ces déterminants. Comme souligné par Jackson et coll. (2006), la collaboration intersectorielle et les partenariats interorganisationnels sont des actions transversales qui doivent se produire à des niveaux structurels, sociaux et personnels et qui doivent être imbriquées dans toutes les stratégies de promotion de la santé mises de l'avant par la Charte d'Ottawa. Mais que signifie la collaboration intersectorielle, comment est-elle vécue, et comment ces processus intersectoriels peuvent-ils être réussis?

L'objectif principal de ce projet de recherche était de contribuer à l'élaboration d'un cadre conceptuel de l'action intersectorielle, développé à partir de la littérature disponible et validé empiriquement par quatre études de cas, à l'intérieur d'une région du Québec (Chaudière-Appalaches). Ces quatre initiatives se sont déroulées entre 1997 et 2012 :

- Cas 1 : Programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs
- Cas 2 : Construction du parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans
- Cas 3 : Programme de cuisines collectives à Beauce-Sartigan
- Cas 4 : Programme de prévention de l'alcool au volant

La première partie de la thèse se concentre sur la compréhension de termes reliés à l'intersectorialité en santé, en comparant les définitions théoriques (à partir d'une revue systématique de la littérature grise et scientifique) à la terminologie utilisée sur le terrain (à partir des études de cas). La deuxième partie de la thèse consiste en une analyse transversale des quatre études de cas qui ont été élaborées autour des sept dimensions suivantes : le problème, les objectifs de santé de populations, les autres objectifs, les résultats, les acteurs, les processus et le contexte. L'analyse transversale porte principalement sur les avantages, les conditions facilitantes et les défis de l'action intersectorielle en santé, incluant une discussion sur le rôle et la légitimité du secteur santé en tant qu'instigateur du partenariat intersectoriel.

Thesis Abstract

Since the social determinants of health lie outside the conventional institutional health sector, intersectoral collaboration appears to be the strategy of choice to act on these determinants. As Jackson et al. note (2006), intersectoral collaboration and inter-organizational partnerships are cross-cutting actions that must occur at structural, social and personal levels, and they should be embedded in all strategies for health promotion put forward by the Ottawa Charter. But what does intersectoral collaboration mean, how it is lived, and how can these intersectoral processes be successful?

The main objective of this research project is to contribute to the development of a conceptual framework for intersectoral action. That framework is developed from the literature and empirically validated by four case studies within a Quebec region (Chaudière-Appalaches). These four initiatives took place between 1997 and 2012:

- Case 1: Program for the prevention of psychological distress among farmers
- Case 2: Construction of a play park for children aged 0 to 5 years
- Case 3: Program of collective kitchens in Beauce-Sartigan
- Case 4: Program for the prevention of alcohol-impaired driving

The first part of the thesis focuses on understanding terms related to intersectoriality in health by comparing the theoretical definitions (from a systematic review of scientific and grey literature) to the terminology used in the field (captured by conducting case studies). The second part of the thesis is a cross-sectional analysis of four case studies developed around the following seven dimensions: the problem, the population health objectives, other objectives, the outcomes, the actors, the processes and the context. This cross-sectional analysis focuses on the benefits, facilitating conditions and challenges of intersectoral action in health, including a discussion of the role and legitimacy of the health sector as an instigator of intersectoral partnerships.

Table des matières

Résumé de la thèse	ii
Thesis Abstract	iii
Liste de tableaux	ix
Liste de figures	x
Liste des acronymes.....	xi
Remerciements	xii
Contributions des auteurs	xiii
Contributions financières.....	xiii
Chapitre 1- Introduction.....	1
1.1 Purpose and Objectives.....	1
1.2 The IPCDC as an Innovative Strategy to Develop Population-Based Responsibility.....	4
1.3 Research Questions.....	5
1.4 Organization of the Thesis.....	6
Chapitre 2 - Conceptual Background.....	8
2.1 Acting upstream: The social determinants of health	8
2.2 Intersectoral Action	9
2.3 Intersectoral Action and the Determinants of Health	11
2.4 Intersectoriality and the literature on interorganizational relationships	11
2.5 Collaboration and coordination	13
2.6 Policy Process in Health Promotion Research.....	15
2.7 Conditions for Effective Intersectoral Collaboration.....	17
2.8 Collaborations and Coalitions: Similarities and Differences.....	19
2.9 Conclusions from the Literature Review	22
2.10 Preliminary Conceptual Framework.....	22
Chapitre 3 – Méthodologie.....	28
3.1 Phase I: Systematic Literature Review	28
3.1.1 Databases included	28
3.1.2 Inclusion criteria	29
3.1.3 Data extraction.....	30
3.2 Phase II: Qualitative Study	31
3.2.1 Design.....	31

3.2.2	Data collection	33
3.2.3	Selection of key informants	36
3.2.4	Data analysis	36
Chapter 4 - Results of phase I: Systematic review		38
4.1	Intersectoral Action	39
4.2	Intersectoral Action for Health	41
4.3	Intersectoral Collaboration	43
4.4	Intersectoral Policy	44
4.5	Conceptual Frameworks	45
4.6	Discussion.....	45
4.6.1	Proposing definitions	45
4.6.2	Limitations of this exercise.....	47
4.6.3	Summary of the chapter and next steps	48
Chapitre 5 - Résultats de la phase II – Première Partie : Description du contexte		49
5.1	Description du contexte général de la recherche	49
5.2	Le contexte géographique : le territoire et sa population.....	50
5.3	Le contexte socioéconomique.....	52
5.4	Historique de concertations intersectorielles dans la région.....	53
5.5	Description générique des quatre études de cas.....	53
Chapitre 6 : Résultats de la phase II – Deuxième Partie : Discussion sur les termes et concepts utilisés par les acteurs localement		61
6.1	Le concept d'intersectoriel et d'intersectorialité	61
6.2	Le concept de secteur.....	66
6.3	Le concept de partenaire et de partenariat	67
6.4	La différence entre « collaboration » et « action »	72
6.5	Le concept d'intégration	73
Chapitre 7- Résultats de la phase II – Troisième Partie : Les avantages et les défis de l'intersectorialité en santé		78
7.1	Les avantages de l'intersectorialité.....	78
7.2	Les défis de l'intersectorialité et ses barrières	81
7.2.1	Les défis systémiques découlant de l'approche traditionnelle par silo (MACRO).....	81
7.2.1.1	La difficulté à appréhender la complexité de la problématique.....	82

7.2.1.2	Le besoin de sortir de sa zone de confort.....	83
7.2.1.3	La rivalité intrasecteur pour les ressources.....	89
7.2.1.4	Le manque de concertation interministérielle pour appuyer les concertations qui se font au niveau local.....	92
7.2.1.5	L'abus de l'approche intersectorielle.....	94
7.2.2	Les défis systémiques associés à la variable temps (MACRO) et communs à tout partenariat interinstitutionnel.....	96
7.2.2.1	Le roulement des acteurs	96
7.2.2.2	L'âge des intervenants	97
7.2.3	Les défis de processus en lien avec les infrastructures requises (MÉSO)	98
7.2.3.1	Les rôles mal définis et les hiérarchies dysfonctionnelles	98
7.2.3.2	Les ressources.....	99
7.2.4	Les défis de processus en lien avec les mécanismes de concertation privilégiée (MICRO).....	106
7.2.4.1	Les bonnes personnes : Bien identifier les membres et capitaliser sur leurs atouts...	107
7.2.4.2	La bonne ambiance : Miser sur la dynamique du travail en équipe.....	108
7.2.4.3	Les bons processus : Maintenir l'intérêt des gens et leur participation	108
7.2.4.4	Les bons processus : Éviter de tomber dans le piège de l'approche universelle	108
7.3	Le rôle et la légitimité du secteur de la santé en tant qu'instigateur du partenariat intersectoriel	110
Chapitre 8 - Résultats de la phase II – Quatrième Partie : Les conditions facilitantes.....		114
8.1	Les conditions facilitantes en lien avec le problème	115
8.2	Les conditions facilitantes en lien avec les objectifs	118
8.3	Les conditions facilitantes en lien avec les résultats.....	122
8.4	Les conditions facilitantes en lien avec les acteurs.....	122
8.4.1	La mobilisation à tous les niveaux.....	123
8.4.2	Le profil de participants dans leur ensemble	124
8.4.2.1	La diversité des intervenants	125
8.4.2.2	Connaitre le milieu, connaitre les gens.....	126
8.4.2.3	L'ouverture vers l'innovation	127
8.4.2.4	Le leadership et l'initiative	129
8.4.2.5	L'esprit de solidarité	130
8.4.3	Le profil des piliers	131
8.4.3.1	Le profil des pionniers	131
8.4.3.2	Le profil des animateurs/coordonnateurs.....	132
8.4.3.3	La mise à contribution d'intervenants en organisation communautaire	133
8.4.3.4	Le profil du chargé de projet.....	135

8.5 Les conditions facilitantes en lien avec les processus opérationnels de la table (MICRO).....	137
8.6 Les conditions facilitantes en lien avec les infrastructures (MÉSO)	142
8.6.1 La force politique de la commande originale	142
8.6.2 Le rôle et l'engagement des instances supérieures	143
8.6.3 Les ressources	145
8.6.4 Le rôle de l'IPCDC	148
8.7 Les conditions facilitantes en lien avec le contexte MACRO (système)	149
8.8 Conclusion concernant les conditions facilitantes	150
Chapitre 9 : Conclusion	153
9.1 Réponses aux questions de recherche	153
9.2 Discussion intégrée	172
9.3 Limites de la recherche	176
9.4 Contribution de cette recherche à la santé des populations	177
9.5 La diffusion des résultats	178
9.6 Recommandations pour de futures recherches	180
 Liste de références	 182
Liste d'annexes	198
Appendix A -	199
Relationship between findings of different researchers regarding conditions for intersectoral action	199
Appendix B - Visual Diagram of the Flow of the Study	202
Appendix C - Preliminary Interview Grid used for Phase II (English version).....	203
Appendix D - Guide préliminaire d'interview utilisée pour la Phase II (Version française)	208
Appendix E: Key informant information sheet and consent form (French)	212
Appendix F: Meeting observation – Information and consent form (French).....	217
Appendix G - University of Ottawa Ethics Board Certificates (2011-2012 and 2012-2013).....	223
Appendix H - List of interviews and meeting observed, per case study.....	225
Appendix I - List of nodes that emerged during the NVivo analysis	227
Appendix J - List of substantive definitions retained at the end of the exercise	230
Appendix K - Inventaire des concertations régionales par secteur (Chaudière-Appalaches)	225
Appendix L - Inventaire des concertations régionales par territoire (Chaudière-Appalaches)	227

Appendix M - Figure 8 : Le concept d'intersectorialité sur le terrain et ses ramifications 230

Appendix N - Étude de cas n° 1 : Programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs

Appendix O - Étude de cas n° 2 : Construction du parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans

Appendix P - Étude de cas n° 3 : Programme de cuisines collectives à Beauce-Sartigan

Appendix Q - Étude de cas n° 4 : Programme de prévention de l'alcool au volant

Liste de tableaux

Table 1 : Key lessons, promotion strategies and cross-cutting actions as identified by Jackson et al.	24
Tableau 2 : Main Terms in English, French, Portuguese and Spanish and Number of References Retained at the End of the Process	39
Tableau 3 : Population totale, superficie et densité, régions administratives et ensemble du Québec, 2011	50
Tableau 4 : Synthèse descriptive des quatre études de cas	57
Tableau 5 : Comparaison des structures administratives	89
Tableau 6 : Mécanismes ayant donné de la visibilité au problème, par cas	117
Tableau 7: Les conditions facilitantes et les défis des partenariats en général, par rapport aux partenariats intersectoriels	160

Liste de figures

Figure 1 : Dahlgren and Whitehead's layered influences on health, 1992	23
Figure 2 : The Ottawa Charter of Health Promotion	25
Figure 3 : Three categories of coordination mechanisms	20
Figure 4 : Preliminary Conceptual Framework to Study Intersectoral Process	27
Figure 5 - Geographical situation of the Chaudière-Appalaches region in Quebec	35
Figure 6 : Territoire de Chaudière-Appalaches – Découpage du secteur sociosanitaire	51
Figure 7 : Carte régionale de Chaudière-Appalaches	52
Figure 8 : Le concept d'intersectorialité sur le terrain et ses ramifications	77
Figure 9 : Les avantages des initiatives intersectorielles en santé	80
Figure 10 : Les défis des initiatives intersectorielles en santé	110
Figure 11 : Le problème complexe et ses multiples facettes	118
Figure 12 : L'objectif commun autour d'une problématique complexe	119

Liste des acronymes

AnÉIS : analyse et évaluation des interventions en santé

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CLSC : centre local de services communautaires

CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique

CSSS : Centre de santé et de service sociaux

GETOS : Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé

IPCDC : Initiative de partage de compétences et développement de connaissances

MRC : municipalité régionale de comté

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organization mondiale de la santé

RLS : réseau local de services

UPA : Union des producteurs agricoles

WHO : World Health Organization

PAGSIS : Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale

Remerciements

Compléter un programme de recherche doctorale est un projet de longue haleine. Énormément de conditions sont requises pour y parvenir. Je tiens à remercier sincèrement à tous ceux qui m'ont guidée dans mon parcours et à tous ceux qui m'ont supportée, financièrement, mais surtout moralement. Les embûches sont nombreuses. Je remercie mes professeurs de m'avoir guidée et appuyée, notamment Profs. Doug Angus, Jean Louis Denis et Monique Bégin. Ils ont lu et donné de précieux commentaires à un nombre interminable de mes textes. Je remercie particulièrement Prof Denis, Dr Jean Rochon, Dr Louise-Helene Trottier, Mme Anne Chamberland, Dre Odette Laplante et Dr Philippe Lessard de m'avoir ouvert la porte à Chaudière-Appalaches. Dans cette belle région du Québec, j'ai eu l'occasion de découvrir des gens extraordinaires, qui ont généreusement partagé avec moi leurs expériences. Leur passion et leur dévouement à l'amélioration de conditions de vie de leurs concitoyens m'ont profondément touchée.

Mme Roseline Savage, coordonnatrice du programme de doctorat en santé des populations, a été depuis mon premier jour à l'Université d'Ottawa, mon principal pilier et mon point d'ancrage avec la vie académique. Je le suis extrêmement reconnaissante de son professionnalisme et de son esprit maternel, qui guident avec précision le doctorant sur un chemin qui semble au début assez incertain, tout en adoucissant les écueils.

Je remercie mes collègues Dr Arnaud Casteigts et Dr Maikol Diasparra qui ont égayé, jour après jour, mes longues journées de rédaction solitaire à l'Institut de santé des populations. Je dois à Mme Anne Préfontaine et son équipe une profonde reconnaissance pour leur travail de transcription impeccable de près de 1000 pages d'entretiens et réunions. Je remercie mes amis, notamment Mme Rita Ziadé, de m'encourager à avancer et à terminer ma thèse.

À mon mari, Dr Alireza Mirfarsi, je le remercie de nos rêves partagés et de tout son support tout au long de ce long défi que je me suis imposé moi-même. À nos enfants, Irène et Kaveh, pour leur sagesse et leur goût de vivre qui me ramènent toujours sur terre.

À mes parents, Pilar et Roger, et à la vie, qui m'ont donné la santé, la confiance et la persévérance pour me rendre au bout du parcours.

Contributions des auteurs (uniquement pour le chapitre 4)

La revue systématique de la littérature a été effectuée par Mirella Veras, sous la direction d'Alejandra Dubois. La stratégie de recherche fut conçue par Alejandra Dubois et Louise St-Pierre, dans le cadre d'un projet de plus grande envergure réalisé pour le compte du Centre collaborateur canadien de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles. Alejandra Dubois a complété l'exercice et a été responsable de 70% de la rédaction du chapitre.

Contributions financières

Au cours de ce travail de recherche, Alejandra Dubois a pu bénéficier des bourses de doctorat des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Réseau de recherche interventionnelle en santé des populations (PHIRNET-RISP) et de la Chaire de recherche en gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé, en collaboration avec le Groupe de travail sur les politiques publiques et la santé (GÉPPSS). Le Centre collaborateur canadien de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles a contribué financièrement à la réalisation de la phase I. L'Initiative de partage de compétences et développement de connaissances a permis la réalisation de la phase II.

Nous tenons à remercier toutes ces organisations de leur appui soutenu.

Chapitre 1- Introduction

1.1 Purpose and Objectives

The aim of this research project is to further understanding of the phenomenon of intersectoral processes (collaborations, actions) at the regional, subregional and community level. This involves investigating what triggers them, in terms of strategies that foster their development, and what results from them, in terms of their impact on healthy public policy /program development, within a regional context.

Since the Alma-Ata Declaration of 1978 and the rise of the concept of Health for All, momentum has grown internationally for public health policies to work upstream and outside the health sector (Public Health Agency of Canada, WHO Collaborating Centre on Chronic Non Communicable Disease Policy, c2009; WHO, 2008). The Ottawa Charter of 1986, a universally recognized milestone in Public Health, highlights five main strategies for effective health promotion: building healthy public policy, strengthening community action, developing personal skills, creating supportive environments, and re-orienting health services (WHO, 1986). In a 2006 review assessing the effectiveness of the first four strategies, Jackson et al. (2006) reach the following conclusion:

No strategy stands on its own as a clear success—they all need to act in conjunction with each other and certain supporting actions in order to be effective. The strongest evidence for effectiveness for one strategy is linked to building healthy public policies. (p. 82)

Indeed, the development of healthy public policy is now embedded in the mandate and mission of public health. Quebec's "*Programme national de santé publique 2003-2012*", for instance, lists healthy public policy among its main functions (MSSS, 2003).

As most of the social conditions in which people are born, live and work, which are commonly referred to as the social determinants of health, lie outside the health sector realm, intersectoral collaboration emerges as the strategy of choice to act on those

determinants (WHO, 2010). Jackson et al. also highlight intersectoral collaboration and interorganizational partnerships as a cross-cutting action “that needs to occur at the structural, social and personal levels and that needs to be implemented in conjunction with all of the major health promotion strategies of the Ottawa Charter” (Jackson et al., 2006, p.79). But what does intersectoral collaboration mean, and how can these intersectoral processes be achieved?

In Quebec, two major modifications to the health system legal framework were introduced during the last ten years to make more explicit the cross-sectoral relationships and the integration of services required to improve population health. First, the 2001 review of Quebec’s Public Health Act introduced an intragovernmental health impact assessment mechanism (section 54) by conferring to the Health Minister the role of advisor to the government regarding any issue that could significantly impact the health of the population and prompting interministerial action and responsibility to establish healthy public policies (National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, 2008; Gagnon & Kouri, 2008). This initiative illustrates the concept of integrated governance, which is closely connected to the concept of intersectoral collaboration. Integrated governance refers to

any action to coordinate public policy that has been initiated and developed by a public authority and that is made current by multiple public and/or private actors [...] regardless of whether the parties involved belong to one or several governmental levels and /or sectors and/or act on one or several different scales. (Gagnon & Kouri, 2008, p.3)

Second, the *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Bill 25)*, adopted in December 2003, mandates the regional agencies to reorganize health and social services using a population-based responsibility approach. Population-based responsibility refers to the obligation to maintain and improve the health and well-being of the population in a given area. This obligation involves making available a mix of social and health services that respond optimally to the expressed and unexpressed needs of that population and act upstream on the determinants of health (IPCDC, 2010, free translation). Updating this responsibility requires collaboration between the public and community from various sectors, private health, and socioeconomic partners acting on the

local or regional level. As prescribed by Bill 25, the *réseaux locaux de services* or RLS have the mandate to foster collaboration and involvement of all other sectors stakeholders of the territory that impact health services and social services (“favoriser la collaboration et l’implication de tous les intervenants des autres secteurs d’activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux” - Section II, article 25). As a product of this major reorganization, in June 2004, 95 local networks of services (*réseaux locaux de services* or RLS) were born, each of them structured around a health and social services centre (CSSS). Several researchers have been studying the transformation of the health and social services network care generated by this latter initiative, mainly focusing in the intrasectoral processes (Dupuis & Farinas, 2010; Levesque et al., 2010; Martin, Pomey, & Forest, 2010). However, the current study intends to provide an intersectoral perspective by analyzing the broader impacts of the population-based responsibility the local networks of services in Quebec will assume.

Although population-based responsibility is more naturally shared among actors of health and social services networks, governmental organizations underscore the need for other sectors’ involvement (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2005). Nevertheless, assuming population responsibility requires knowledge, skills and leadership. To support those changes, a consortium of health sector partners developed the IPCDC initiative (Initiative de partage de compétences et développement de connaissances), which, since 2006, deploys its efforts in three areas of action: the management of change in organizations, the practice of public health, and community development. The IPCDC is the result of a process of dialogue and mobilization by a consortium of partners consisting of the National Public Health Institute of Quebec (INSPQ), Quebec universities, the Ministry of Health and Social Services (MSSS), the Regional Agencies, the Quebec Association of health and social services facilities (AQESS), and the Quebec Observatory of local network of services (IPCDC, 2010). The IPCDC initiative offers an opportunity to study the role, capacity and legitimacy of the health sector to act as a leader in an intersectoral collaboration process. As well, it offers a window to assess to what extent intersectoral collaboration leads to the development of healthy public policy and to what extent such processes involve the different layers of governmental structures.

1.2 The IPCDC as an Innovative Strategy to Develop Population-Based Responsibility

The IPCDC consortium was created in 2005 and began operations in 2006. Its guiding principle is that "the performance of organizations to ensure access to quality services and to improve population health relies on the capacity to innovate and change working practices through development of individual and collective skills" (Trottier & Denis, 2010, p.2). The objective of the IPCDC is to strengthen knowledge, skills and leadership to support the introduction of favourable changes in the exercise of population-based responsibility within each CSSS and its local network of services (RLS). This involves three main fields of activity: the management of organizational change, public health practice, and community development. Since its inception, the IPCDC has invested in two strategies. The first strategy is the development and strengthening of the consortium itself. The second strategy is the conceptualization and implementation of an intervention model to develop the skills and knowledge necessary to achieve population-based responsibility within the CSSS and RLS. This intervention model is currently organized around seven activities: 1) a short training program in public health, 2) the program "skills in action" (*"Compétences en action"*), 3) Thinking Groups on change management and a newsletter (published by the GETOS Chair and the program *AnÉIS*), 4) Customized training in community development, 5) Virtual Office, 6) Support offered to the CSSS and the RLS, 7) a short training program in management.

The IPCDC has been introduced as an innovative strategy for knowledge transfer and skills development in the field of population-based responsibility. The objectives and activities of the IPCDC are consistent with the Ministry of Health and Social Services' 2010-2015 strategic plan. In particular, its activities contribute to one of the main challenges identified in the strategic plan: the reduction of health inequalities and well-being by acting on upstream issues, such as education, labour and housing (Santé et Services sociaux Québec, 2010). The IPCDC intends to tackle those issues by offering support to the CSSS and the RLS and by fostering the community development activities required for intersectoral action on key determinants of health and well-being. As is normally the case for new

initiatives, not much has been written to date regarding the IPCDC. However, a process evaluation of the IPCDC focussing on the governance of the health care system is currently ongoing, led by Drs. Trottier and Denis (Trottier & Denis, 2010).

1.3 Research Questions

The overarching research questions for this research project are as follows:

- A. What are the most appropriate theoretical and conceptual frameworks for intersectoral processes to advance population health?
- B. How closely does the Quebec experience, based on the initiatives developed in one particular region, match the conceptual/theoretical frameworks for intersectoral processes?
- C. What is the role of the IPCDC in fostering intersectoral processes?

Specific research questions concerning question A are:

A.1 Is there a difference between the terms intersectoral action, intersectoral collaboration, and intersectoral action for health? Is there a consensus on the definitions of those terms in the academic literature? Do the stakeholders involved in intersectoral processes recognize those terms?

A.2 Is there a comprehensive conceptual framework in the literature that will help us to understand and analyse intersectoral processes?

Specific research questions concerning question B are:

B.1 What sectors are involved with intersectoral processes, and what sectors are involved in IPCDC initiatives?

B.2 From an empirical perspective and in a specific region in Quebec: What are the stakeholders perceptions regarding intersectoral collaboration and

intersectoral action (definition, usefulness, feasibility, necessity, advantages, disadvantages, barriers, facilitators)?

B.3 What is the contribution of intersectoral action in health at the regional and subregional level? What are the anticipated outcomes of the intersectoral initiatives regarding population health? What are the actual outcomes, if any? Is there any innovation in terms of approaches, strategies, structures such as networks and new partnerships, projects, etc.? Are intersectoral strategies leading to the development of healthy public policy (*règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur la santé*)? How?

B.4 How do projects evolve and influence intersectoral action at different levels? How do the different layers of governance influence intersectoral action for health and vice-versa? What is the interdependence among the different levels of governance (micro, meso, macro)? Does the intensity of intersectoral collaboration fluctuate according to the level of governance?

1.4 Organization of the Thesis

This thesis is organized following the traditional monograph style. The introduction in chapter 1 leads to the literature review and a preliminary conceptual framework, both presented in chapter 2. Since this research project had two different phases, chapter 3 describes the methodology used for each. Phase I was a systematic literature review focussing on the definition of terms related to intersectoriality as well as on the availability of published conceptual frameworks. Phase II required a qualitative approach based on case studies. Chapter 4 focuses on the results emerging from the systematic literature review conducted during Phase I. Results from the qualitative phase are distributed in the next four chapters (chapter 5 to 9). Following a brief description of the research context and the four cases in chapter 5, chapter 6 revisits the question of the use of terms, this time from the perspective of the stakeholders involved in intersectoral processes in the field. Chapter 7 integrates the findings from the four case studies regarding the benefits and

challenges of intersectoral action in health, while chapter 8 focuses on its facilitators. The ninth and last chapter offers an integrated discussion on results, methodology limitations, contribution to population health, and next steps in terms of knowledge exchange and recommendations for future research.

Chapitre 2 - Conceptual Background

2.1 Acting upstream: The social determinants of health

Over the past 25 years growing research has showed that the impact of the health sector on health is limited, compared to the role played by social, economical and physical environments where people live (Black, 1988; Frank & Mustard, 1995; Whittehead, 1998; Wilkinson & Marmot, 2003; WHO, 2008). Indeed, the Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec highlights that from the 30 years of life expectancy won over the last century, only eight of them are due to health care improvements (25%) while the balance (75% or 22 years) are the result of better life conditions, environments and lifestyles (IPCDC, citing MSSS, 2005). The Commission on Social Determinants of Health (2008) played a major role in reviewing the evidence, raising societal debate and recommended policies with the goal of improving health of the world's most vulnerable (Marmot, 2005).

The World Health organization (WHO) defines the determinants of health as:

The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries (WHO, 2013).

Some differences prevail on the different lists of determinants of health, depending on the source. Health Canada identifies 12 determinants of health, most of them considered social determinants:

1. Income and social status
2. Social support networks
3. Education and literacy
4. Employment & working conditions
5. Social environments

6. Physical environments
7. Personal health practices and coping skills
8. Healthy child development
9. Biology and genetic endowment
10. Health services
11. Gender
12. Culture

The IPCDC, on its effort to support local actors to understand concepts related to - responsibility, reorganizes this list and proposes examples of the main categories listed above:

Economic/work environments: income, education and literacy, employment, food security.

Physical/work environments: water quality, housing, land planning

Social environments: Social support networks, stereotypes, social exclusion.

Personal characteristics, experiences and behaviours: biology and genetic endowment, healthy child development, lifestyles, individual aptitudes

Health and social services system: biomedical progress, accessibility, quality and continuity of health and social services, continuum of action in promotion, prevention, treatment and support

Acting on these upstream determinants of health requires collaboration across an array of systems and activity sectors (education, employment, food systems, housing, transport, environment, municipal affairs, public security, etc). Furthermore, action is often needed at different levels of intervention (local, regional, provincial, national and international). In this context, it is not surprising that intersectoral action has been repeatedly identified as the strategy of choice in health promotion.

2.2 Intersectoral Action

Intersectoral action is based on the explicit intention of different sectors and organisations to achieve a common goal. Although the term “intersectoral action” is used commonly, it

includes many different types of activities ranging from sharing information and networking, to forming coalitions and joint policies to formal agreements and developing regulations that apply to other sectors (Dick, 2002).

Furthermore, research on intersectoral action has been conducted on a wide variety of areas, including transport (Tran, Hyder, Kulanthayan, Singh, & Umar, 2009), fire management (Bergmann & Bliss, 2004), forestry (Vancura, 2004), and diverse public service horizontal projects (Auditor General of Canada, 2005; Hopkins, Couture, & Moore, 2001). Most of the published literature refers to one or more aspects of the health domain, such as obesity prevention (Kruger, Puoane, Senekal, & Van Der Merwe, 2005), health policy development (Bernitz, 2008; Burlandy & Labra, 2007; Mannheimer, Lehto, & Ostlin, 2007; Van Herten, Reijneveld, & Gunning-Schepers, 2001), health impact assessment of public policies like transport (Dora & Racioppi, 2003) or agriculture and food policies (Lock et al., 2004), public health (Axelsson & Axelsson, 2006), health promotion (Bloxham, 1997), mental health (Darlington & Feeney, 2008), and healthy urban planning (De Leeuw & Skovgaard, 2005; Donchin, Shemesh, Horowitz, & Daoud, 2006).

Intersectoral action has two dimensions: a) a horizontal dimension that links different sectors at a given level (e.g. partners in the health, education and justice sectors at the community level) and b) a vertical dimension that links different levels within each sector (e.g. local, provincial and federal government partners within the health sector). Both dimensions are important for success because including both vertical and horizontal linking maximizes the likelihood of reinforcing synergistic effects (Federal, Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health & Lord, 1999).

Recently, the top governmental level has had a high level of sustained interest in intersectoral action, and new literature is emerging regarding the somewhat related concepts of Health in All Policies and the whole-of- government approach, as well as joined up government and intersectoral governance such as the recent analysis prepared by the European Observatory on Health Systems and Policies (Eurohealth, 2012; McQueen et al, 2012). Although that level of collaboration appears promising, it is politically sensitive

and stands beyond the scope of a doctoral project. Focussing on intersectoral collaborations at the regional, subregional and community level is a feasible opportunity to explore intersectoral initiatives that have an impact on population health.

2.3 Intersectoral Action and the Determinants of Health

Intersectoral action for health is a key strategy to achieve policy coherence (WHO, 2010). The World Health Organization (WHO) defines it as

A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes ... in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone *WHO International Conference on Intersectoral Action for Health, 1997* (Kreisel, 1997, p 3)

At the January 2010 policy-makers workshop, organized by the WHO in Chile, participants distinguished intersectoral action for health from intersectoral action for the social determinants of health (SDH). The latter involves: a) a SDH framework of understanding health and the associated interventions, b) an ultimate goal of impacting health equity, and c) a focus on social participation as a key value and driver of sustainability. Most importantly, “participants were of the view that intersectoral action should be evaluated both in terms of the processes involved, for both their instrumental and intrinsic values, as well as with respect to the particular interventions and their impact” (WHO, 2010, p. 1). This perspective is in sync with the view of White (2002) who regrets the fact that, being concerned mainly with the process, intersectoral action becomes an end in itself and is disconnected from its objectives (as cited in Corriveau, 2011).

2.4 Intersectorality and the literature on interorganizational relationships

A recent literature review prepared by Corriveau (2011) summarizes key concepts, theories and streams from which the notion of intersectorality has emerged. She emphasizes that the

concept of intersectoriality is related to the notions of interdisciplinarity and even interorganizational relationships. The main difference among these concepts is the kind of units interconnecting: activity sectors, professional domains or organizations, respectively. In terms of evolution, Corriveau notes that while the first academic works on interorganizational relationships date from the early '60s (Levine and White, 1961 cited by Corriveau, 2011), the concepts of interdisciplinarity and intersectoriality emerged twenty years later (Bilodeau, 2005 cited by Corriveau) in response to the constantly growing silo approach. In fact, the silo approach developed over the years, with the purpose to simplify the operations of public organizations by limiting their scope of action. Unfortunately, the silo approach proved to be incoherent and of limited use to tackle complex issues, requiring the collaboration of an array of public and private partners. The intersectoral approach emerged then as a promising solution.

Intersectoriality being a relatively recent domain, being mainly referred in governmental reports focusing on its practicalities, little academic research has been conducted to date. Yet, a consistent conceptual framework does not exist, and to better understand the concept we need to refer to the literature on collaborations and interorganizational relationships, both being generic terms for this type of practice (Corriveau, 2011). The literature on interorganizational relationships is abundant, and rooted on a diversity of domains such as sociology, economics, management and public administration, among others. We will propose below a synthesis of the main streams reviewed by Corriveau (2011).

Economic interest is rooted on the first four theoretical streams: the theory of transactional costs (Barringer et al., 2000; Ring et Van de Ven, 1992, cited by Corriveau, 2011), the resource dependence theory (Barringer et al., 2000; Selsky & Parker, 2005, cited by Corriveau 2011), the strategic choice theory (Barringer et al., 2000, cited by Corriveau 2011), and the institutional theory (Barringer et al., 2000, cited by Corriveau 2011). The transactional costs has been the most frequently used to explain the development of collaborations, based on their need to minimize their operational costs, by relying on reliable partners or by integrating a trustable network. This theory is however limited to explain the development of alliances which objective goes beyond the economical rationality. The resource dependence theory states that organizations maintain exchanges with others in order

to access resources otherwise unavailable to them. Acquiring external resources provides them with a competitive advantage. The strategic choice perspective considers that organizations develop relationships with the only objective of increasing their own competitiveness and market share, and finally, the institutional theory explains the development of relationships by the organization's needs to increase its own visibility and legitimacy.

The rationality of these economic theories has been criticized by several scholars (Gray, 1985; Provan *et al.*, 1995; Pitsis *et al.*, 2004, cited by Corriveau 2011) who believe that the emphasis on rationality hides the complex and dynamic dimension of issues that this type of practices face. Among these issues, the nature of the problem being addressed by the group of actors involved (e.g.: public health, waste management, etc) is not addressed by the economic stream. The critical approach proposed by Gray suggests a progressive model of collaboration, emphasizing the importance of the process (Gray, 1989 cited by Corriveau, 2011).

Another relevant theory reviewed by Corriveau is the organizational learning approach. Under this model, organizations develop relationships with others, with the purpose of increasing their knowledge and skills, with the ultimate goal of improving their competitiveness (Barringer et al., 2000, cited by Corriveau 2011). Although this approach falls under the rationality stream, it adds an emphasis on organizational learning and knowledge transfer. In the public sector, the *tables de concertation sectorielles*, which foster information exchange and the complementarity of actions fall under this category (Corriveau 2011). Interestingly, this model appears somewhat related to the IPCDC approach, where an intrasectoral group of organizations invest on the development of knowledge and competences of their own members, with the ultimate goal of improving the capacity of their own sector to fulfill their new mandate of population-based responsibility

2.5 Collaboration and coordination

Although related, collaboration and coordination are not synonymous. Coordination refers to the sets of norms and rules that guide the actions, while recognizing the interdependency of

the organizations involved in a collaborative process (Alexander, 1988, cited by Corriveau, 2011). The type and level of coordination is considered a characteristic of collaborative process, and allows for the development of typologies. For instance, Peters (1988) discuss coordination as a continuum, rather than as a dichotomy. At the minimal level of coordination, organizations 'are cognizant of each other activities'. The maximal level is too severe to be realistic, as it 'requires tight controls over organizations and a means of enforcing jurisdictional controls over disputed turf' (Peters, 1988, p.297). The level of coordination might also vary upon the level of formality of (more or less formal), the scope of elements being coordinated, and the degree of verticality or horizontality (Alexander, 1988, cited by Corriveau, 2011).

Another interesting characteristic of the collaborations is the stage of the process. Gray identifies three main phases: a) problem identification and participant engagement, including identification of stakeholders and required resources, b) setting the direction, the rules and the agenda, and c) implementation, follow up and evaluation (Gray, 1985 and 1989, cited by Corriveau, 2011). Interestingly, this appears as a linear process and it emphasizes the functionalist approach (Selsky & Parker, 2005 cited by Corriveau, 2011).

An important contribution from Peters refers to the nature of coordination problems, in the realm of horizontal government management. He hypothesised that:

Co-ordination may fail when two organizations perform the same task (redundancy), when no organization performs a necessary task (lacunae), and when policies with the same clients (including the entire society as the clients) have different goals and requirements (incoherence) (Peters, 1998, p 303).

In his view, 'redundancy should be the easiest coordination problem' while incoherence the most difficult. Somewhat in opposition to this statement, he argues that 'co-ordination is less likely when organizations are in similar policy areas but lack common ideas about service delivery' (Peters, 1988, p 304). Here, the problem of turf-fighting among organizations discussed by Bardach comes into play (Bardach, 1996, cited by Peters 1998).

Since implementation issues at the local level appear easier to solve than issues at the policy level, governments rely more and more on local horizontal networks to coordinate and solve those kinds of issues (Peters, 1998). Clear example of this new governmental orientation in Canada are the relative recent reorganization of the health care systems in Quebec and Ontario, with the creation of the *réseaux locaux de services de santé* (RLS) and the local health integrated networks (LHINs), respectively (Angus *et al.*, 2012). In fact, this same logic applies even to intersectoral networks, as it appears that those at the community level have better chances to succeed (Public Health Agency of Canada, 2007).

2.6 Policy Process in Health Promotion Research

As stated by Bernier and Clavier (2011), “politically neutral interventions for better public health outcomes are fictitious and health promotion research is inherently political” (p. 110). Nevertheless, there is little or poor training in political analysis for those researchers interested in health promotion, which is the process to enable individuals and communities to control the determinants of health. In a recent literature review, Breton and De Leeuw (2011) differentiate between policy theories and theories of policy process. The first concept “is generally used to describe the set of assumptions and values (for instance, between cause and effect, about the efficacy of policy actions, or the—normative—acceptability of such actions) espoused by policy-makers” (Breton & De Leeuw, 2011, p. 83). However, the theories of policy process “formulate propositions on the conditions under which certain policy phenomena (e.g. preferences for certain types of interventions, decisions on implementation issues, allocation of resources, inclusion or exclusion of certain stakeholders, etc.) are observed and impact on policy outcomes” (Breton & De Leeuw, 2011, p. 83). These authors reviewed 11 peer-reviewed journals selected for their solid track record in publishing health promotion articles. Based on specific inclusion and exclusion criteria, they ended with 119 articles published between 1986 and 2006 in the field of health promotion policy research. After examining the theoretical grounding of each paper, the authors conclude that “policy research in health promotion is still largely an atheoretical enterprise” (Breton & De Leeuw, 2011, p. 82). Concretely, only 39 articles

of the 119 claim to use some sort of theoretical foundation, and among these 39, only five appropriately apply a conceptual framework related to policy process. They build on three main theories:

- The event-driven Multiple Streams Theory developed by Kingdon (Kingdon, 2002) (2 papers)
- The Advocacy Coalition Framework (P. Sabatier & Jenkins-Smith, 1993; P. A. Sabatier, 1988) (1 paper)
- The Social Movement Theory (McCarthy & Zald, 1977a) (3 papers)

In searching for an encompassing framework to help us understand intersectoral collaboration, these three conceptual frameworks were examined. The Kingdon theory focuses mainly on the agenda-setting phase of the policy process: a window of opportunity for inclusion of a new element in the political agenda opens when the three streams converge (the problem, the policy and the political streams). This model was extensively used during our fourth case study analysis, in particular to understand how the local and regional actors gave priority to the need to tackle the problem of impaired driving and road security. Furthermore, this fourth case illustrated very clearly the role of a ‘political entrepreneur’ in the agenda-setting process. However, despite its usefulness to explain the inception of an intersectoral initiative and the role of the entrepreneur, the Kingdon model focusses only on the first stage of the policy process, and is of little help to explain further stages such as the implementation of a program, its challenges and its sustainability.

The second theory, the Advocacy Coalition Theory, applies where there is opposition between at least two groups or coalitions, but it does not help explain intersectoral action where one single coalition emerges to tackle a common problem. For this reason, it was not explored further. The third one, the Social Movement Theory, focuses on the resource mobilization organized by disenchanted people who form grassroots groups to seek political opportunities. Breton and De Leeuw argue that this theory has not been extensively validated empirically. Furthermore, it does not appear to offer a good fit for studying intersectoral collaboration since partners involved in the kind of intersectoral initiatives targeted by this research project belong not only to civil groups, but to a larger array of sectors of society.

Although overlooked by Breton and De Leeuw, an additional interesting theory coming from the political science field and relevant to health promotion arena is the Coalition Theory, which Gamson developed in 1961 (Gamson, 1961a; Gamson, 1961b; Gamson, 1964) and other researchers working in the field of intersectoral action for health have adapted (O'Neill, Lemieux, Groleau, Fortin, & Lamarche, 1997). Its application in the context of this study is discussed later. Theories of policy process may further our understanding of the intersectoral processes required to succeed in the development and implementation of health promotion strategies, such as building healthy public policy, strengthening community action, and creating supportive environments. There is a need to bridge the knowledge base of different disciplines such as health promotion, political sciences, management and interorganizational relations when studying intersectoral processes.

2.7 Conditions for Effective Intersectoral Collaboration

Different sources have provided advice on the conditions required for intersectoral collaboration to succeed. For example, building on the work by Harris and her research team (Harris et al, 1995), Dick identifies some conditions necessary for effective action between local agencies or organizations in the field of health promotion (Dick, 2002, p.12):

Necessity – the health sector and its organizations need to work with other sectors and their organizations rather than taking a different approach to the issue, and there is sufficient need for the other sector to work with health.

Opportunity – opportunities exist in sectors and organisational environments to support collaboration, to build on existing policies, or the community supports health taking this approach.

Capacity – both organizations and sectors have the necessary knowledge and resources to undertake the proposed action and they have given their commitment to it.

Relationships – relationships need to be strong enough to undertake and sustain action.

Planned action – it is well conceived and can be implemented and evaluated.

Sustained outcomes – both sectors and organisations have ensured the action can be sustained.

Three years earlier, the Report of the Federal/Provincial Advisory Committee on Population Health (Federal, Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health & Lord, 1999) proposed its own set of conditions necessary for effective intersectoral action. This list is known as the Health Canada's framework:

Shared values, interests and alignment of purpose – Partners and potential partners share the same goals and direction.

Supportive political environment – The policy environment supports collaboration.

Investment in alliance building – The planning phase involves the development of consensus and trust.

Engagement of key players – Intersectoral action engages partners at the beginning by promoting causes that interest them.

Horizontal and vertical linking – Appropriate horizontal linking across sectors exists, as well as vertical linking of levels within sectors.

Shared leadership, accountability and rewards – No one organization always takes the lead.

Team building and supports – The action builds stable teams who work well together.

Focus on concrete objectives and visible results – The process achieves clear, short-term results.

As Dick indicates, Health Canada's framework deals predominantly with getting the relationship between partners right (Dick, 2002). It advocates for the health sector to seek out shared values and interests with partners, but it does not discuss the conditions that make it necessary for other sectors to collaborate.

A more recent analysis of eight separate case studies of intersectoral activity for health was commissioned by the Public Health Agency of Canada (Chomik, 2007) as part of a larger collaborative undertaking of the World Health Organization and the Public Health Agency of Canada (PHAC, 2008). The analysis of those eight case studies highlights six factors that motivated or facilitated intersectoral action as well as six barriers. In the first category, the author identifies: the nature and complexity of the issue, a history of working intersectorally, political will, central agency support, expectations for improved service efficiency and effectiveness, and an established information and knowledge base. Factors that serve as barriers to intersectoral action include limited models with which to organize action, resource issues (e.g. insufficient time, personnel and money), multiple mandates, a lack of leadership, changes in government, and a public denial of the social issue.

2.8 Collaborations and Coalitions: Similarities and Differences

Another related body of knowledge exists, this time regarding coalitions, and it seems relevant to review the research in that field in search of commonalities with intersectoral collaboration. Most scholars cite William A. Gamson as the most important founder of the coalition theory. In 1961, Gamson defined coalitions as “temporary alliances among individuals or groups which differ in goals” (O'Neill et al., 1997, p. 81). There are four basic parameters in Gamson’s theory that facilitate predictions about who will join with whom in any specific situation:

- a) The initial distribution of resources: Resources are the “weights” associated with each participant involved in a decision-making process. The type of resource depends of the situation or the kind of coalition. They could be *military force* or *industrial capacity* in a war, *votes* in a parliamentary situation, or *verbal and logical ability* in a court of law. Furthermore, Gamson emphasizes that “one may be able to influence the decision more than his resources would warrant through his strategic position” (Gamson, 1961b, p. 374). This influence of position is the primary focus of the theory. Understanding the kind of relevant resources required in any decision-making process, and how much of these resources each participant controls, is the first parameter considered.

- b) The payoff for each coalition: The reward that any participant or group of participants will obtain from a given decision is the payoff. The payoff may include influence on future decisions. “In Game Theory, the characteristic function of a game is calculated by computing the payoff to any subset of players on the assumption that the complementary set of players will form a coalition” (Gamson, 1961b, p. 375).
- c) Non-utilitarian strategy preferences: This concept refers to each participant’s inclination to join with another participant independently of his resources. Gamson provides a few examples of this notion depending on the situation: interpersonal attraction in a small committee context and the similarity of others’ ideologies and beliefs in a political convention.
- d) The effective decision point: “The rules of the game will frequently specify an amount of resources *formally* necessary to control the decision” (Gamson, 1961b, p. 375, emphasis added by the Gamson). For instance, majority rule can be the rule of the game to make a decision.

Gamson intended for his theory to apply to a full-fledged coalition situation where several parties are competitively attempting to determine a decision and in which no participant has either dictatorial or veto powers. Building on Gamson’s work, O’Neill and his collaborators adapt the coalition theory to the realm of health promotion (O’Neill et al., 1997). They analyze three case studies, ranging from the local level (Healthy Cities Project) to the provincial or central level. The governmental intersectoral action selected for the latter case-study is the development and implementation of a provincial nutrition policy for elementary and secondary schools, which involved the participation of three provincial ministries in Quebec (Health and Social services, Agriculture and Nutrition and Education). The entire process of policy development and implementation lasted from 1984 to 1993. They conduct a combination of qualitative and quantitative analyses from data collected through semi-structured interviews with key informants and a written questionnaire. They base their approach on the same four parameters as Gamson although they add a fifth as well. These are listed on page 81 of their paper (O’Neill et al., 1997):

- 1) The initial distribution of resources: “Participants in intersectoral activities bring with them deferent resources, including a sense of purpose, information, prestige, contacts, authority derived from their size, wealth, and so on. These resources are important predictors of the processes by which intersectoral activities will occur.”
- 2) The ‘payoffs’ or the ‘rewards’ that the members expect from their participation in the coalition: “the individual members hope to receive rewards that they would not obtain if they were to act alone.”
- 3) The non-utilitarian preferences: “This parameter relates to each participant's inclination to join with any other player whatever that player's control of the resources might be. The participant's inclinations are ties; some ties are positive whereas others are negative or neutral. There is often a marked difference between intersectoral groups where positive ties are numerous and others where this is not the case.”
- 4) The effective decision point: “These ‘rules of the game’ will frequently specify the portion and nature of resources formally necessary to control decisions. One approach is majority rule. In other cases, there may not be a formal rule but rather a kind of informal agreement that aims toward consensus or unanimity in decisions. In the same way, if there is conflict within the coalition, another informal rule could specify that the members have to find a consensual way to resolve the conflict.”
- 5) The organisational context: “This refers to rules defined by the environment. Among these rules are those concerning the number of players, the occurrence (or not) of meetings, the bargaining rules and the information conditions.” O’Neill et al. add this fifth parameter to the first set of four proposed by Gamson.

However, coalitions are different interorganizational arrangements than collaborations. Indeed, Mizrahi and Rosenthal (2001) emphasize that collaborations are “more task specific, focus on coordination and specific problem solving, are mandatory, have fewer organizational actors, and are short term” (p.64). Despite these differences, applying the parameters used to study coalitions furthers understanding of intersectoral collaborations.

2.9 Conclusions from the Literature Review

On the basis of the different approaches taken by different authors, Appendix A proposes a summary table linking the different sets of parameters and conditions that emerge from this literature review. The lack of consensus on factors reveals that there is no a single framework that could be generalized to explore the topic of this particular study.

Furthermore, it appears to be a confusion in the literature regarding the use of the terms “intersectoral collaboration,” “intersectoral action,” and “intersectoral action for health”. Identifying definitions and elaborating on the appropriate concepts for each term became the focuss of the first stage of this research project.

Finally, despite the increasing interest in intersectoral collaboration, and the fact that Canadian federal institutions have acknowledged its potential to positively impact the status of health (Federal, Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health & Lord, 1999), there is a paucity of research referring to regional collaborative processes, and including multisectoral perspectives. Indeed, most of the investigators focus on intersectoral collaboration between local agencies or organizations in the field of health promotion (Dick, 2002; Gillies, 1998; Kuhn, Doucet, & Edwards, 1999; Nutbeam, 1994), but they focus on the perspective of the health sector only or do not analyze the delicate and intertwined relationships between the different layers of governance invested in healthy public policy building. This proposal intends to contribute to filling the knowledge gap by focusing on understanding the phenomenon of intersectoral processes at the regional, sub-regional and community levels and the role played by an innovative intrasectoral initiative in fostering these processes.

2.10 Preliminary Conceptual Framework

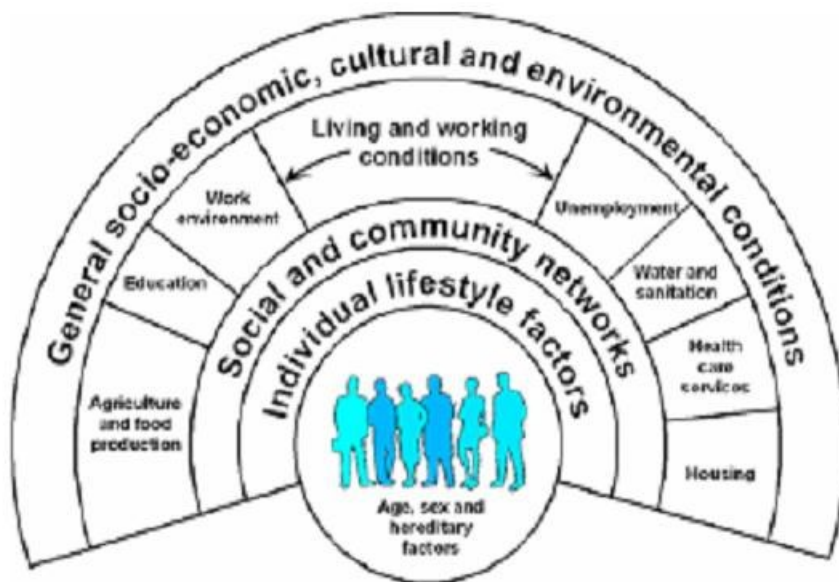
Despite the flourishing interest and enthusiasm in intersectoral collaboration as a strategy to improve population health, as reflected by the abundance of scholars and professionals who have written on the topic, there is a dearth in conceptualizations of intersectoral processes.

One of the main objectives of this research project is to contribute to this knowledge gap by setting the basis for the development of a conceptual framework that regional case studies can/will empirically validate. As a start point, several models from the fields of health promotion and population health could assist in clarifying the objective and purpose of intersectoral processes. In particular, the model proposed by Dahlgren and Whitehead in 1992 (Figure 1) appears useful to visualize the many convergent areas involved in the construction of health outcomes such as education, working environments, housing, and access to health care services (Dahlgren and Whitehead, 1992).

This model reinforces the strategies identified by the Ottawa Charter for Health Promotion (Figure 2) and more specifically the importance of creating supportive environments and conditions at all levels. Indeed, as Jackson et al. (2006) point out, the Ottawa Charter strategies converge around the creation and enhancement of structural, social and personal environments that foster health promotion (Table 1).

FIGURE 1

Dahlgren and Whitehead's layered influences on health, 1992



Source: G. Dahlgren and M. Whitehead. (1992). *Policies and strategies to promote social equity and health*. Copenhagen: World Health Organization.

Table 1

Key lessons, promotion strategies and cross-cutting actions as identified by Jackson et al.

Levels	Structural		Social/group		Personal behaviour	
Health promotion strategies	Building healthy public policies	Creating structural environments to support health	Strengthening community action	Creating social environments to support health	Developing personal skills	Creating environments to support healthy personal decisions
Key cross-cutting actions	Intersectoral collaboration and interorganizational partnerships Participation and engagement in planning and decision-making Healthy settings (e.g. healthy schools, healthy workplaces and healthy municipalities) Political commitment, funding and infrastructure for social policies Multiple strategies at multiple levels across multiple sectors Awareness of socio-environmental context					

Source: Jackson et al. (2006), Table 2, p. 77 (Ovals added by A. Dubois)

FIGURE 2

The Ottawa Charter of Health Promotion

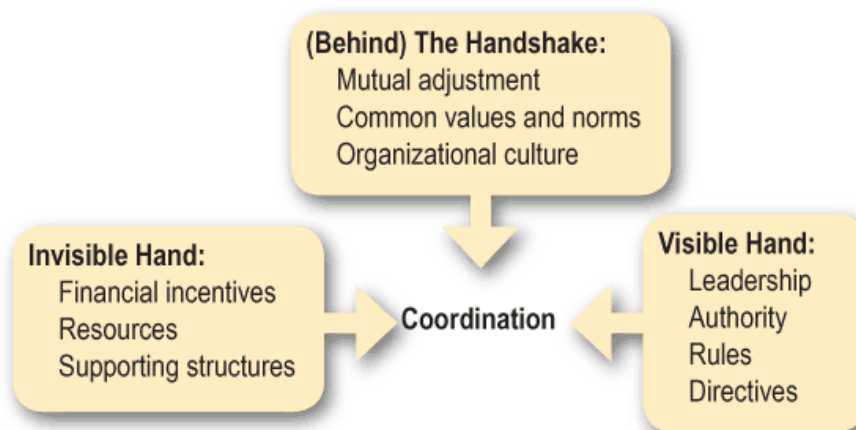


Source: WHO, 1986

Although these models conceptualize the objectives of the required intersectoral processes for promotion of population health, they do not help to understand the process itself, nor other less obvious objectives, either shared or individual, pursued by the parties invested in this kind of relationship. In order to open the black box of a process, models from the political and management sciences are useful. For instance, when studying the *Act Now BC!* initiative, Robert Geneau and his research team focus on the categories of coordination types by building on an adapted model of the Mansholt Graduate School of Social Sciences (Figure 3). *Act Now BC!* was an intersectoral initiative launched in 2005 by the government of British Columbia (BC) that integrated the actions of the whole-of-government with those of civil society to achieve five health promotion targets by 2010 as it intended to make BC the healthiest jurisdiction to ever host the Winter Olympics and Paralympics (Public Health Agency of Canada, WHO Collaborating Centre on Chronic Non communicable Disease Policy, 2009). The factors presented in Figure 3 have a close link with the conditions for effective intersectoral collaboraton reviewed earlier.

FIGURE 3

Three categories of coordination mechanisms



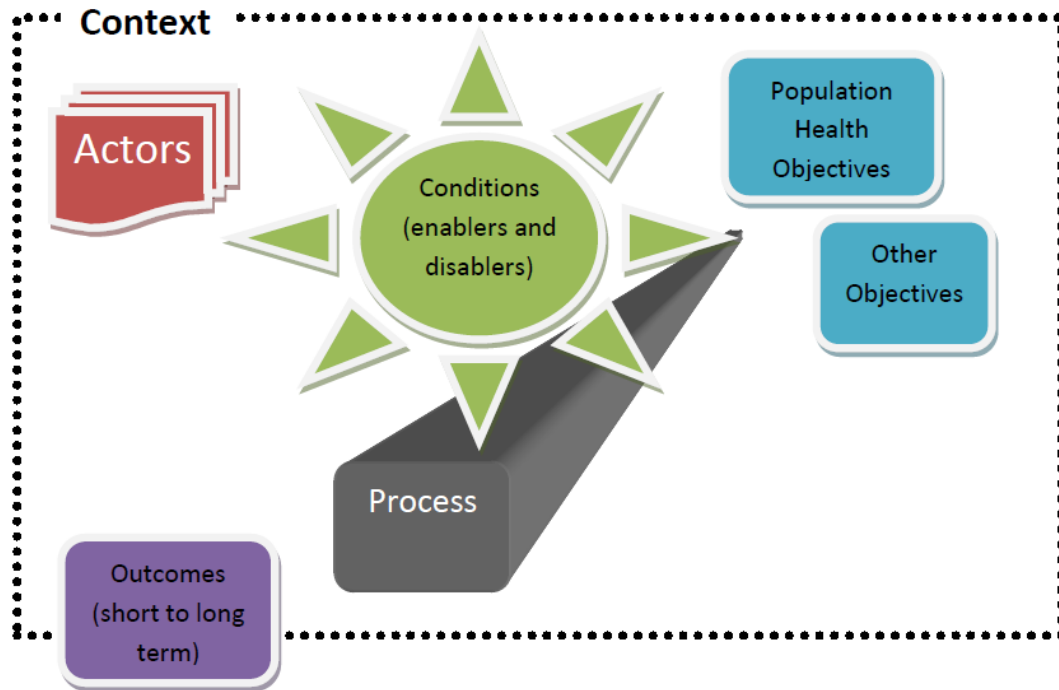
Source: WHO Collaborating Centre on Chronic Non communicable Disease Policy, 2009

From our current understanding of intersectoral processes, informed by the literature reviewed to date, seven main components of a possible theoretical framework emerge: population health objectives, other objectives, the actors, the process elements, the conditions

(enabling and disabling factors), the outcomes (short, medium and long term), and the context. As previously discussed, several authors emphasize the need to keep in mind the **objectives** of an intersectoral collaboration process rather than focusing on the process as an end in itself. It is important to distinguish between health promotion and other types of objectives and expectations that different parties bring to the negotiation table, either explicitly or implicitly. At the end of the process, all the objectives may or may not be reached or be reachable, but there will likely be a series of **outcomes**, anticipated or not, circumscribed to the local context or that have rippling effects. The level of overlap between the original objectives and the actual outcomes deserves attention, and this research project studies them. The **actors** are the ones who either decide *a priori* on the objectives, or they are the ones that are identified *a posteriori* as partners of choice by those who decide the objectives. Deciding on who will be the actor of an intersectoral process is part of the process and needs to be approached as such. Besides identifying the sectors involved, the level of action of the actor (local, regional, provincial, etc.) requires special attention. Regarding the **conditions** fostering or hampering intersectoral collaboration, the literature is abundant. Indeed, most of the existing frameworks summarized on Appendix A focuss on those conditions, but even if the different list overlap, they do not converge. An empirical validation of the possible different categories is part of this research project; in particular, the contribution of the activities and influence of the IPCDC as a potential enabler or catalyst of intersectoral processes is analyzed. The **process** elements require further research in order to be identified and understood. For this purpose, the strategy Langley (1999) suggests to theorize from process data is explored. Finally, the **contextual** factors (demographic, geographic, cultural, socio-economic and political factors) allow us to better characterize and understand the entire process, including the values and priorities, the decisions being made, the roles and interests of the actors, etc. The context is unique for every single case and imprints on the other six components of the framework. Figure 4, depicts a draft of this integrative framework that helps us to focus on the data to gather and analyze.

FIGURE 4

Preliminary Conceptual Framework to Study Intersectoral Process



A. Dubois, 2011

Chapitre 3 – Méthodologie

This research project included two different phases based on two different methodological components, a systematic literature review and a qualitative study. It used a multiple case study methodology. Appendix B offers a visual diagram depicting the flow of the study.

3.1 Phase I: Systematic Literature Review

A systematic literature review was undertaken for the following terms: a) Intersectoral action, b) Intersectoral action for health, c) Intersectoral collaboration, and d) Intersectoral policy. The objective of this exercise was to flag definitions and conceptual frameworks previously published in the academic or grey literature with the ultimate goal of developing, at a further stage, a comprehensive conceptual framework of intersectoral processes leading to improve population health. A particular emphasis was given to documents elaborated by groups of experts or recognized organizations. The search was expected to go beyond the health sector literature in order to capture the discussions on these terms in relevant areas such as public administration, policy making, social work and education. This phase of this doctoral research project was conducted as a component of a larger literature review project commissioned by the World Health Organization Collaborating Centre on Chronic Non communicable Disease Policy, which is/was hosted by the Public Health Agency of Canada. For this phase, a search strategy was designed by Alejandra Dubois and Louise St Pierre (Centre collaborateur sur les politiques publiques, Institut national de santé publique) and conducted in March 2011 by a research assistant (Mirella Veras) under the direction of Alejandra Dubois. The larger literature review project targeted ten different terms: intersectoral action for health, intersectoral action, intersectoral collaboration, intersectoral policy, horizontal linkages, health in all policies, health for all, health impact assessment, joined up government, and whole of government approach. The focus for this dissertation is on the first four of those terms.

3.1.1 Databases included

In consultation with a University of Ottawa librarian, the following databases were included. All were available through the University of Ottawa library.

Web of Science (Social Sciences Citation Index) -- This database allows access over 8,500 key research journals in Science, Engineering, Medicine, Social Sciences, and Humanities.

Scholars Portal -- This database provides access to abstracts and citations from international journals in a variety of fields.

Scopus – This is a comprehensive database for peer-reviewed scientific, technical, medical and social science literature and quality web sources.

HealthStar – HealthStar indexes journal articles, books, government publications, and technical reports on health services, technology, administration, and research.

Longwoods Publishing – This includes academic and scientific research, commentary and information related to health sciences and health care.

Canadian Public Policy Collection -- This is a collection of monograph publications from Canadian public policy institutes, government agencies, advocacy groups, think-tanks, university research centres and other public interest groups.

The GreyNet database and Google Scholar were excluded from the search. GreyNet was excluded after an unsuccessful search using the terms of the review in several of its databases related to health and social sciences. Google Scholar was excluded because of the extensive amount of results obtained for each term.

3.1.2 Inclusion criteria

The documents included in the search strategy had to meet the following criteria:

1. The four English terms identified above are included as key words **or** in the English abstract of the document;
2. Selected documents are written in any of the following four languages: English, French, Spanish and Portuguese, but they include at least one of the selected English terms either in the English abstract or among the key words.
3. Documents were published between January, 1960 and March, 2011.
4. A significant definition of the terms is presented in the body of the document in any of the four indicated languages.

3.1.3 Data extraction

Screening phase I: All the references meeting the first three inclusion criteria were entered into RefWorks (online bibliographic management program). Using an ad hoc template, the key features of each study were extracted. Those key features included:

- author name(s),
- publication year,
- inclusion of a definition (“yes” ; “no”; “maybe”),
- inclusion of a framework for the flagged term (“yes” or “no”),
- sector (Health, agriculture, environment, etc.),
- country where the study was conducted,
- language of the document,
- institutional affiliation of authors,
- source and name of the book(when the document was a book).

Screening Phase II: In searching for a definition of key terms in the body of the documents, two different screening processes were used based on the document format. When a PDF digital version of the document was accessible, each relevant key term was flagged using the ‘search’ tool in Adobe Reader. Each appearance of the term in the body of the document was read within its context in order to flag a potential definition. If a PDF digital version was not available, the entire document was reviewed in order to track a potential definition. A table of translated key terms was created to allow for flagging the definitions in the body of documents written in French, Spanish or Portuguese (see table I). All screened references were classified as ‘yes,’ ‘no’ or ‘maybe.’ Documents with an unclear definition were considered ‘maybe’ and were discussed with a second reviewer (AD) to reach a consensus for inclusion or exclusion. To flag potential conceptual frameworks, all the references retained at Screening Phase I were reviewed in search of potentially relevant diagrams or models.

Sorting and Scoping Phase: The articles were sorted by terms and by the sector of affiliation of the authors (health, public administration, policy making, etc.). The identified papers were downloaded when possible and organized in electronic folders.

Reviewing Phase: All the references flagged during this exercises were reviewed in detail by the first author to verify that they complied with the inclusion criteria. Additional references resulted from hand-searching the reference lists of the reviewed documents.

3.2 Phase II: Qualitative Study

3.2.1 Design

A case study design was envisioned for the second phase of this research encompassing multiple case-studies. Creswell (2007) provides the following definition of case study research:

a qualitative approach in which the investigator explores a bounded system (a case) or multiple bounded systems (cases) over time, through detailed, in depth data collection involving multiple sources of information (e.g., observations, interviews, audiovisual material, reports and documents), and reports a case description and case-based themes.

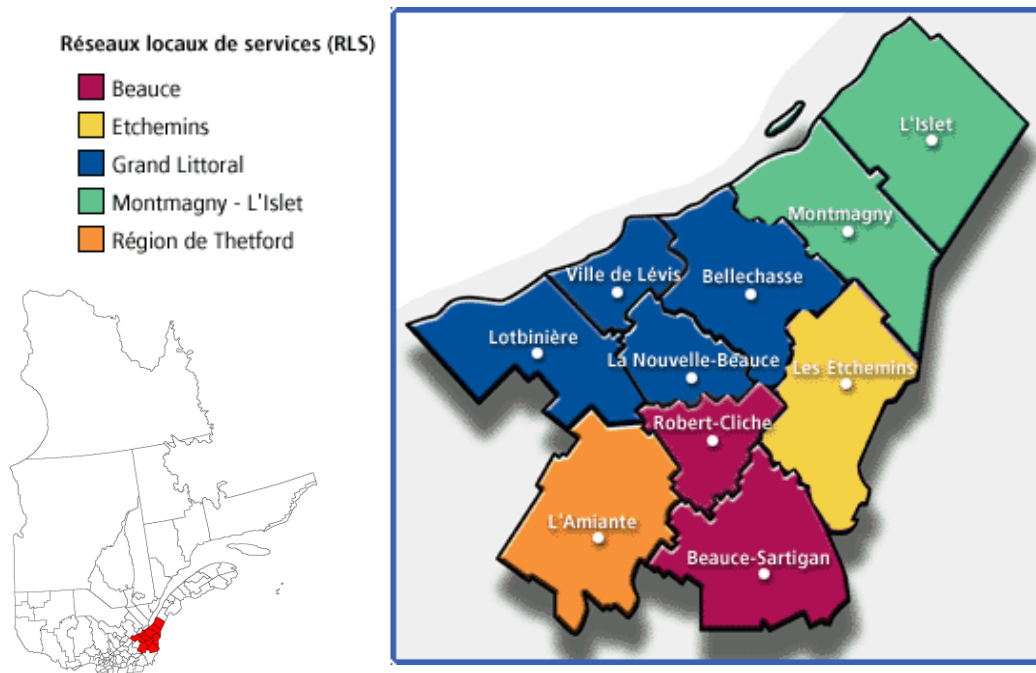
In the typology proposed by Stake, cases are examined mainly to provide insight into an issue or to redraw a generalization, and they constitute an “instrumental case study”. Cases play a supportive role, and their analysis facilitates our understanding of something else (Stake, 2000). In other words, this research projet aims to understand the phenomenum of intersectoral action. The four initiatives selected and analysed under the case study methodology (prevention of psychological distress among farmers; construction of a play park for children aged 0 to 5 years; collective kitchens in Beauce-Sartigan; prevention of alcohol-impaired driving) where specific situations or topics where intersectoral process emerged. These situations or topics were in fact instrumental, in a way that allowed us to observe how intersectoral processes developed and evolved.

Case studies involve conducting a holistic analysis of a social phenomenon through understanding actions, events and processes from multiple perspectives and in terms of their context and interactions (Snow D. & A.L., 1991). Case studies can be exploratory, explanatory or descriptive (Yin, 2009). The four case studies completed under this research encompass all these functions since they aim to explore and describe history, structures and processes behind intersectoral processes undertaken by key actors of the targeted region and sub-regions, as well as to explain the underlying mechanisms that foster or hinder the phenomenon of intersectoral action.

The region of Chaudière-Appalaches in Quebec, home to 410 829 inhabitants in 2011 (ISQ, 2011), constituted the main field of study. This region was selected to be part of this study based on its involvement with the activities of the IPCDC and its interest in participating in a research process that could lead to a better understanding of the experiences of current or recent regional, sub-regional and local intersectoral processes. In order to respect the research timelines, only four case studies were selected, three sub-regional and one local, at the municipal level. The inclusion criteria were as follows:

- a. The process involved a minimum of three different sectors, the health sector being one of them.
- b. The initiative was completed or ongoing for at least several months. Recently started initiatives were not eligible because process maturity was required for analysis.

Figure 5 - Geographical situation of the Chaudière-Appalaches region in Quebec



3.2.2 Data collection

Data collection for this research project relied on several sources of data gathering techniques:

Type of source	Planned for
Internet available literature on intersectoral collaboration, intersectoral action and intersectoral policy (Peer-reviewed and grey literature)	Phase I
In-depth interviews with key informants pertaining to the main region or each sub region	Phase II
Unpublished literature provided by key informants (including minutes of meetings, internal working documents, reports, etc)	Phase II
Notes from field visits (including observation of meetings)	Phase II

Interviews (mainly individual, only two group interviews) were conducted using a semi-structured interview guide that was available to participants in advance. This interview guide was developed based on the work conducted by Dr. Robert Geneau and his research team for the purpose to analyse the program *Act Now BC!*, a large intersectoral initiative

previously discussed (Public Health Agency of Canada, 2009). The interview grid explored the 10 following dimensions or themes:

- 1) the participants' (or interviewees') perceptions regarding intersectoral collaboration and intersectoral action (definition, usefulness, feasibility, need for, advantages, disadvantages)
- 2) the participants' (or interviewees') involvement with intersectoral processes and IPCDC initiatives;
- 3) the objectives, structure, description and evolution of the intersectoral processes since its inception;
- 4) integration and partnerships;
- 5) the factors enabling or constraining the implementation of the intersectoral processes;
- 6) the role of the IPCDC initiative in the development of intersectoral processes
- 7) the role and legitimacy of the health sector in leading the development of intersectoral processes
- 8) the role played by the different layers of governance in influencing intersectoral processes and healthy public policy development
- 9) the perceived impact of the intersectoral initiatives; and
- 10) the future of the intersectoral initiatives.

In particular, the fifth dimension of this grid intends to investigate the conditions often reiterated in the literature, but in a rather open and explorative manner, informed by a

grounded theory approach. Indeed, instead of using a preestablished list of factors as probes, we preferred to let the factors emerge in the flow of the conversation with the interviewees.

English and French versions of this interview guide are available in Appendix C and D, respectively. Interviews were conducted in French, face-to-face, or by telephone when necessary. Interviews were expected to last a maximum of 90 minutes. All respondents were requested to sign informed consent forms before the interviews indicating they understand why their participation in the study was requested. The consent form is included in Appendix E. As well, an information and consent form was used for meeting observations (see Appendix F). This research project received approval from the University of Ottawa Ethics Board; certificates are included in Appendix G.

In summary, the identification of cases to study required several steps:

- Once the purpose of this doctoral research was defined, my thesis co-supervisor connected me with IPCDC representatives. They recommended working with the region of Chaudière-Appalaches due to their interest both in the topic and in partnering with scholars.
- I attended a meeting organized by the IPCDC at the *Agence régionale de la santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches* with the purpose to meet its main stakeholders and explore the feasibility of the research project (December 2010).
- I presented a summary of my proposal to the same group in Chaudière-Appalaches with the purpose of requesting and obtaining institutional approval from the regional authority (*Agence régionale de la santé et de services sociaux*) and its constituencies, the five centres de santé et de services sociaux (CSSS) (April 2011) – (see figure 5).
- Once institutional approval was obtained, representatives of the *Direction de la santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches* connected me with the main leader at each of the five CSSS of the region (Summer 2011). In each meeting, the purpose of my research project was discussed and the criteria for the selection of case studies were made explicit during a phone conversation.

3.2.3 Selection of key informants

Through a purposeful sampling strategy, we identified the most information-rich key informants. Key informants were selected based on their expertise and knowledge in areas relevant to the case study. More specifically, key informants were identified using a “snowball sampling” technique (Bowen, 2005). The sampling process began by asking key leaders of the IPCDC initiative the following questions: “who are the experts on the intersectoral collaboration and action processes pertaining to community development and policy development in this region or sub region and involved with the IPCDC initiative” and, “who are their most relevant partners or individuals within or outside the health sector?”. Those recommended individuals were contacted by phone or by email directly by A. Dubois. When appropriate, they were also asked to identify other potential respondents. The sampling strategy started in April 2011 and was completed in October 2011.

The number of interviews with key informants to be conducted were not determined in advance. Interviews were added until data saturation was reached for each theme. We originally anticipated conducting approximately 20-30 key informant interviews (at least five in each sub region and five or more at the regional level). At the end of the field work, 20 individuals were interviewed (10 men and 10 women), and two meetings were observed and recorded, totaling more than 27 hours of audio recording and 984 pages of verbatim. Details are available in appendix H. The main phase of data collection was conducted between October 2011 and February 2012. Most interviews were done in person, and this required three field trips. A few additional and short phone interviews were required to complete the data between March and Sept 2012.

3.2.4 Data analysis

All individual or group interviews were audio-recorded and transcribed by professional transcribers who abided by a Confidentiality Agreement. Meetings observed were also audio-recorded and transcribed. All transcripts were coded and analyzed with NVivo software, version 9 (NVivo, 2010). The coding tree was developed in steps, first using an open coding strategy to identify emerging themes and categories (Strauss & Corbin J, 1990

and 2002). The main themes covered in the interview grid, which in turn were linked with the basic dimensions of the preliminary conceptual framework, guided the analysis. Themes and categories generated after performing line-by-line analysis of the first transcripts were tested and further explored when analyzing subsequent interviews until saturation was reached. We used the immersion/crystallization approach as the overall analytical strategy to identify themes and patterns emerging from the empirical data set. In qualitative research, immersion refers to ‘a process whereby researchers *immerse* themselves in the data they've collected by reading or examining some portion of the data in detail’. In the other hand, crystallization refers to the ‘process of temporarily suspending the process of examining or reading the data (immersion) in order to reflect on the analysis experience and attempt to identify and articulate patterns or themes noticed during the immersion process” (Robert Wood Johnson Foundation). This process led to the construction of a tree of nodes during the NVIVO analysis that inductively captured the six dimensions of the preliminary conceptual framework (objectives, results, actors, process, conditions and context). The list of nodes that emerged during the NVivo analysis is available in Appendix I.

Chapter 4 - Results of phase I: Systematic review

In fact, how is ‘intersectoral collaboration’ defined? Despite the vast and growing literature referring to intersectoral processes, a lack of consensus still exists regarding definition of terms. In fact, similar terms such as intersectoral action, intersectoral action for health and intersectoral collaboration appear to be used interchangeably. However, does collaboration entail action? And do all intersectoral processes gravitate around health? Marcus Tullius Cicero (106-43 B.C), a Roman orator and politician, argued that any rational discussion of a subject should begin with a definition to clarify the subject of discussion. Indeed, building on the work of concept analysts such as Rodgers, Hupcey and Penrod, we believe that concepts are the backbone of theory in practice as sharing a common understanding of concepts helps scholars and practitioners ‘to organize meaning to understand complex human experiences and behaviours in ways that influence the practice’ (Hupcey and Penrod, 2005, p. 201). It is our intention to contribute to the clarification of the concept of intersectorality, under its diverse forms and their current use, and uncover the attributes of the concept as a basis for further development of theory and practice.

For the first phase of our qualitative research project, we have undertaken a literature review which had a twofold aim: to untangle the different concepts used in the literature to define intersectoral processes (intersectoral action, intersectoral action for health, intersectoral collaboration, and intersectoral policy) and to identify potential conceptual frameworks that could be applied at a subsequent research phase. Conceptual frameworks were narrowly defined as a visual model such as a diagram, an item list, a graph or a figure that identifies and organizes the main ideas underlying the term under analysis.

The use of a predefined search protocol differentiates a systematic literature review from a traditional literature review. As indicated by Jesson, Matheson and Lacey traditional review encompasses different subcategories, such as critical review, conceptual review, state-of-the-art, expert and scoping review (Jesson, 2011). However, we considered this exercise a systematic review since we established specific inclusion and exclusion criteria in our search strategy from the onset, as described in the previous chapter.

In this chapter, we present the results of this systematic literature review which specific objectives were: a) to review the existing literature in search of definitions of a set of related terms as well as of conceptual frameworks; b) to discuss the evolution of those definitions of terms and the sectors that use them; and c) to propose a single definition for each term.

Table 2 presents the number of references retained at the final stage of this review process. The complete list of substantive definitions retained at the end of the exercise is available in Appendix J.

Table: 2: Main Terms in English, French, Portuguese and Spanish and Number of References Retained at the End of the Process

	Intersectoral action	Intersectoral action for health	Intersectoral collaboration
Main Term in French	Action intersectorielle	Action intersectorielle pour la santé	Collaboration intersectorielle
Main Term in Portuguese	As ações intersectoriais	Ação intersectorial para a saúde	Colaboração intersectorial
Main Term in Spanish	Acción intersectorial	Acción intersectorial para la salud	Colaboración intersectorial
Number of references retained at the end of the process	15	14	11

4.1 Intersectoral Action

At the end of the review, 15 different references containing a definition of the term ‘intersectoral action’ were identified. We observed no uniformity on the wording of definitions emerging from the literature. Many of them refer to the definition of intersectoral action for health, and many authors explicitly indicate that terms are being used interchangeably (intersectoral action, intersectoral collaboration, intersectoral action for health). Most of the definitions were published from the year 1994 onward. Despite the inclusion of a large array of sectors based on our deliberate decision to go beyond the health

sector when selecting our databases (science, engineering, medicine, social sciences, humanities, government publications, technology, administration, public policy institutes, etc) the only sector that seems to have published definitions of the term ‘intersectoral action’ is the health and social services sector. Canada and WHO are very present in the field. Only few other countries (Netherlands, UK, Brazil and Australia) have authors who contributed to the development of a definition. Only one publication in Spanish (although written by Canadian researchers) and one in Portuguese were identified. Several French-Canadian authors have largely contributed to the development of the field (Fortin, 1994; Ouellet, Paiement and Tremblay, 1995; Lebeau, Vermette and Viens, 1995; White et al., 2002). The vast majority of documents are available only in English. Documents prepared by Canadian Federal institutions (Health Canada, PHAC, Senate) are published in both official languages. Eight definitions were highlighted for further discussion:

- 1) ‘Working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest. Sectors may include government departments such as health, education, environment and justice; ordinary citizens; non-profit societies or organizations; and business’ (Health Canada, 2000, p.1. ; Perera, 2006, p.9 citing Health Canada 1996 but reproducing text from Health Canada, 2000)
- 2) ‘Linking diverse stakeholders from a range of sectors including public and private agencies and organizations’ (Rissel, 2000, p. 248)
- 3) ‘Concerted programming and joint development of health, social and educational policies’ (EL Ansari, 2001, p. 120)
- 4) Intersectoral action ‘in which the health sector and other relevant sectors of the economy collaborate, or interact to pursue health goals’ (citing World Health Organization Europe 2004) (Stewart, 2006, p. 337)
- 5) ‘Coordination among and collaboration with a variety of stakeholders’ (Keon, 2008, p. 3)
- 6) ‘Collaboration between different sectors of the community’ (Lal and Mercier, 2009, p. 427)

- 7) ‘Unir esfuerzos para conseguir mejores resultados que los que se obtendrían trabajando de forma aislada’ (Zunzunegui, 2010, p. 69) (*To join efforts to achieve better results than those obtained working in isolation - Free translation*)
- 8) ‘A ação intersetorial não é um processo espontâneo, e sim organizado e coletivo; tem a ver com a criação de espaços comunicativos, com a capacidade de negociar e gerenciar conflitos’ (Vieira, 2010, p. 859 quoting Campos, 2000) (*Intersectoral action is not a spontaneous process, but organized and collective; it has to do with the creation of communicative spaces, with the ability to negotiate and manage conflicts - Free translation*)

The analyses of their wording led us to several observations. First, five of these definitions are inclusive and explicit in terms of the sectors that need to be involved, including both public and private domains. Indeed, only one among the eight definitions circumscribes to the public policy realm (EL Ansari). Second, most of the definitions refer to intersectoral action as a process (Campos), a practice (Wimmer e Figueiredo), a collaboration (Lal and Mercier; Keon; Stewart), a coordination (Keon), or an interaction (Stewart). Third, it is interesting to highlight that only one of these definitions emphasises the importance of the conditions and management skills required to achieve intersectoral action (Campos, 2000). Finally, several of these definitions explicitly identify the goal or purpose of intersectoral action (i.e.: *to take action on an area of shared interest* (Health Canada); *to pursue health goals* (Stewart); *to achieve better results than those obtained working in isolation* (Zunzunegui)).

4.2 Intersectoral Action for Health

At the end of our literature review, 14 different references containing a definition of the term ‘intersectoral action for health’ were identified. The definition from Elizabeth Harris *et al.* (1995), from the National Centre for Health Promotion of the University of Sidney and the Commonwealth Department of Human Services and Health, appears to be the foundational one for the concept of intersectoral action for health. It has been reproduced by all the other sources, at times with minor wording adjustments. It reads as follows:

‘A recognised relationship between part or parts of the health sector and part or parts of another sector, that has been formed to take action on an **issue** or to **achieve health outcomes**, (or intermediate health outcomes) in a way which is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector working alone’. (p.7)

Authors refer to it as the Harris definition or the National Centre for Health Promotion definition. Two years after the publication of Harris’ team work, an international Conference on Intersectoral Action for Health, organized by WHO, was held in Halifax, Canada. Among 63 international participants, Harris attended the event. Definitions from diverse conference working documents were reviewed by participants, but the final definition emerging from that event was a slightly modified version of the original Harris definition. Since then, the conference definition has been profusely cited by subsequent authors and even reproduced in the WHO Health Promotion Glossary. It is being referred as the WHO definition, although search engines identify Wilfreid Kreisel as the main author of the conference report. In fact, Kreisel signed the preface in his capacity of Executive Director of the division of Health and Environment of WHO at the time of the conference. Most authors cite Kreisel in their list of references. Its definition of Intersectoral Action for Health (IAH) reads as follows:

‘A definition of IAH

There was little formal discussion of the definition of IAH although several of the conference working documents provided definitions. The following definition appeared to reflect the consensus of participants: a recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. National Centre for Health Promotion’. (p. 3)

Among the 14 definitions retrieved, nine presented either the Harris (5) or the Kreisel (4) definition in their integrality. The Public Health Agency of Canada (PHAC, 2008) introduced an important variation to this classic definition. Indeed, in the context of an analysis of 18 international case studies, the working team understands ‘intersectoral action for health to refer to actions undertaken by sectors outside the health sector, possibly, but not necessarily, in collaboration with the health sector, on health or health equity outcomes or on the determinants of health or health equity’ (p.2). In this sense, these authors are the first to conceive the health sector as being involved in the relationship on an optional, but not mandatory basis. Furthermore, they also state ‘Intersectoral action for health for this study is defined as: a recognised relationship between part or parts of different sectors to take action on issues to improve health and health equity’ (p.25).

In terms of general observations regarding origin and history, we noted that all the definitions retrieved were published from the year 1995 onward. However, the seminal report of Harris *et al.*, although published in 1995, was already building on an extensive bibliography related to intersectorality, which was included in the report’s reference list. This observation confirms that research on this area had been done for several decades even prior to tackling the effort to define the terms. Indeed, as previously discussed, scholars in the field of interorganizational relations have been the precursors to the study of intersectoral collaboration in the health promotion arena (Delaney, 1994; Fortin et al., 1994).

Once again, the only sector that has been publishing definitions of this term is the health and social services sector. Canada, Australia and to a certain extent Finland are present in the field. Authors from no other countries were identified. Only one definition in Spanish from Canadian authors was retrieved (which is a translation of the WHO definition); the vast majority have been published in English, and when Health Canada or PHAC is the author, in French as well.

4.3 Intersectoral Collaboration

At the end of our literature review, 11 different references containing a definition of the term ‘intersectoral collaboration’ were identified. Eight of them were rooted on the Kreisel definition of intersectoral action for health.

Definitions of the term ‘intersectoral collaboration’ are available in the literature since 1993, although the majority of texts retrieved were published from 1998 onwards. Besides international organizations, such as WHO and the Alliance for healthy cities, authors from the Netherlands, Sweden, Australia, Nigeria and Canada have included definitions of this term. All the documents identified were written in English.

The terms ‘intersectoral collaboration’ and ‘intersectoral action for health’ seem to be used interchangeably in the literature. Two reasons might explain this fact:

- A) the term ‘intersectoral collaboration’ appears to be used almost exclusively by the health sector;
- B) most of the definitions retrieved stem from the same root: The 1995 Harris *et al.* definition.

It is interesting to highlight that the earliest definition retrieved (1993) is the only one not pertaining to the health sector. Indeed, it pertains to the agriculture realm and its author is from the Netherlands. It reads as follows: ‘Intersectoral collaboration is considered to be an action between sectors through a series of negotiations where personal, face-to-face contacts play an important role’ (Vaandrager, 1993, p. 195).

The 1998 WHO Health Promotion Glossary proposes the Harris *et al.* definition as well. However, it also points that: ‘*intersectoral collaboration is understood as cooperation between different sectors of society such as the public sector, civil society and the private sector*’ (p.15). This appears to be a more inclusive definition, instead of targeting health as a central ingredient of the equation.

4.4 Intersectoral Policy

Only one definition for this term was retrieved: ‘Inter-sectoral Policy: Health-orientated policy affecting sectors outside health services but usually evolved in collaboration with the health sector’ (Nutbeam, 1986, p. 120). As well, some elements of a definition were found for a related term: Intersectoral action in health policy, which ‘implies the cooperation of politicians outside the health sector, so there will inevitably be a trade-off of sectoral interests’ (Mooy, 2001, p. 169).

4.5 Conceptual Frameworks

No comprehensive conceptual framework emerged from the literature reviewed. However, among the 35 single references flagged (occasionally more than one definition per reference was retrieved) eight of them offer several elements deserving integration in an overarching model. Listing them in chronological order, we observed that the first two models focus on the conditions required for succeeding. Indeed, Harris *et al.* (1995) list six conditions for effective intersectoral action: necessity, opportunity, capacity, relationships, planned action and sustained outcomes. Kreisel (1997) reiterates the same conditions and introduces visual diagrams developed by workshop participants. Health Canada (2000) describes stages and challenges of the intersectoral action journey, while Ramsden *et al.* differentiate among the different levels of partnerships (communication, coordination, co-operation and collaboration). The latter authors propose as well a grid to categorize examples of low versus high levels of commitment, formality, personal contact and autonomy. Frankish *et al.* (2007) define levels of internal action and intersectoral collaboration, and PHAC (2008) identifies key mechanisms and tools to support intersectoral action for health and health equity based on analysis of 18 international case studies. Geneau (2009) discusses the importance of coordination, governance and accountability mechanisms, and, finally, Wagemakers *et al.* (2010) introduce the most encompassing model, by identifying levels of action (individual, organizational, coalition and community) and categories of variables to consider (context, participants/stakeholders, partnerships/coalitions, process and outcomes).

4.6 Discussion

4.6.1 Proposing definitions

When a consensual definition of the term was not found in the literature, we crafted our own definitions building on concept analysis approach (Hupcey & Penrod, 2005) and using the following basic structure:

-WHAT: What is the action? For instance: a process, an approach, a collaboration, a coordination, etc.

- WHO: Who are the actors conducting the action?

- WHY: What are the goals or objectives of the action?

From our perspective, these are the three basic elements that should be in a definition. It is possible however to identify a fourth element in definitions provided by different authors.

That fourth element represents the CONDITIONS under which the action is conducted.

However, it was agreed that unless all the conditions are listed, this element should be dismissed because including a few but not all would prioritize only those identified.

Therefore, for the first term that lacked a consensus, we believe that the following is the best definition:

Intersectoral Action:

Working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest to achieve better results than those obtained working in isolation. Sectors may include government departments such as health, education, environment, justice, etc.; citizens at large; non-profit societies or organizations; and business.

WHAT: Working with (others) to take action on an area of shared interest

WHO: more than one sector of society (the health sector does not need to be an actor)

WHY: to achieve better results than those obtained working in isolation (health outcomes do not need to be part of the expected results)

Regarding the second term, with the exception of the perspective of PHAC (2008) discussed earlier, there seems to be a consensus in the use of the WHO definition, and our recommendation is to adopt it as such:

Intersectoral Action for Health or IAH:

A recognized relationship between a part or parts of the health sector with a part or parts of another sector that has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone.

WHAT: a recognized relationship (between sectors) to take action on an issue

WHO: part or parts of the health sector with part or parts of another sector

WHY: to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone

Our recommendation is to apply the same definition for the terms intersectoral collaboration and intersectoral action where the health outcomes are not emphasized and where the health sector is not necessarily an actor. On the other hand, the terms intersectoral collaboration for health should carry the same definition as intersectoral action for health.

Intersectoral Action or Intersectoral Collaboration:

Working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest to achieve better results than those obtained working in isolation. Sectors may include government departments such as health, education, environment, justice, etc.; citizens at large; non-profit societies or organizations; and business.

Intersectoral Action for Health or IAH or Intersectoral Collaboration for Health:

A recognized relationship between a part or parts of the health sector with a part or parts of another sector that has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a more effective, efficient or sustainable way than could be achieved by the health sector acting alone.

4.6.2 Limitations of this exercise

We acknowledge a few limitations in our literature review. First, during the screening phase, if terms related to the intersectoral approach were not worded exactly as in our original list of main terms, those references were missed. It would have been useful to include terms such as ‘intersectorality,’ ‘intersectoral cooperation, and even the split term ‘inter-sectoral’. Second, as this exercise constitutes only a portion of a larger review that included ten different terms, we were not able to determine the number of references retrieved at each stage for our subset

of terms. Finally, the databases chosen for this search probably introduced a publication bias by privileging Canadian content.

4.6.3 Summary of the chapter and next steps

Getting to an agreement on terms and their meaning is an important step not only in all research endeavors, but in particular in action oriented, collaborative activities such as intersectoral population health interventions and health promotion in general. This project allowed us to disentangle related concepts, to understand their evolution, and to come up with a recommendation of definitions to be used for three commonly used terms: ‘intersectoral action’, ‘intersectoral action for health’, and ‘intersectoral collaboration’. Furthermore, in reviewing frameworks for potential use, we noted the lack of a comprehensive, explanatory conceptual model for intersectoral process. On this basis, we will pursue our research in order to build a theoretical framework to be empirically tested using qualitative approaches. Both theoretical and applied research is required to help us build stronger case studies to further our understanding of relationships between sectors pursuing a common goal.

Chapitre 5 - Résultats de la phase II – Première Partie : Description du contexte

5.1 Description du contexte général de la recherche

Le but principal de ce projet de recherche est de mieux comprendre les processus de collaboration et d'actions intersectorielles dans les stratégies visant à agir sur les déterminants de la santé. Quelles stratégies les déclenchent-ils? Quels mécanismes et incitatifs favorisent leur développement? Quels impacts ont les processus intersectoriels sur le développement de règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur les déterminants de la santé? En particulier, lors de la préparation du projet de thèse, je visais aussi à cerner le rôle que joue l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) dans la région de Chaudière-Appalaches en tant que promoteur potentiel de l'action intersectorielle. En effet, l'IPCDC déploie un éventail d'activités de formation et d'accompagnement visant à « soutenir les organisations et les acteurs du système de la santé et des services sociaux (SSSS) ainsi que leurs partenaires intersectoriels qui exercent la responsabilité populationnelle sur les territoires de santé du Québec » (IPCDC, 2010).

À la fin de l'année 2010, des échanges avec des membres de l'IPCDC et des représentants de la région de Chaudière-Appalaches, nous ont laissé entrevoir la très grande richesse de cette région pour la réalisation de ce projet de recherche. L'implication récente de l'IPCDC, la tradition d'action intersectorielle dans cette région et le contexte socioéconomique du territoire semblent des conditions prometteuses pour faire un pas en avant dans la compréhension des processus intersectoriels visant à agir sur les déterminants de la santé. À la suite de consultations régionales tenues au printemps 2011, la Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches accepte de participer au projet et cette région devient notre principal terrain de recherche.

Comme discuté à la section portant sur les méthodes, les initiatives intersectorielles choisies pour étude ont été identifiées suivant une stratégie de boule de neige. Chaque initiative devait impliquer un minimum de trois secteurs, incluant le secteur de la santé.

5.2 Le contexte géographique : le territoire et sa population

En 2011, la région de Chaudière-Appalaches se trouvait au 11^e rang en termes de population sur les 18 régions du Québec. Ses 410 829 habitants représentent 5.2 % de la population de l'ensemble de la province (Tableau 2).

Tableau 3 : Population totale, superficie et densité, régions administratives et ensemble du Québec, 2011

Rang ¹		Population totale			Superficie	Densité
		Variation			2011	
		2011	2006	2011/2006		
		n		%	km ²	hab./km ²
1	Montréal	1 442 433	1 357 720	6,2	11 131	129,6
2	Montréal	1 886 481	1 854 442	1,7	499	3 779,1
3	Abitibi-Témiscamingue	145 690	143 872	1,3	57 739	2,5
4	Bas-Saint-Laurent	199 977	200 653	-0,3	22 234	9,0
5	Centre-du-Québec	234 163	224 200	4,4	6 930	33,8
6	Mauricie	263 603	258 928	1,8	35 865	7,3
7	Saguenay-Lac-Saint-Jean	274 880	272 610	0,8	98 710	2,8
8	Estrie	310 733	298 779	4,0	10 214	30,4
9	Outaouais	369 171	341 096	8,2	30 803	12,0
10	Laval	401 553	368 709	8,9	247	1 625,1
11	Chaudière-Appalaches	410 829	393 669	4,4	15 080	27,2
12	Nord-du-Québec	42 579	39 817	6,9	747 161	0,1
13	Lanaudière	471 748	429 053	10,0	12 422	38,0
14	Laurentides	559 700	511 276	9,5	20 771	26,9
15	Capitale-Nationale	700 616	661 060	6,0	18 797	37,3
16	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	94 079	94 336	-0,3	20 309	4,6
17	Côte-Nord	94 766	95 911	-1,2	247 634	0,4
18	Nunavik					
	Ensemble du Québec²	7 903 001	7 546 100	4,7	1 356 547	5,6

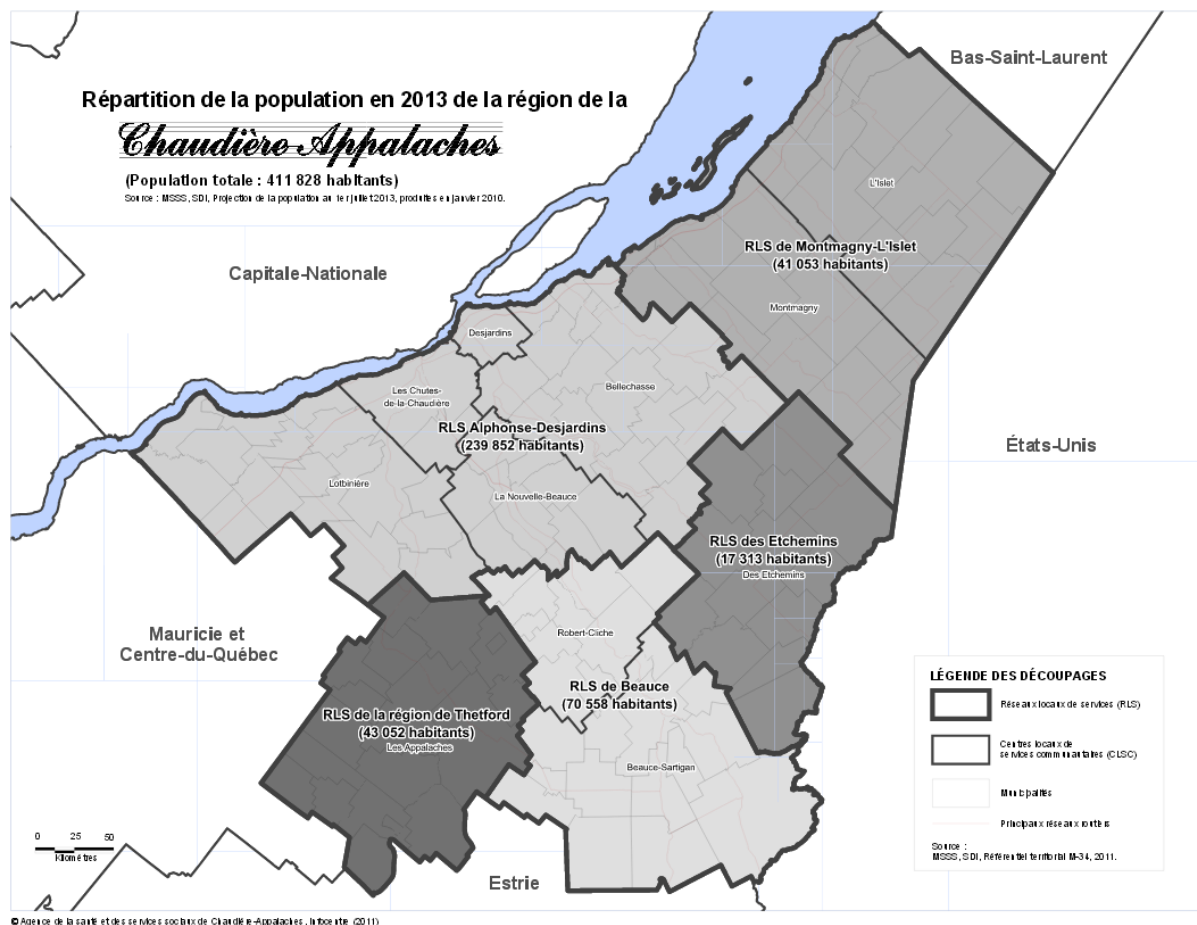
Source : Adapté de ISQ, 2011

¹ rang en termes de population

² les données pour la 18^e région, soit le Nunavik, ne sont pas disponibles

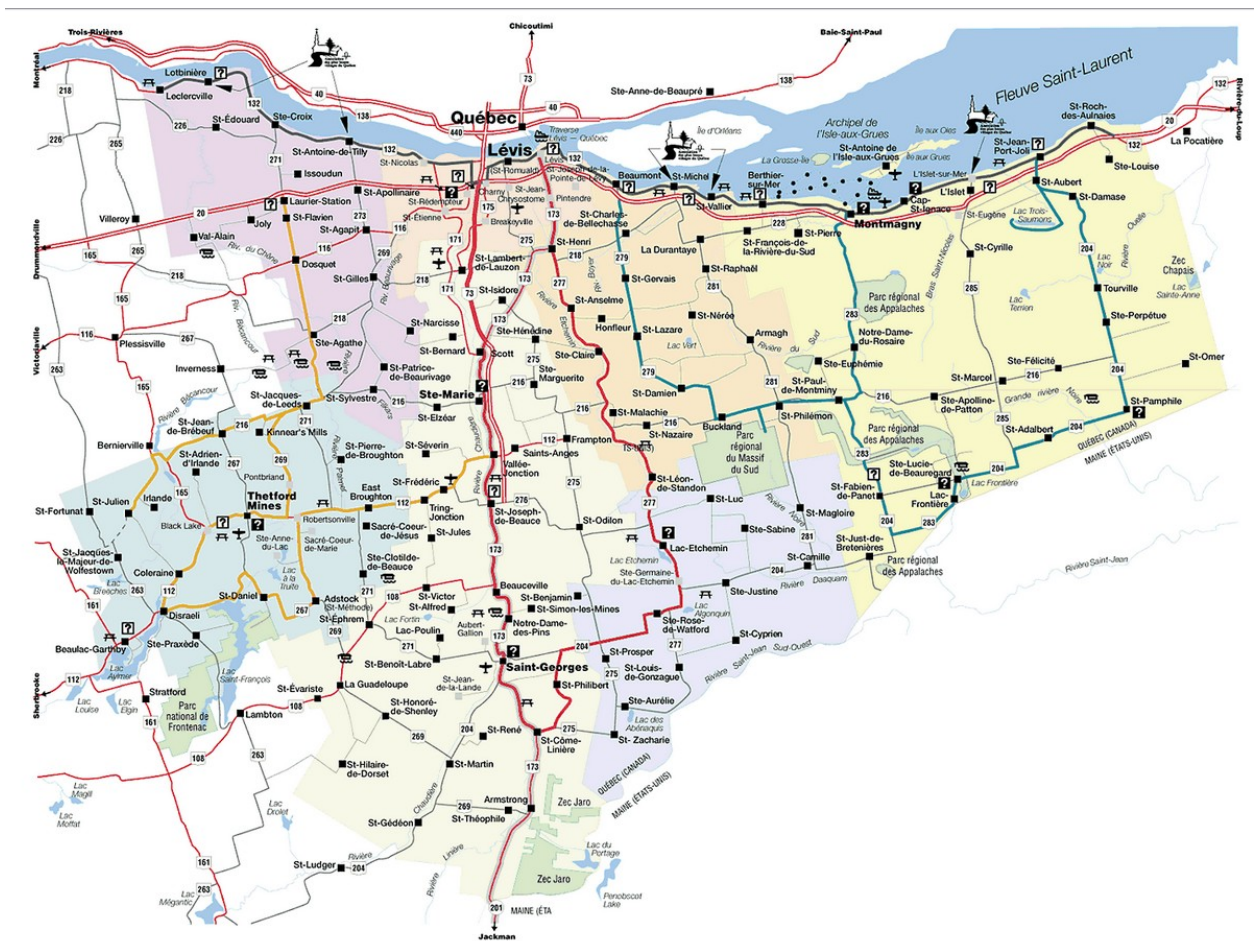
Les habitants de la région de Chaudière-Appalaches se répartissent sur neuf municipalités régionales de comté (MRC) et une ville principale (Lévis). Le secteur sociosanitaire est découpé en cinq réseaux de santé et des services sociaux (RLS), soit le Grand Littoral (57 % de la population), la Beauce (17 %), Montmagny-L'Islet (11 %), Thetford (11 %) et Etchemins (4 %) (voir Figure 6).

Figure 6 : Territoire de Chaudière-Appalaches – Découpage du secteur sociosanitaire



La figure 7 présente une carte régionale plus détaillée.

Figure 7 : Carte régionale de Chaudière-Appalaches



5.3 Le contexte socioéconomique

Depuis la dernière décennie, le Québec, tout comme la majorité des économies du monde, traverse une période de ralentissement économique et de turbulences financières. Au cours de l'année 2008, la conjoncture économique internationale s'est détériorée davantage et les perspectives de croissance économique ont été réduites en raison d'un premier recul de la demande américaine pour les produits étrangers depuis 2001 et de l'aggravation de la crise financière internationale (Finances Québec, 2008). Ce ralentissement n'a pas épargné le secteur agricole, qui occupe une place névralgique dans l'économie de la région de Chaudière-Appalaches, car il fournit directement près d'un emploi sur six à la région et contribue, plus que tout autre secteur, à la stabilité de l'économie régionale (Communiqué de l'UPA, octobre 2006). Le secteur forestier (transformation forestière, les scieries, la

fabrication de meubles, papier), et du textile (usines de confection) ont aussi été affectés par la conjoncture économique défavorable, ce qui a conduit à l'appauvrissement et la dévitalisation des nombreuses communautés de la région.

5.4 Historique de concertations intersectorielles dans la région

Au cours de la période d'identification des cas potentiels à être étudiés pour cette recherche, nous avons cherché à obtenir des inventaires des concertations régionales. Le but était de comprendre l'historique de concertations intersectorielles dans la région et de savoir quels étaient les secteurs impliqués, le cas échéant. L'un des inventaires obtenus, produit dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS) Chaudière-Appalaches par des organisateurs communautaires, semble assez exhaustif, car il liste l'ensemble de concertation locales à Chaudières-Appalaches, par secteur et par territoire. En analysant ce document, présenté dans les annexes K (inventaire par secteur) et L (inventaire par territoire) il est possible de constater que :

- la tradition du travail intersectoriel est établie dans cette région depuis des dizaines d'années. En effet, certains tables ou regroupements existent depuis 1984.
- Presque tous les secteurs de la société semblent être interpellés à une table ou autre. En effet, déjà selon la classification « par secteur », les différentes tables sont regroupées dans les catégories suivantes : santé, communautaire, employabilité et réinsertion professionnelle, immigration, éducation, famille, aînés, femmes, économie sociale, gouvernemental/développement régional, jeunes et municipal

L'inventaire des concertations régionales par territoire, même si long, permet précisément d'apprécier la diversité de partenaires et secteurs impliqués dans les démarches qui se font à niveau local. Les quatre études de cas sélectionnés représentent en fait un petit échantillon de processus intersectoriels en cours dans la région depuis longtemps.

5.5 Description générique des quatre études de cas

Quatre initiatives spécifiques ont été analysées :

- Cas 1 : Programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs

- Cas 2 : Construction du parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans
- Cas 3 : Programme de cuisines collectives à Beauce-Sartigan
- Cas 4 : Programme de prévention de l'alcool au volant

Les études de cas détaillées sont disponibles en annexe. Chaque étude de cas fut rédigée comme étant une unité indépendante. Le lecteur trouvera donc une certaine répétition dans certains éléments théoriques et contextuels qui sont communs aux quatre cas. Le contenu de chacune de quatre études fut validé individuellement avec le principal représentant de chaque cas.

Le tableau 3 synthétise les caractéristiques principales de chacune de quatre initiatives analysées. Tenant compte des dimensions étudiées, deux modèles d'action intersectorielle ressortent, soit le modèle de réseau (« la toile ») et le modèle de « la spirale ouverte ». Un troisième modèle (« le continuum de services ») a été aperçu dans le cadre d'une cinquième étude de cas potentiel, soit le projet RÉMI. L'analyse détaillée de cette cinquième étude de cas ne fut pas réalisée pour de questions de faisabilité.

La toile

Les cas 1 et 4 ont beaucoup de points de convergence. Dans les deux cas, un comité formé par les représentants des différents secteurs définit un plan d'action proposant des actions spécifiques pour chaque clientèle cible (plan d'action multi-intervention, multisecteur, multiclientèle). Chaque représentant de secteur est responsable de conduire (ou de déléguer au sein de son propre secteur, en fonction du niveau hiérarchique de l'agent) les activités requises pour le secteur. Les activités peuvent être déployées à différents niveaux au sein d'un secteur, et il n'y a pas seulement une prise de conscience par rapport aux activités déployées en parallèle par les autres secteurs, mais surtout de la coordination. Des liens serrés sont développés entre les secteurs. Le but ultime est de changer le comportement des groupes cibles spécifiques (ex. : chez les conducteurs, en les dissuadant de conduire après avoir bu au-delà des limites légales, chez les agriculteurs, en les incitant à demander et à obtenir un soutien psychosocial pour limiter l'impact du stress excessif), ce qui nécessite des efforts soutenus sur le long terme. Par exemple, dans le cas 4, les propriétaires de bars sont sensibilisés à l'importance d'informer leurs clients à utiliser des moyens de transports

alternatifs au lieu de conduire; les organisateurs de festivals et d'événements sont obligés de mettre en place des systèmes de transport alternatifs si l'alcool est servi, les écoles secondaires sensibilisent les jeunes de 5e année du secondaire aux effets de la conduite avec les capacités affaiblies, de barrages fréquents sont organisées par la police pour effectuer des alcootests; etc. Dans ce cas, le comité de pilotage intersectoriel comprend des représentants de bars, des employés municipaux en lien avec les organisateurs d'événements et de délivrance des permis d'alcool pour des événements particuliers, des représentants des écoles, des représentants des corps policiers, etc. Selon ce modèle de la toile, la population cible est atteinte d'une manière ou d'une autre par les différentes stratégies déployées dans la communauté.

La spirale ouverte

Selon ce modèle, exemplifié par les cas 2 et 3, différents secteurs s'impliquent pour créer un résultat très précis et concret (ex. : parc de jeu pour la petite enfance, groupes de cuisine collective). Ce développement nécessite la participation de différents secteurs, à différents stades du projet (ex. : conception, approbation par les parties prenantes, construction, etc.). Un porteur de dossier est nécessaire pour assurer la continuité du processus. Le projet peut être de courte durée, circonscrit dans le temps (par ex. : construire le parc de jeu) ou de longue durée (groupes de cuisine). Sous l'apparence d'un projet très circonscrit, cette catégorie d'initiatives intersectorielles vise des impacts à grande échelle, liés au développement communautaire. En effet, ils ont un effet d'entraînement et des retombées (*rippling effect*) qui vont au-delà de l'objectif apparent, pouvant influencer d'autres secteurs, impliquer d'autres partenaires et permettre à l'initiative d'être adoptée et adaptée ailleurs. Par exemple, la construction d'un parc de jeu dans une communauté, visant les tout-petits et surtout leurs mamans, a évolué vers la création d'un lieu de rencontre intergénérationnelle, en incluant, dans une phase ultérieure, un gazebo pour accueillir les grands-parents qui pourront facilement surveiller les enfants et bâtir des liens avec eux. En même temps, la création d'un lieu public ouvert et multifonctionnel offre à la communauté locale l'occasion de se rencontrer et d'échanger. Dans le deuxième exemple, une activité concrète, comme le développement de groupes de cuisine collective, conduirait à des résultats très importants aussi liés au développement communautaire : rompre l'isolement des personnes plus

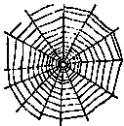
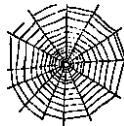
vulnérables en développant des réseaux sociaux; promouvoir les relations intergénérationnelles; bâtir des réseaux de partenaires ; développer un sentiment d'appartenance à la communauté, en se concentrant sur l'éducation du public, la promotion des agriculteurs et des ressources alimentaires locales, tout en déstigmatisant la pauvreté.

Tableau 4 – Synthèse descriptive des quatre études de cas

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Thème	Prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs	Parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans	Cuisines collectives à Beauce-Sartigan	Prévention de l'alcool au volant
Régions concernées	4/5	1/5	0.5/5	3/5
Grand Littoral	x			X
Beauce	X	X	X (une partie)	X
Montmagny-L'Islet				
Thetford	x			
Etchemins	X			X
Période	Février 2007 – Mars 2010	2009 – Sept 2011	2009 à ce jour	1997 à ce jour
Années de vie active	3 ans	2 ans	4 ans	16 ans
Statut	Complété – Réunions annuelles de suivi	Complété	En cours	En cours
Problème	Une étude indique que beaucoup d'agriculteurs sont en détresse psychologique, mais qu'ils ne consultent pas	Dans une municipalité en particulier, des parents veulent un parc adapté à la petite enfance	Des citoyens demandent l'ajout des cuisines collectives adaptées à leurs besoins spécifiques	Beaucoup d'accidents sur les routes régionales
But commun	Agir en prévention du suicide et contribuer au soulagement de la détresse psychologique en agriculture sur le territoire	Le développement communautaire (Objectifs multiples)	Le développement communautaire par les cuisines collectives	Contribuer de façon significative à la diminution des méfaits liés à l'alcool au volant pour la population du territoire
Niveau	Régional (plusieurs MRC)	Local (une municipalité)	Sous- régional (une MRC)	Régional (plusieurs MRC)

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Thème	Prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs	Parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans	Cuisines collectives à Beauce-Sartigan	Prévention de l'alcool au volant
Population	Rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale
Théorie de l'intervention basée sur le	Changement de comportements	Développement communautaire	Développement communautaire	Changement de comportements
Stratégie privilégiée	Développer et implanter un plan d'action multi secteur, multi clientèle et multi-intervention.	Se concentrer sur des résultats concrets	Se concentrer sur des résultats concrets	Développer et implanter un plan d'action multisecteur, multiclientèle et multi-intervention.
Plan d'action détaillé disponible	OUI	NON	NON	OUI
Les leaders du projet	La Fédération de l'UPA de la Beauce, le CSSS de Beauce et Partage au Masculin (organisme communautaire)	Le CSSS de Beauce, le maire de la municipalité concernée, le Centre local de développement (CLD) et la Maison de la Famille Beauce-Etchemins (organisme communautaire)	Mêmes que pour le cas 2 + <i>Québec en Forme</i> (partenariat public-privé sans but lucratif)	Différents pour chaque comité sous-régional, mais se démarquent : l'engagement citoyen, la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, la Sûreté du Québec et le ministère des Transports du Québec
Secteurs impliqués	3	7	9	16
Secteur santé et de services sociaux	X	X	X	X
Secteur policier				X
Secteur communaut.	X	X	X	
SAAQ				x
Secteur Justice				x
Secteur Transports				X

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Thème	Prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs	Parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans	Cuisines collectives à Beauce-Sartigan	Prévention de l'alcool au volant
Secteur éducation privé		x		x
Secteur Emploi et sécurité sociale			x	
Secteur citoyens		X	X	X
Secteur municipal		X	X	x
Secteur Assemblée nationale				x
Secteur agricole	X		x	x
Secteur motoneiges et VTT (privé)				x
Secteur jeunesse-emploi				x
Secteur privé (bailleur de fonds)		x (Caisse Desjardins)		x (Assurance PROMUTUEL)
Secteur commercial			X (distribution alimentaire)	x (Chambre de commerce/Bars)
Partenariat public-privé			X (Québec en Forme)	
Responsabilité et reddition de comptes	Partagée entre tous les partenaires	Limitée à quelques partenaires	Limitée à quelques partenaires	Partagée entre tous les partenaires
Rôle des partenaires	Engagement continu - Très actifs - Réunions régulières prédéterminées	Impliqués à différentes phases, et avec différents niveaux d'intensité	Impliqués à différentes phases, et avec différents niveaux d'intensité	Engagement continu - Très actifs - Réunions régulières prédéterminées

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4
Thème	Prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs	Parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans	Cuisines collectives à Beauce-Sartigan	Prévention de l'alcool au volant
Rôle du coordinateur	Un rôle de secrétariat pour convoquer les réunions et un animateur pour les gérer.	Un porteur de dossier principal (le maire)	Une animatrice ou chargée de projet pour coordonner les activités locales	Coordinateur nécessaire pour coordonner les processus du comité de pilotage
Stratégie d'évaluation	Basée sur des extrants à court terme (activités) – Résultats à long terme difficiles à mesurer	Extrant concret attendu – Objectifs complémentaires (développement communautaire) difficiles à mesurer	Basée sur des extrants à court terme (nombre de cuisines) – Objectifs de développement communautaire difficiles à mesurer	Le suivi de statistiques est l'outil principal – Les extrants à court terme sont aussi mesurés
Modèle d'action intersectorielle	LA TOILE 	LA SPIRALE OUVERTE 	LA SPIRALE OUVERTE 	LA TOILE 

Chapitre 6 : Résultats de la phase II – Deuxième Partie : Discussion sur les termes et concepts utilisés par les acteurs localement

Dans la littérature spécialisée, il existe une certaine confusion quant à l'utilisation de termes reliés à l'intersectorialité dans le domaine de la santé, comme il a été possible de constater dans la section portant sur la revue de littérature sur la définition de termes. On y trouve notamment que les vocables action intersectorielle et collaboration intersectorielle sont utilisés de façon interchangeable. Dans le cadre de cette recherche sur l'intersectorialité, il apparaissait intéressant de valider l'emploi de termes localement. Dans cette section j'ai compilé les propos des toutes les personnes interviewées lors des quatre études de cas.

6.1 Le concept d'intersectoriel et d'intersectorialité

Lors des entrevues, il fut possible de constater que les termes intrasecteur, intersecteur, intersectoriel et intersectorialité ne sont pas utilisés sur le terrain. Les personnes interviewées disent les connaître, mais ils les associent davantage au langage scientifique. Sur le terrain, ils disent utiliser plutôt : partenariat, travail en réseau, concertation. J'ai cherché à comprendre leur propre définition de termes.

Extrait d'entrevue : Ex- organisatrice communautaire au CSSS de Beauce (cas 2)

I : Tout d'abord, j'aimerais avoir votre définition de l'intersectorialité, pas celle du livre, la vôtre.

R : C'est lorsque plusieurs partenaires de différents horizons se joignent dans un objectif commun pour en développer d'abord une vision commune et s'entendre... bon c'est ça les objectifs. Quant aux moyens, je crois qu'on devrait laisser ça aux gens de terrain.

Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant 1(cas 4)

I : Et dans votre discours, dans le travail que vous faites, est-ce que vous mentionnez le mot intersectoriel?

R : Inter-partenaires plus. Ou on dit des fois collaboration inter-partenaires ou avec des partenaires différents, c'est... on s'appelle membres...

des membres du comité, c'est beaucoup comme ça qu'on se nomme. Comme tel, quand on a discuté par exemple d'aller présenter notre comité à la table des municipalités, à la Fédération des Municipalités, bien ç'a été nommé comme ça, qu'on avait des collaborations inter-partenaires particulières, que c'était pas monnaie courante partout au Québec qu'il y ait de ce type de tables-là, je pense qu'en Chaudière-Appalaches, on est bons là-dedans, du regroupement. Parce que moi je pense qu'en ayant un grand territoire à couvrir, 20 municipalités, ou 11, c'est grand. Je veux dire moi Bellechasse, il y a 90 kilomètres d'un axe à l'autre, en X. C'est de St-Léon au bout du territoire, à Beaumont, il y a 90 kilomètres, alors c'est sûr que c'est grand, alors ça demande qu'il y ait un lieu de rencontre commun et qu'on fasse nos rencontres centrales, que ces gens-là demeurent aussi intégrés et au niveau intersectoriel, c'est sûr et certain qu'on le nomme, on dit qu'on a différents partenaires de différents milieux. On va nommer beaucoup milieux, membres, inter-partenaires. Intersectoriel, ça fait un peu scientifique.

Extrait d'entrevue : Représentant de la population (cas 4)

I : La première question que je veux vous poser, monsieur [X], c'est votre définition d'intersectoriel. Je veux savoir aussi est-ce que c'est un mot que vous utilisez ou pas vraiment.

R : Je connais le mot, je ne l'utilise pas beaucoup. Moi j'utilise beaucoup le mot réseau : mettre en réseau, réseauter, c'est-à-dire aller chercher des gens dans tous les milieux, s'en faire des amis, et puis après ça les mettre ensemble pour réaliser une cause commune. Et souvent on devient très puissant parce qu'on ne manque pas... l'angle est large. On a les points de vue de beaucoup de personnes et lorsqu'on arrive pour accomplir la tâche, on est en terrain connu parce qu'on... quelqu'un nous introduit partout, dans tous les angles, dans les 365 angles de la roue. Et plus le réseau est bien articulé, bien organisé, moi, à mon... à l'expérience, je sais que c'est très... c'est très efficace! C'est très productif. ...)... il y a plusieurs secteurs, on pourrait dire. Intersectoriel, pour moi, ça peut être le secteur de l'agriculture, ça peut être le secteur de la sécurité ou le secteur de l'éducation ou de la santé ou... des motoneiges, des loisirs! Alors c'est différents secteurs qui touchent le propos ou l'objectif qu'on vise. Mais en même temps... nous on appelle ça... moi j'appelle ça, dans mon vocabulaire : élargir le réseau, approfondir le réseau, travailler en réseau. Je ne sais pas si c'est comme ça que tu vois l'angle d'attaque, mais c'est celui-là qu'on fait, nous autres.

« Moi je vois l'intersectoriel comme des partenaires différents qui siègent ensemble, qui travaillent ensemble dans un même but. C'est ça, des

partenaires de différentes organisations » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #2- cas 4).

Extrait d'entrevue : Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant (cas 4)

I : C'est quoi pour vous l'intersectorialité? [...]

R : L'intersectorialité pour moi, et ça adonne très bien parce que je suis responsable au niveau de la collaboration intersectorielle au niveau du CSSS, et très très clairement, l'intersectorialité, c'est vraiment la connaissance de... au départ c'est que si on travaille sur une mission commune, c'est d'avoir la connaissance de l'expertise de chacun et de concerter et de rassembler et de compléter l'expertise de chacun pour réussir à atteindre la mission. Et il faut l'avoir la connaissance de chacun aussi et savoir autant les avenues, autant les possibilités que les limites de chacun, et ce qui nous permet à partir de là de comprendre qu'on peut chacun avoir une lecture qui peut être différente, mais qui mises ensemble peuvent joindre le but. Et que là on va vraiment faire un travail intersectoriel commun pour se compléter, parce que la problématique est plus complexe et demande d'avoir cette lecture-là et cette compréhension-là, parce qu'à travers les années, on a vraiment compris aussi que tout le professionnalisme a amené des spécialisations qui se sont tout à coup imbriquées dans des corridors clos, fermés, où chaque secteur avait sa spécialisation. Mais à un moment donné, il y avait des zones de travail et des particularités et des problématiques plus complexes qui demandaient une lecture plus avancée, une lecture plus large et plus scientifique et plus professionnelle et plus... et donc ce qui fait en sorte qu'on revient... mais j'ai envie de dire que depuis les années 80-85, les travaux ont commencé beaucoup, et là on parle d'interdisciplinarité, mais je vais en intersectorialité où est-ce que... parce que l'interdisciplinaire est un pendant de l'intersectorialité.

I : C'est quoi la différence selon vous?

R : Bien l'intersectorialité peut nous amener sur différents secteurs qui peuvent travailler ensemble, mais à différents niveaux. On peut travailler ensemble seulement à se transmettre de l'information et on va être en intersectoriel, mais c'est parce que le contexte ne demande pas plus que ça. Et on peut travailler en multidisciplinaire sans être interdisciplinaire. Mais on va être intersectoriel, mais parce que ça ne demande pas plus que ça. Et plus on va en complexité, on demande plus d'information et d'échange et de... je dirais de concertation dans le travail de chacun dans un but commun. C'est ce que j'ai comme lecture.

« Bien moi la lecture que je fais de l'intersectoriel, c'est dans une communauté donnée, tous les partenaires concernés par une action... bon, dans le cas qui nous concerne ici, c'était la problématique de l'alcool au volant, l'intersectorialité ça veut dire qu'on ne peut pas penser réussir à avoir une action efficace si on ne tient pas compte de tous les acteurs qui se trouvent à toucher la clientèle qu'on cible, la problématique qu'on cible, donc l'intersectorialité c'est le maillage aussi. Quand on prend l'exemple qui est là, bien les policiers font déjà certaines actions, mais bon, le maillage qui s'est fait par exemple par rapport aux fêtes et festivals, il y a eu une surveillance préventive qui s'est faite là, qui ne se faisait pas ou peu avant. Donc c'est de mettre en commun les différentes actions et c'est peut-être de trouver des actions communes à chacun... » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique - cas 4).

Extrait d'entrevue : Agent de la Sûreté du Québec (cas 4)

I : C'est quoi pour vous l'intersectorialité, votre définition à vous?

R : De l'intersectorialité?

I : Est-ce que c'est un mot que vous entendez?

R : Non, pas vraiment, mais c'est juste le lien qui doit se faire avec plusieurs personnes à l'intérieur d'un secteur.

I : Donc quand vous êtes dans ces tables-là et que vous parlez, c'est quoi les mots que vous utilisez pour ce type de travail communautaire?

R : C'est de la concertation.

I : Concertation, OK, vous n'utilisez pas vraiment le mot intersectoriel.

R : Bien pas à mon niveau à moi, moi ça va être plus de la concertation qu'on va utiliser.

« Au niveau policier, on ne parle pas nécessairement d'action intersectorielle, on va parler plus de partenariat et d'implication dans la communauté. Mais je crois que ça se ressemble énormément, avec ce que vous me dites. Dans le fond, ce que la Sûreté du Québec prône, c'est une police de proximité. Donc une police qui est près des citoyens, proche, et qui travaille en collaboration avec eux. Au fond, c'est une police de milieu, une police de proximité. Si vous allez sur le site de la Sûreté du Québec, vous allez le voir c'est quoi, exactement, les valeurs... qu'est-ce que la Sûreté du Québec prône... Entre autres, la police de proximité, il y a un gros volet à ce niveau-là. Fait que ça vaudrait la peine pour vous d'aller voir les définitions de police de proximité. Mais ils prônent aussi le rapprochement avec la population, être vraiment

impliqué dans le milieu » (Communication personnelle - Agente de la Sûreté du Québec - cas 4).

« Alors j'estime d'après le terme exact que c'est un contact ou une ramification web d'agences ou encore d'organismes qui peuvent participer à un même but. [...] Alors c'est une rencontre, ou encore un partenariat de différents organismes pour atteindre un but ultime, que ce soit le bien-être des enfants, le bien-être des aînés ou encore les saines habitudes de vie d'une population » (Communication personnelle, ex-maire - Cas 2).

« ... pour moi (intersectoriel) c'était travailler avec les différents secteurs, les différents partenaires » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce - Cas 2).

Extrait d'entrevue : Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce (Cas 2 et 3)

R : « Bien ma définition à moi de l'intersectoriel, c'est travailler avec les différents partenaires. Comme au niveau de notre équipe SIPPE – Services Intégrés en Périnatalité et Petite-Enfance – on travaille beaucoup en intersectorialité, donc on travaille avec la commission scolaire, on travaille avec le réseau communautaire, on va travailler avec les Centres Jeunesse, on va travailler avec les municipalités, comme on a fait avec le parc entre autres...

I : Les Centres Jeunesse, ils sont aussi financés par le Ministère de la Santé?

R : Oui.

I : Pourtant, dans votre définition, c'est un autre secteur.

R : Oui, parce que... ça ne veut pas dire parce qu'on est financés par le même ministère qu'on travaille bien ensemble et qu'on travaille en complémentarité.

I : Pouvez-vous élaborer un peu plus là-dessus?

R : Bien c'est que... exemple, il faut travailler le partenariat et les relations, même si on fait partie du même ministère. Pour moi, qu'on soit plusieurs organisations différentes, mais qu'on soit le même ministère, le travail est le même que si j'ai à développer un partenariat avec une école qui fait partie d'un autre ministère. Ce n'est pas plus facile parce que c'est le même ministère, ça ce n'est pas vrai. »

6.2 Le concept de secteur

En termes de constat suite à cet exercice de validation de termes, il est possible de conclure que l'emploi du mot « intersectoriel » n'est pas répandu sur le terrain. S'il peut être utilisé parmi les intervenants impliqués dans la gestion de programmes et services, les acteurs terrain utiliseront davantage d'autres termes. La définition même de secteur dans l'esprit des acteurs est aussi controversée. Tandis que certains identifient très clairement les frontières selon des domaines d'action (secteur agricole, secteur santé, etc.) d'autres seraient plus intuitivement portés à considérer des organisations (même à l'intérieur d'un même réseau, comme celui de la santé) comme étant de secteurs différents. Les extraits d'entrevue suivants provenant tous du cas 1 illustrent ces propos :

« Par exemple, la santé et services sociaux c'est un secteur de la société, l'éducation c'en est un autre » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins).

« Un secteur?... Bien, un secteur pour moi, si je prends le... un secteur ça peut être le secteur des affaires sociales, ça peut être... dans le cas présent c'était le monde de l'agriculture, puis un autre secteur, ça peut être celui de l'éducation, dépendamment des besoins qu'on peut avoir à l'intérieur d'un projet. Alors quand on parle de secteur à mon point de vue, il y a le réseau des organismes communautaires qui est quand même un secteur, un acteur important, alors moi je définirais ça un peu comme ça » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce).

Extrait d'entrevue : Représentant du CSSS de la Beauce

I : Est-ce que ce sont des mots qu'on utilise ici? Quand on dit secteur, intersecteur, intrasecteur, est-ce que ce sont des mots dans le jargon?

R : Non.

I : Qu'est-ce que vous diriez vous?

R : Bien on dirait... on parle du réseau communautaire, du réseau des organismes communautaires, du réseau de la santé et des services sociaux, du monde de l'agriculture...

I : On ne va pas dire le réseau de l'agriculture, on va dire le monde de l'agriculture.

R : Le monde de l'agriculture, ou les agriculteurs, ou leurs représentants, ou leurs instances, mais rarement à mon point de vue... ces mots-là on va les aborder des fois dans des discussions plus théoriques, ou entre intervenants on peut comme on dit échanger sur des concepts, mais sur le terrain, les départements... c'est des personnes qui représentent des organisations ouvertes à collaborer par rapport à une problématique bien précise.

Extrait d'entrevue : Représentant de Partage au Masculin

I : Alors que seraient pour vous des exemples de domaines différents?

R : Bien voyez-vous l'Union des producteurs agricoles, l'organisme communautaire Partage au Masculin, 3 CSSS qui vivent des réalités tout à fait différentes : celui des Etchemins c'est très rural, il y a juste une ville – enfin il y a 2 villes, St-Prosper qui est une autre petite ville, mais ce sont des petites villes – certains secteurs des Etchemins sont en dévitalisation; ensuite celui de Beauce qui est un secteur de CSSS assez prospère, il y a des poches de pauvreté, mais c'est un secteur qui est assez prospère, avec une ville centre importante où il y a tous les services qu'on peut avoir dans une ville de moyenne importance, disons, et qui a aussi des paroisses, et qui a un secteur agricole assez développé; et le CSSS du Grand Littoral, donc qui comprend une grande ville qui est Lévis, qui vient de regrouper plusieurs municipalités autour, mais qui comprend la MRC de Bellechasse qui a beaucoup d'affinités avec la MRC des Etchemins, ensuite celle de Lotbinière qui a beaucoup d'affinités avec celle-là, et le secteur de Ste-Marie qui est un secteur industriel, agricole aussi, un secteur de services. Alors voyez-vous, j'appelle des domaines différents, parce que c'est des gens qui ne vivent pas dans le quotidien la même réalité.

6.3 Le concept de partenaire et de partenariat

Les échanges que j'ai eus avec les intervenants et les personnes impliquées dans les quatre initiatives analysées m'ont permis de comprendre que l'action intersectorielle est un type de partenariat. Les acteurs se reconnaissent en tant que partenaires représentant des organisations différentes. Dans leur esprit, les unités qui forment le partenariat sont les organisations, et pas les différents secteurs. Souvent, différentes organisations provenant du même secteur se retrouvent à la table de concertation (par exemple, divers CSSS et l'Agence de la santé et de services sociaux, ou bien de représentants de différentes municipalités).

Toutes ces unités sont appelées à se comporter en tant que partenaires et les processus de concertation semblent similaires : les liens de confiance doivent être bâtis, on doit apprendre à se connaître, la communication doit se développer, etc. Le partenariat apparaît donc comme un concept plus englobant, qui inclut autant les partenariats intra qu'intersectorielles. Chacune de ces deux dernières catégories comporte ses propres défis, car faire partie du même secteur n'est pas toujours un gage de réussite du partenariat, comme l'a bien expliqué une intervenante :

Extrait d'entrevue : Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce (cas 2 et 3)

I : Vous qui êtes ici depuis longtemps dans le réseau de la santé, sentez-vous que la fusion, depuis qu'on a les Agences et surtout qu'on a des CSSS plutôt que des CLSC, sentez-vous que ça va dans le bon sens de l'intégration, ou pas nécessairement?

R : Nous ça va dans le bon sens parce qu'on est un petit CSSS, et là j'y vais de façon très subjective de ce que j'ai entendu des gros CSSS c'est beaucoup plus complexe, alors que nous ça va quand même bien, c'est 2 MRC, 1 CH, 4 ou 5 CLSC, 11 CHSLD et 1 CH. [...] Donc ça va quand même bien, mais ça fait 5 ans; au début ce n'était pas ça, il y avait beaucoup d'arrimage à faire entre le volet communautaire et le volet hospitalier, ça c'était à faire. Mais si je prends des organisations comme le CRDP, Centre Régional de Réadaptation physique, c'est financé par le Ministère de la Santé, mais (nous avons de défis de collaboration).

I : Est-ce que c'est pour une question de différence culturelle?

R : De trajectoire, de mandats qui ont été... Je pense que c'est pire à l'intérieur des mêmes ministères, parce que là présentement il y a des mandats, entre autres pour le CRDP, ils ne font plus de réadaptation 1^{re} ligne, ils ont envoyé ça aux CSSS, mais pas de budget, alors nous autres il faut qu'on développe une 1^{re} ligne en réadaptation, alors on est hyper fragile, et eux autres disent : ah, c'est à vous autres de les prendre, ce n'est plus notre mandat. Pourtant on est sous le même ministère et là faut qu'on négocie avec eux autres, il n'y a personne en haut qui fait le suivi de ça avec le gros bon sens, pourtant on a les mêmes parents là. Alors c'est pour ça que moi je trouve ça plus facile de travailler avec des partenaires en intersectoriel, parce qu'on a nos mandats, on essaie de... on rejoint la même clientèle, malgré qu'avec le CRDP aussi, mais on est peut-être moins à cheval sur des structures; ça peut-tu être ça [...] Moins à cheval, moins préoccupés par des structures, et c'est peut-être plus axé sur des relations et on fait dans l'informel, c'est peut-être ça qui fait que c'est plus facile. Je n'ai pas la réponse, mais en tout cas ce n'est pas plus facile... »

En m'étant concentrée sur l'action intersectorielle, je n'avais pas anticipé réaliser une revue de littérature approfondie sur les partenariats. Toutefois, dans mon parcours, j'ai repéré plusieurs documents à ce sujet, certains laissant entrevoir que le terme partenariat est assez englobant, et qu'il est utilisé aussi pour se référer à l'action intersectorielle. Par exemple, Bilodeau, Lapierre et Marchand mentionnent le rôle innovateur de partenariats pour contourner le travail en silo réalisé à l'intérieur de chaque secteur :

Le partenariat, ce n'est pas une mode, mais une nécessité. 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. (Bilodeau, Lapierre, & Marchand, 2003)

Puisque le concept de partenaire est celui qui revenait le plus souvent dans les propos de personnes rencontrées, j'ai cherché à comprendre la définition qu'on lui accorde ainsi que ses principaux attributs :

« Le partenariat c'est une communication entre différents organismes, une entente, un dialogue au départ, aussi de vouloir partager ses connaissances et ses renseignements » (Communication personnelle, ex-maire - Cas 2).

Extrait d'entrevue - Représentant du CSSS de la Beauce (Cas 1)

R : Un partenaire c'est quelqu'un qui partage une vision commune par rapport à des problèmes bien identifiés, c'est quelqu'un qui accepte de s'engager j'oserais dire formellement pour travailler à résoudre ces problèmes-là, qui met sur la table au besoin des ressources humaines, matérielles, financières, pour le faire, c'est quelqu'un qui participe de façon assidue aux réunions, aux comités qui sont formés pour travailler sur la résolution de ces problèmes-là, et c'est quelqu'un qui accepte aussi de mettre de côté – entre guillemets – des egos, ou son ego, pour faire en sorte qu'il s'établisse des relations de confiance et des relations de travail harmonieuses aussi, parce que ça fait partie des conditions à mon point de vue pour qu'on atteigne les objectifs qu'on s'est fixés au niveau de l'ensemble du groupe. Alors pour moi l'engagement formel est très important, et c'est pour ça que quand j'ai travaillé

à monter le projet d'intervention préventive à la demande du directeur de programme adulte ici au CSSS de Beauce, je lui ai demandé à un moment donné de s'assurer qu'il avait l'adhésion formelle de ses collègues dans les autres CSSS. Et une adhésion formelle pour moi c'est pas un coup de téléphone ou une discussion de corridor, c'est un écrit, et au moment de monter le projet... bien quand il est parti le projet, il y avait des lettres d'appui signées par ses collègues des autres programmes dans les autres CSSS, et moi à la lumière de ça je me suis dit le projet, 1] a des chances d'être accepté, et 2] de se réaliser dans les meilleures conditions, parce que si les directeurs de programme en question s'engagent dès le départ du projet il y a des bonnes chances qu'ils acceptent d'aller plus loin, et à l'intérieur du projet de signer une entente formelle, ce qui s'est produit.

I : Pour vous, un partenaire c'est une personne ou une organisation, ou les deux?

R : Les deux. Un partenaire c'est une organisation, mais en même temps c'est une organisation qui laisse de la latitude à ses intervenants, et si effectivement... parce que si on veut que le projet aboutisse dans les meilleures conditions possibles, bien il faut qu'effectivement les intervenants aient toute la latitude voulue, et ce sont les intervenants terrain à mon point de vue qui font la différence.

I : Et pour vous, dans ce projet particulier, vous étiez comme un partenaire, est-ce que les CSSS des Etchemins c'était un autre partenaire?

R : Oui. Au départ, quand j'ai monté le projet, on a établi que le CSSS de Beauce... on l'a considéré un peu comme l'établissement associé au projet; il y avait l'organisme communautaire qui le portait, mais le CSSS de Beauce, étant plus près du cœur de l'action – parce que la Fédération de l'UPA n'est quand même pas loin ici – bien c'était l'établissement qui au départ devait être le plus ouvert à mettre à contribution les ressources, et les autres organisations, de mon point de vue, étaient des organisations qui étaient en périphérie, donc oui étaient considérés comme des partenaires, mais n'étaient peut-être pas en mesure d'être aussi près des centres de décision par rapport à ça. Il reste que le comité d'actions concertées qui a été formé a fait en sorte que les intervenants des autres organisations ont une participation quand même très active à l'intérieur du projet, et c'est des rapports égalitaires.

*Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1-
Cas 4*

I : Mais quand vous dites inter-partenaires, c'est quoi votre unité? Quand vous dites partenaire, c'est quoi les frontières, c'est quoi un partenaire?

R : Bien la SQ, le milieu municipal, le milieu de la santé, le milieu des loisirs, différent...

I : Donc pour vous, des milieux sont des partenaires.

R : Oui.

I : Ce n'est pas des personnes.

R : Bien ils représentent un chapeau; une organisation

I : Mais si vous avez comme deux membres par exemple qui viennent du réseau de la santé, est-ce que c'est deux partenaires ou c'est un partenaire?

R : Ça dépend. Pour une raison ou une autre, j'aurais une nutritionniste [...] qui viendrait parler des bonnes habitudes alimentaires en lien avec l'alcool au volant [...], bien là, ça serait une collègue à moi et qui...

I : OK, donc elle ne représenterait pas un autre partenaire, elle serait comme... C'est ça que j'essaie de voir...

R : Non, la santé et elle va venir faire une rencontre ponctuelle. Oui.

Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale #2 - Cas 1

R : Moi je vois l'intersectoriel comme des partenaires différents qui siègent ensemble, qui travaillent ensemble dans un même but. C'est ça, des partenaires de différentes organisations.

I : Comme par exemple?

R : Bien si on parle du projet de l'UPA avec la Beauce, bien là on a l'UPA, L'Union des producteurs agricoles, avec les CSSS – ça c'est déjà deux partenaires – avec un organisme communautaire qui est Partage au Masculin. Si on parle du projet RÉMI, parce que je travaille en prévention du suicide donc j'en ai fait beaucoup d'activités intersectorielles, le projet RÉMI on va parler des policiers, on va parler... bien les autres ça ressemble aussi au secteur de la santé, mais c'est des entités là, les centres jeunesse et des CLSC ou CSSS, c'est deux choses, le centre d'écoute téléphonique qui est un centre bénévole c'est une autre chose, alors chacun a sa culture, chacun a ses façons de faire, et on s'arrime ensemble.

Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale #2 - Cas 4

I : Alors c'est quoi votre définition d'un secteur ou les frontières, qu'est-ce qui définit un secteur, qui le différencie de l'autre secteur?

R : Savez-vous, moi je pense que c'est en évolution cette affaire-là. En tout cas, ce qui me vient, c'est qu'avant qu'on soit fusionnés en CSSS, on était 5 CLSC différents, où les responsables de la prévention du suicide – on était

chacun... il y avait dans chaque CLSC une ou un responsable de la prévention du suicide, on s'est assis ensemble pour dire : on a des problèmes avec l'Hôtel-Dieu de Lévis qui retourne les personnes suicidaires à domicile sans faire des références au CLSC. Alors les CLSC c'était comme des entités différentes, parce qu'on était dans chacun nos MRC, avec chacun des directeurs, chacun des CA. Là on a été fusionnés en CSSS, et là on devient presque le même secteur finalement, on devient la même entité, mais avant on était vraiment différents.

I : OK, donc pour vous il y aurait comme une similarité, un concept, entre entité et secteur, donc quelque chose qui est une différente entité serait pas mal un différent secteur.

R : Oui je dirais, c'est ça. C'est sûr qu'on peut dire le secteur santé et services sociaux c'est un gros secteur, mais les Centres Jeunesse ils ont leur façon de faire, les organismes communautaires à l'intérieur de la santé et services sociaux ils ont chacun leur façon de faire, leur CA, leurs règles, leur mission. Et avant, chacun des CLSC aussi avait c'est sûr des grandes valeurs, des grands programmes, mais il y avait des particularités, rural, urbain, et tout ça. Là on est tous ensemble, il a fallu déjà s'adapter ensemble à cette nouvelle réalité-là d'avoir un même patron et de travailler ensemble. Mais ç'a été facilitant la fusion, en tout cas dans des CSSS. Mais on avait déjà commencé nous autres, parce qu'on voyait un problème, et on se disait on vit tous le même problème, alors on s'assoit ensemble et on va essayer de le travailler. Le projet RÉMI, si je continue... Mais c'est ça, on est allés chercher des gens de l'Hôtel-Dieu pour s'asseoir avec nous autres, on est allés chercher des policiers, parce qu'eux autres aussi vivaient des problèmes, et on a essayé de connaître nos réalités, avant de vouloir travailler ensemble et de faire quelque chose il fallait qu'on s'apprivoise.

6.4 La différence entre « collaboration » et « action »

Étant donné que les termes « action intersectorielle » et « collaboration intersectorielle » sont utilisés de façon interchangeable dans la littérature spécialisée, j'ai voulu explorer la perspective des acteurs sur le terrain. Un seul récit illustrant la question est ressorti :

« Je vous dirais que c'est deux beaux concepts, c'est bien illustré la différence entre les deux comités, d'une part. Je pense que le comité B pose des actions suite à des collaborations, et je pense que le comité C est né d'actions pour trouver des collaborateurs. Moi je le vois comme ça. Autre chose, pour chacune

des tables, il y a des collaborateurs, des partenaires, appelons-les comme vous voulez, qui posent des actions et il y en a qui n'en posent pas beaucoup ou peu ou pas, mais qui collaborent pareil avec nous parce qu'ils ne posent pas nécessairement des actions, mais ils posent des jugements, des décisions, ce qui fait que ça permet qu'on travaille ensemble pour avancer. Si je vous disais, le directeur d'école dit oui pour tel projet, il ne va pas nécessairement poser une action, il ne viendra pas faire la sensibilisation avec nous; il aurait pu venir faire un coucou, mais c'est pas lui qui va inviter la personne et qui va... mais il va avoir décidé par exemple, ça va avoir un impact majeur parce qu'on aura la permission de le faire. Alors ça c'est deux choses différentes. Alors il peut y avoir des choses qui sont nées d'une collaboration et qui après il se pose des actions, des actions qui naissent et qui amènent des collaborations parce qu'on a besoin de ces collaborateurs-là pour les poser. On a besoin d'alliés. Et en même temps, bien dans un même comité il peut y avoir des gens qui posent des actions et des gens qui sont plus collaborateurs et décideurs. Je pense qu'il y a deux façons de le voir » (*Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- cas 4*).

À partir de cet extrait, et sans vérifier les définitions dans les dictionnaires, le constat qui émerge est la nuance des verbes sous-jacents. Tandis qu'agir impliquerait un verbe d'action, collaborer semble dégager une connotation plus passive. Toutefois, poser un jugement ou prendre une décision représente aussi des actions. Ainsi, poursuivre la recherche sur la séquence entre les deux actes (collaborer en premier, et en suite agir ou vice-versa?) semble un débat plutôt stérile, autant plus qu'il fut possible de constater que les deux termes sont utilisés comme synonymes dans la littérature.

6.5 Le concept d'intégration

Puisque les concepts de partenariat et de collaboration intersectorielle sont aussi reliés à celui d'intégration, la grille d'entrevue incluait l'ensemble de questions suivant : Qu'est-ce que le concept d'intégration signifie pour vous? Comment qualifieriez-vous cette initiative intersectorielle notamment en termes d'intégration? De quelle façon votre approche est-elle intégrée?

Il est important de mentionner qu'au Canada, de façon générale et notamment au Québec et en Ontario, le concept d'intégration dans le secteur de la santé réfère à la coordination de services. Par contre, dans d'autres contextes (en France, par exemple), il se trouve davantage associé au concept de fusion inter organisationnelle. Dans ce dernier cas, l'intégration est souvent perçue comme une menace à la stabilité institutionnelle. Dans le cadre de cette recherche, puisque la coordination des activités semble être une étape incontournable pour actualiser les plans d'action mis en commun entre partenaires, j'ai voulu explorer la définition des acteurs à propos du concept même d'intégration. Trois notions différentes, mais complémentaires ont émergé : l'intégration des personnes à un groupe social, l'intégration des réseaux, et l'intégration des pratiques, ce qui m'a permis de constater qu'il s'agit d'un concept très vaste, à plusieurs volets.

a) Faciliter l'accueil d'une personne au sein d'un groupe, d'une communauté ou d'un système, en réduisant les obstacles pour les nouveaux venus

*Extrait d'entrevue : -Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant
#1- Cas 4*

I : Et dans votre langage, qu'est-ce que c'est le concept d'intégration?

R : Bien c'est de favoriser un travail d'équipe et que la personne se sente concernée par la problématique et si elle est concernée, qu'elle pose des actions. Je veux dire si elle vient s'asseoir à la table pour ne pas discuter, ne pas agir, je pense qu'elle ne demeurera pas longtemps, ne se sentira pas interpellée, ne se sentira pas impliquée. Alors pour moi l'intégration c'est par l'implication d'une cause commune où les gens vont se sentir interpellés et ils vont décider de poser des actions. L'intégration, bien je pense qu'il faut la favoriser par un accueil chaleureux, par des bonnes explications sur ce qu'on fait, ça va permettre d'intégrer la personne au comité et c'est sûr que nous... ces comités-là, c'est des comités avec beaucoup d'humour, je trouve ça plaisant d'y travailler pour ça et les gens quand ils viennent, je pense qu'ils sont un peu charmés par le climat de travail dans les comités. Je pense que ça favorise beaucoup l'intégration (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4).

Extrait d'entrevue : représentant de Partage au Masculin - Cas 1

R : Intégration... Ça dépend de ce qu'on veut intégrer...

I : **Mais de façon générale.**

R : De façon générale, c'est de recevoir une personne ou une entité dans un système, qu'elle en vienne à en faire partie sans perdre son identité propre.

« L'intégration aussi... je peux penser à l'intégration de la clientèle à leur communauté; je vous parlais tantôt de notre formation de base, on veut ça, on doit cibler ces clientèles vulnérables là, donc l'intégration de ces personnes-là à leur milieu de vie » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce, cas 2 et 3).

« Intégration, ça peut être justement l'amalgame de tous ces organismes-là, ça va être au point de vue aussi de l'immigration, l'acceptation des autres dans nos communautés. Parce que dans une vie antérieure j'étais douanier aux services frontaliers canadiens, alors l'intégration, l'immigration, on avait affaire à ça, donc c'était une chose habituelle » (Communication personnelle, ex-maire, cas 2).

b) Intégrer des réseaux

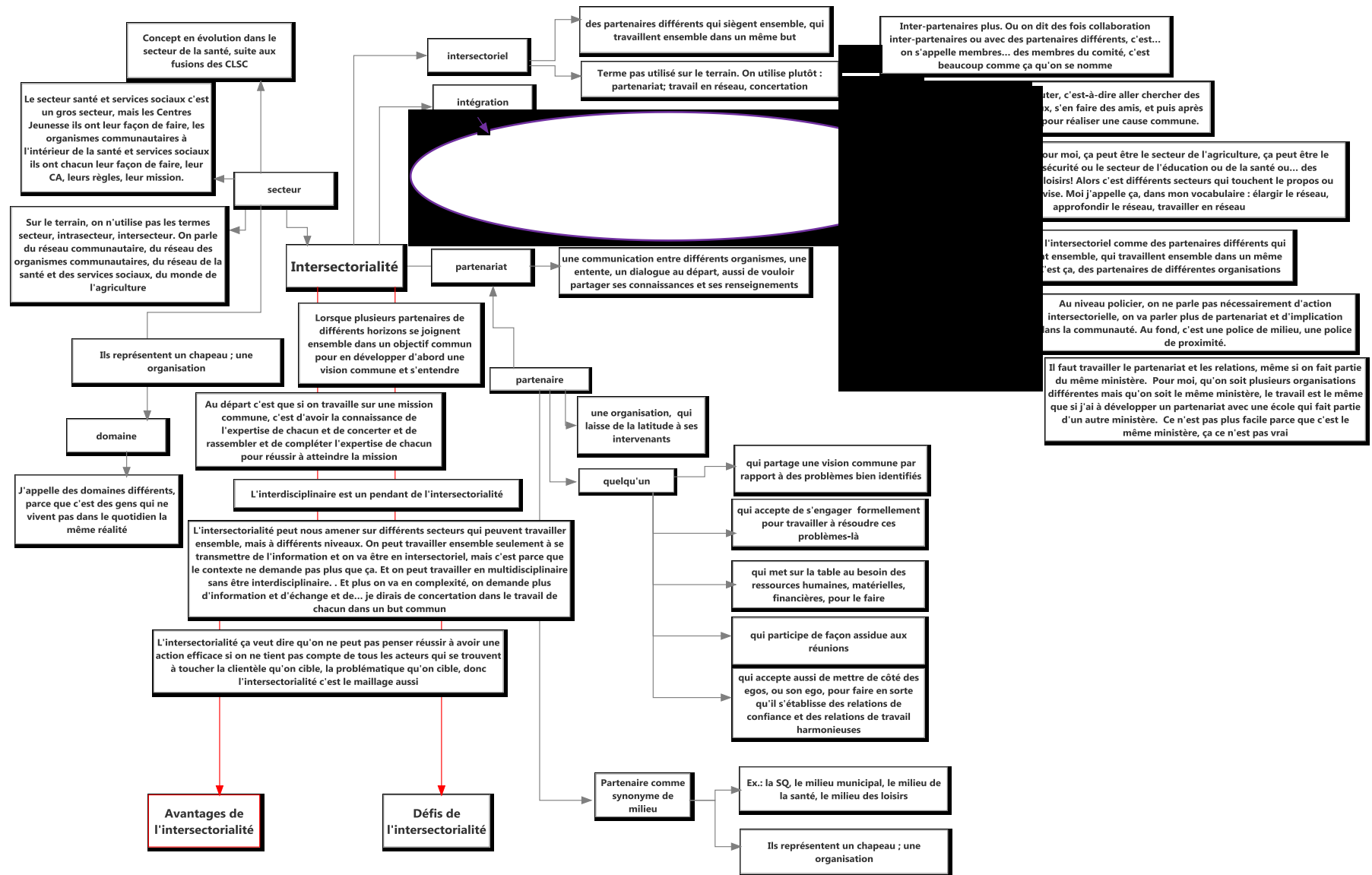
« L'intégration... on peut penser... bien l'intégration des différents réseaux, le réseau de la Santé, le réseau des Affaires municipales... Ça c'est un défi qu'on peut avoir comme organisation, comme CSSS avec notre responsabilité populationnelle entre autres, on doit s'intégrer aux différents réseaux : le réseau des commissions scolaires entre autres, au niveau du réseau de l'Agriculture parce qu'on a des programmes pour les agriculteurs en détresse où le taux de suicide est très élevé chez eux, alors il y a des négos avec l'UPA, il y a des comités de travail avec l'UPA » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce, cas 2 et 3).

c) Intégrer des pratiques

« C'est sûr que si je pense à l'interne, ici au CSSS, l'intégration des pratiques, intégrer la vision communautaire » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce, cas 2 et 3).

Pour résumer les leçons apprises dans cette section portant sur la terminologie utilisée sur le terrain, la figure 8 propose une cartographie de concepts passés en revue (disponible en couleur et en format agrandi à l'annexe M). Le concept d'intersectorialité se trouve en rouge et au centre du diagramme, puisqu'il s'agit du concept de départ de cette étude. Toutefois, son analyse nécessite la compréhension préalable du concept de secteur, qui se trouve quelque part relié à la notion de domaine dans le discours de personnes interviewées. Qu'est-ce qu'un secteur représente aux yeux des intervenants sur le terrain? À ma surprise, il s'avère être un concept flou, en évolution, surtout dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, suite aux récentes réformes. J'ai pu constater que tous les concepts ayant le mot « secteur » dans leur racine (secteur, intersecteur, intrasecteur), même si compris par la plupart des personnes interviewées, ne font pas partie de leur langage courant. Sur le terrain, les mots le plus utilisés pour faire référence au phénomène de l'intersectorialité sont « partenaires » et « partenariat ». Les termes « réseau », « resauter », « concertation » sont aussi utilisés, quoique probablement un peu moins fréquemment. Pourtant, la concertation intersectorielle représente un type particulier de partenariat. En effet, toutes les concertations intersectorielles sont des partenariats, mais pas l'inverse. Il me semble qu'il ne s'agit pas seulement de nuances sémantiques. Est-il possible de dégager les attributs propres aux concertations intersectorielles, ainsi que leurs similarités avec les partenariats intrasectoriels? Je vais essayer de répondre à cette question dans les sections suivantes. Entretemps, pour conclure l'analyse de concepts, soulignons que ce qui se dégage dans le discours des gens sur le terrain est l'importance de réussir à collaborer entre partenaires, provenant par définition des origines différentes. Qu'ils appartiennent au même ou à un autre secteur semblerait secondaire à leurs yeux.

Figure 8 : Le concept d'intersectorialité sur le terrain et ses ramifications



Chapitre 7- Résultats de la phase II – Troisième Partie : Les avantages et les défis de l'intersectorialité en santé

Comme discuté précédemment, la concertation intersectorielle est un type particulier de partenariat. Les acteurs ou institutions partenaires représentent non seulement des organisations différentes, mais aussi de secteurs ou domaines différents, chacun bâti autour de sa propre cosmogonie de valeurs, symboles, langages et logiques internes. L'essence du défi et de l'avantage de ce type de relations se situe précisément dans les différences. C'est la complémentarité des expertises, de connaissances, de ressources, de visions, et de réseaux qui font la force des initiatives intersectorielles, car cette même diversité permet une approche kaléidoscopique dans la définition du problème et la recherche de solutions possibles. En même temps, apprivoiser les différences représente le défi majeur de toute relation sociale, que ce soit au niveau personnel, familial ou professionnel. Les relations intersectorielles n'y échappent pas, et la difficulté de se familiariser et comprendre la réalité d'un autre secteur s'actualise dans tout un éventail de barrières et de défis tant au niveau systémique que dans l'action quotidienne.

7.1 Les avantages de l'intersectorialité

En réalisant l'analyse transversale des quatre initiatives intersectorielles, il fut possible d'identifier cinq avantages principaux de l'approche intersectorielle :

a) La complémentarité des expertises, qui permet de générer plus d'idées dès le départ, car différentes personnes provenant de différents milieux sont impliquées

« C'est parce qu'il y a plus d'idées dans plusieurs têtes au départ »
(Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

« On ne peut pas non plus tout savoir tout seul dans son secteur. On s'aperçoit que la personne est multiple, a plusieurs dimensions et si on ne répond qu'à une dimension, bien on manque quelque chose, alors que si on est relié, je pense qu'on risque d'être plus efficaces envers les gens à qui on s'adresse »
(Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, Cas 1).

« Un des avantages en tout cas c'est de rassembler des expertises, ça c'est très intéressant. Par exemple avec l'UPA, le fait de travailler avec l'UPA ça fait en sorte qu'il y a des langages qu'on doit utiliser et d'autres qu'on ne doit pas utiliser auprès des producteurs, alors là on apprend plus sur notre clientèle cible quand on travaille en partenariat. Dans les formulaires de transmission de l'information, on a nommé quelques faits que les policiers peuvent entourer, alors là on parle le même langage » (Communication personnelle - Travailleuse sociale #2 - Cas 1).

b) Le partage de ressources (temps, argent, matériaux, information, incluant le réseau de contacts)

« C'est parce qu'il y a plus d'idées dans plusieurs têtes au départ, une meilleure concertation au niveau de l'information, le réseau de contacts que ça peut faire. [...] Et on partage dans les coûts, on partage dans le temps, on peut mandater quelqu'un pour s'occuper de tel ou tel dossier, donc on récupère un peu de temps pour soi-même ou pour aller à d'autres activités. Mais l'information... les gens sont tous branchés un peu partout, il y a des contacts ici, contacts là : as-tu vu telle subvention qui est sortie, tel programme? – Non – Va voir. C'est là justement qu'on fait le partage » (Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

« Les avantages c'est que ça donne plus de possibilités. Nous autres comme centre de santé, on est capables d'être des leviers, mais on n'a pas d'argent, et si on veut démarrer des projets on n'a pas le choix de travailler en intersectoriel avec des partenaires qui eux ont des budgets pour le faire, donc c'est un gros avantage évidemment » (Communication personnelle – Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce - cas 2 et 3).

c) Une meilleure coordination des actions, grâce à la concertation de l'information et au développement des outils communs de planification et de suivi

« ... je vous parlais au début de cette période un peu de flottement, là à partir du moment où il y a eu un plan d'action qui a été mis sur la table, qui a été établi de façon claire, quelles sont nos clientèles cibles, quelles actions est-ce qu'on détermine pour chacune de ces clientèles-là, et que tout le monde a convenu de son plan d'action, là il y a eu un changement » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches- cas 4).

d) Un meilleur impact sur les cibles d'action

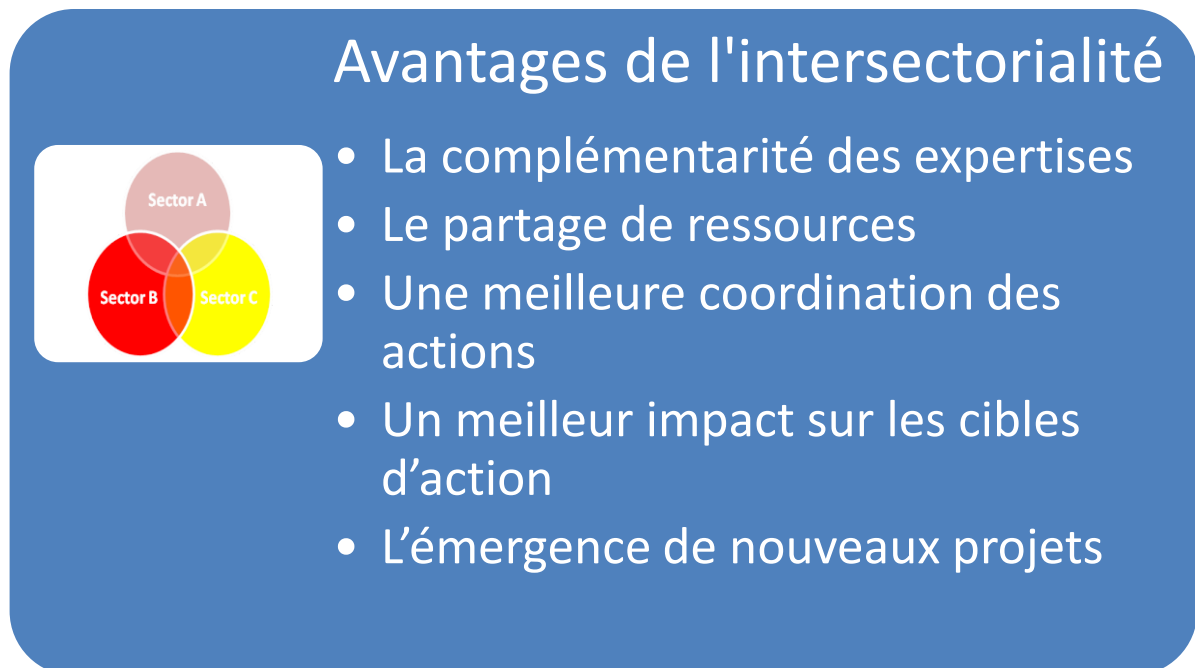
« Bien l'avantage [d'avoir un groupe de travail intersectoriel pour aborder cette initiative de prévention de l'alcool au volant] c'est qu'on a comme des tentacules, on entre partout. On est partout. [...] alors, chacun des acteurs peut aller poser des actions après dans son milieu » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4).

e) L'émergence de nouveaux projets qui découlent des rapports créés et du développement du réseau de contacts

« Des fois en développant un projet il nous arrive des idées pour un 2e, on se relie à un autre organisme pour en faire 2 en même temps; alors c'est l'outil indispensable le réseau de contacts, d'avoir de la discussion, de la concertation, des partenariats » (Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

Pour compléter cette discussion sur les avantages des initiatives intersectorielles en santé, la figure 9 résume les éléments discutés.

Figure 9 : Les avantages des initiatives intersectorielles en santé



7.2 Les défis de l'intersectorialité et ses barrières

L'analyse transversale des constats qui se dégagent des quatre études de cas m'a permis d'identifier une série de barrières ou défis que j'ai choisi de regrouper en grandes familles ou catégories. Même si ce découpage semble arbitraire, il constitue une première approximation pour comprendre un phénomène assez complexe comme celui de l'action intersectorielle. Ainsi, il paraît pertinent de proposer quatre grandes catégories de facteurs :

- A. Les défis systémiques découlant de l'approche traditionnelle par silo (MACRO)
- B. Les défis systémiques associés à la variable temps (MACRO)
- C. Les défis de processus en lien avec les infrastructures requises (MÉSO)
- D. Les défis de processus en lien avec les mécanismes de concertation privilégiée (MICRO)

Tandis que les défis appartenant aux trois dernières catégories sembleraient communs à tout partenariat interinstitutionnel, que ce soit intra ou intersectoriel, il est plausible d'avancer que seulement les facteurs appartenant à la première catégorie seraient propres à l'action intersectorielle. Nous allons commencer la discussion par ceux-ci.

7.2.1 Les défis systémiques découlant de l'approche traditionnelle par silo (MACRO)

Dans cette catégorie on y retrouve toutes les limites qui émergent de la vision compartementalisée que la logique par silo amène, soit :

1. La difficulté à appréhender la complexité de la problématique
2. Le besoin de sortir de sa zone de confort :
 - a. Le choc entre cultures et le besoin d'arrimer de visions, de perceptions et des langages différents
 - b. La nécessité de réévaluer sa propre échelle de priorités
 - c. Le découpage territorial suivant la logique des silos
 - d. Les structures administratives non équivalentes entre les silos
3. La rivalité intrasecteur pour les ressources
4. Le manque de concertation interministérielle pour appuyer les concertations qui se font au niveau local
5. L'abus de l'approche intersectorielle

7.2.1.1 La difficulté à appréhender la complexité de la problématique

Il semblerait avoir un consensus sur le fait que l'approche intersectorielle est la stratégie privilégiée pour faire face à des problématiques complexes, qui ne peuvent pas être résolues par un secteur tout seul :

« Et il faut l'avoir la connaissance de chacun aussi et savoir autant les avenues, autant les possibilités que les limites de chacun, et ce qui nous permet à partir de là de comprendre qu'on peut chacun avoir une lecture qui peut être différente, mais qui mises ensemble peuvent joindre le but. Et que là on va vraiment faire un travail intersectoriel commun pour se compléter, parce que la problématique est plus complexe et demande d'avoir cette lecture-là et cette compréhension-là »
(Communication personnelle - Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant - cas 4)

En effet, la nature et la complexité du problème furent déjà identifiées par d'autres auteurs comme étant une condition facilitant l'action intersectorielle (Chomik, 2007). Pourtant, selon moi, c'est cette même complexité qui rend la tâche difficile, et qui est finalement perçue comme un défi majeur par les acteurs. Dans la première étude de cas, la raison d'être du projet était la prévention du suicide et la réduction de la détresse psychologique chez les agriculteurs. Pour atteindre ce but, il fallait habiliter les intervenants à traiter les demandes, mais aussi, et surtout, à encourager les agriculteurs à en faire. Objectif ambitieux, nécessitant la création des ponts et des liens de confiance entre deux mondes très différents, entre lesquelles y avait-il en partant, de la méfiance et des perceptions erronées :

Extrait d'entrevue : représentant de Partage au Masculin - Cas 1

R : L'autre obstacle qu'on avait, bien c'était la réticence des agriculteurs eux-mêmes à nous recevoir et à nous parler : Si je parle à ces gens-là, je vais avoir l'air de quelqu'un qui a des problèmes.

I : **Absolument... donc le contenu finalement de votre projet, c'était un obstacle.**

R : Oui, oui, l'idée même de rejoindre les agriculteurs pour faire... finalement on dit que c'est en prévention du suicide, mais c'est la promotion d'une bonne santé mentale qu'on faisait là. Oui, oui, ils n'aiment pas ça se faire dire ça.

I : **Est-ce que vous avez aussi changé votre discours en cours de route, parce qu'il me semble que le mot suicide, vous l'avez comme...**

R : Oui, on a arrêté... oui, ça, ça fait longtemps qu'on arrêté de parler de suicide, parce que c'est une barrière; c'était une barrière au départ et moi, j'ai toujours pensé que les gens qui se suicident c'est quand même une minorité et il y a beaucoup de gens qui souffrent qui n'iront peut-être jamais dans le processus suicidaire, mais qui ont besoin de savoir qu'on se préoccupe d'eux, qu'on se préoccupe... pas tout le temps du sommet de la chute, qu'on soit en amont. Et on a arrêté de parler de suicide, on a parlé de promotion de la demande d'aide, on a parlé de détresse psychologique, on avait un bel outil avec un tableau sur lequel on collait des choses, des difficultés : le porc se vend mal, difficultés dans la famille, les enfants ont de la misère à l'école, le banquier vient d'appeler, et là bien on arrivait à la détresse psychologique. Et là on avait un autre carton qui faisait... c'était écrit : Demandez de l'aide.

La nature du problème fait donc appel à une approche intersectorielle, tout en lui posant un gros défi, de par sa propre complexité.

7.2.1.2 Le besoin de sortir de sa zone de confort

Comme discuté précédemment, l'essence du défi et de l'avantage de relations intersectorielles se situe précisément dans les différences entre les secteurs. À l'instar des cultures organisationnelles, il est possible d'imaginer la coexistence de mondes parallèles, soit de cultures sectorielles, chacune bâtie autour de ses propres valeurs, priorités, expertises, langages et même son propre territoire d'action. Sortir de sa propre zone de confort représente un défi majeur, et nous allons voir ici les différents volets que cela comporte :

a) Le choc entre cultures et le besoin d'arrimer de visions, de perceptions et des langages différents

Le choc culturel se fait ressentir dès les premières rencontres entre partenaires originaires de différents secteurs, chacun apportant à la table de discussion ses valeurs, ses perceptions, ses priorités et toute une culture qui lui sont propres et qui se reflètent souvent dans son langage et son comportement.

« Donc c'est sûr qu'il y a des chocs de culture, là; mais il y avait des intervenants d'autres établissements qui sont le produit du réseau de la santé pur et dur, qui n'avaient jamais connu la vie agricole ou la vie dans un petit village ou sur la terre – moi je l'ai connue alors j'étais dans un monde connu –, mais mes consœurs et confrères c'était pas toujours vrai, donc des fois eux ils volaient à des niveaux assez hauts dans les nuages, alors que les gens de l'UPA qui

étaient là étaient pas mal au ras du terrain eux. [...] des fois, t'as des gens qui sont sur le terrain des vaches comme on dit, et t'as des gens qui pellètent des nuages en haut; il faut se rejoindre en quelque part, des fois il faut ramener l'un et l'autre à l'ordre aussi » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins, cas 1).

Dans le cadre de ce cas, la première étape à franchir pour les membres du comité était justement de se connaître et de mieux comprendre la culture de l'autre, car la différence était très marquée entre le réseau socio sanitaire et le secteur communautaire d'un côté, et le secteur agricole de l'autre. Il a même été décidé de développer un glossaire des termes pour bien comprendre le discours du partenaire. Par la suite, le comité a jugé que cette différence « interculturelle » était précisément une barrière majeure entre agriculteurs et intervenants, et ils ont bâti un plan d'action en conséquence, dans le but d'améliorer les connaissances et modifier les perceptions des intervenants du réseau vis-à-vis les agriculteurs, et vice-versa. À titre d'exemple, les propos de deux personnes rencontrées illustrent bien l'importance de la formation donnée au tout début du projet aux intervenants du réseau socio sanitaire, dans le but, entre autres, d'apporter un éclairage pouvant moduler les préjugés que ces derniers avaient a priori par rapport aux agriculteurs :

« Au niveau d'abattre des préjugés [Mme X], quand elle commence sa journée de formation, elle va au tableau et elle dit aux gens je vais dire un mot et je veux que vous me disiez spontanément ce qui vous passe par la tête. Et là elle a écrit : Agriculture. Et tous les préjugés sont sortis. Ça, ç'a été un choc! Des gens qui sont riches, qui se plaignent tout le temps, qui font chanter les gouvernements, qui n'ont aucun souci de l'environnement, qui sont en train de détruire la nature... hé... tac-tac-tac... elle, elle le savait que c'était ça. Bien moi j'ai été surpris en maudit de voir ça » (Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, cas 1).

« Oui, on a visé les agriculteurs, l'entourage et le réseau, donc le réseau, c'est de sensibiliser les intervenants ici à l'interne, les gens de l'accueil social pour dire : quand c'est un agriculteur, voici les caractéristiques de ces gens-là par rapport à d'autres, ils ont des caractéristiques dominantes, il faut en tenir compte dans vos interventions; c'est des gens très fiers, des gens autonomes, des gens qui se confient très peu à des gens qui ne sont pas de leur secteur d'activité. Donc on a même formé nos intervenants à connaître au moins toutes les abréviations, quand on dit UPA, il faut que tu saches que c'est l'Union des producteurs agricoles, quand tu parles des syndicats de base, il faut que tu saches c'est quoi

un syndicat de base, parce que lui va t'en parler. Alors on a formé nos intervenants pour que quand l'agriculteur leur parle de ses choses ils comprennent au moins; déjà si elle sait ce que c'est l'intervenante, le cultivateur dit : au moins elle me comprend, elle connaît mes affaires. Et on les a formés, on les a informés des situations agricoles des différents secteurs agricoles, le porc en particulier, c'est un secteur très à risque, ça va très mal depuis des années, ces gens-là sont presque tous sur le bord de la faillite, alors c'est sûr qu'ils ont une sensibilité, on les a sensibilisés aux réalités de ces producteurs-là en particulier. Dans le bœuf c'est un autre problème, dans le lait c'est autre chose » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins, cas 1).

Un dernier exemple, provenant cette fois-ci de la quatrième étude de cas, confirme le besoin d'investir du temps pour apprivoiser la réalité et le langage des partenaires qui opèrent dans de domaines tout à fait différents des nôtres :

« Le désavantage c'est le défi de rallier ces gens-là et en comité d'avoir une vision commune, mais ça se fait quand même assez bien. Des fois ça demande discussion, d'arriver à un langage commun. Je vais juste vous donner un exemple du côté de Lotbinière, moi j'ai contacté la commission scolaire pour voir ce qui se faisait et tout ça et ils m'ont appris qu'ils utilisaient un document pour trois cours qui étaient touchés [...] Alors je regarde cet outil-là et tout et je ramène cette discussion-là en comité en disant j'ai découvert cet outil-là, c'est super, vous allez pouvoir l'utiliser avec vos enseignants dans les écoles et juste de nommer cet outil-là et de la façon que ça redescend dans les écoles, on n'avait pas le même langage. Moi j'appelais ça un projet éducatif, eux autres disaient non, c'est une situation d'apprentissage. Alors ç'a été un défi d'arrimer nos pensées avec le concret sur le terrain. Alors c'était le langage qui était différent, alors on a eu une bonne discussion là-dessus, mais j'ai fini par comprendre, ça m'a pris un peu de temps, alors c'est le type de défi qui nous guette, d'avoir une vision commune aussi » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1).

b) La nécessité de réévaluer sa propre échelle de priorités

Dès le début de la concertation intersectorielle et confrontés au choc interculturel que cette même concertation génère, gestionnaires et intervenants doivent réévaluer leurs priorités pour s'ajuster précisément à une réalité qui leur était jusqu'à là inconnue. Le projet de prévention de la détresse

psychologique auprès des agriculteurs offre un excellent exemple à ce sujet. Traditionnellement, les CSSS offrent des services et des rendez-vous entre 8 ou 9 heures le matin, et 16 h ou 17 heures l'après-midi. Or, c'est connu, cet horaire ne convient pas à tous, notamment aux agriculteurs qui sont occupés de façon très intensive pendant le jour avec leur bétail et qui n'ont pas en partant le réflexe d'aller consulter pour eux-mêmes auprès des services socio sanitaires. Ils appelleront le vétérinaire si le besoin se fait sentir, car leurs animaux passent en premier. Et le vétérinaire va se déplacer pour visiter la ferme. Toutefois, les intervenants du secteur sociosanitaire, de leur côté, ne se déplacent que rarement, car dans le modèle hospitalo-centriste traditionnel c'est le client qui se déplace. Dans le cadre de ce projet, il fallait renverser la vapeur et modifier les protocoles, de façon à permettre aux intervenants d'agir rapidement, et se déplacer à la ferme au besoin, pour anticiper les besoins de cette clientèle particulière, laquelle semble les exprimer difficilement par elle-même :

« Par exemple, ici dans les accueils sociaux des établissements, la centrale où entrent les appels, c'est sûr que si c'est un agriculteur, la consigne est plus de dire vous allez vous déplacer, et ça devient une urgence, parce qu'on sait que quand ils font un appel – ils n'en font pas souvent –, mais quand ils en font c'est parce qu'il est moins 2, même moins 1. C'est sérieux. Alors souvent les gens vont dire pouvez-vous vous déplacer ici, pouvez-vous venir rencontrer quelqu'un, on pourrait vous donner rendez-vous la semaine prochaine. Ce qu'on dit nous c'est non, quand c'est ça on se déplace, et là, là. [...] (l'intervenant) se déplace pour d'autres types de clientèles aussi, selon l'évaluation. Mais, ce qu'on disait à nos intervenants, c'est d'emblée, quand c'est un agriculteur, allumez une lumière supplémentaire en lui disant oui, je suis disponible à y aller » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins, cas 1).

c) Le découpage territorial suivant la logique des silos

Un constat majeur réalisé au cours de cette recherche sur l'intersectorialité, est que chaque secteur établit ses frontières administratives selon ses propres besoins, et souvent reflétant une évolution historique. Concrètement, chaque secteur, que ce soit l'éducation (les commissions scolaires), le secteur municipal (les administrations municipales, et leurs regroupements, c'est à dire les municipalités régionales de comté ou MRC), le secteur sociosanitaire (les CSSS), ou le secteur agricole (les syndicats agricoles et la Fédération de l'Union de producteurs agricoles ou UPA) a

chacun un territoire d'action bien circonscrit, lequel coïncide rarement avec le découpage administratif des autres secteurs. Il est possible de voir de pans de populations qui se retrouvent, par exemple, sous la responsabilité d'un secteur scolaire différent du reste de la MRC. À l'heure d'identifier les partenaires à inviter dans une table de concertation intersectorielle, le manque d'harmonisation de territoires s'ajoute à la multiplicité de secteurs potentiellement concernés, ce qui augmente le nombre d'interlocuteurs à inclure dans le dialogue :

« Quand j'ai monté le projet, moi ma première préoccupation avant de dire on va aller chercher des adhésions d'autres établissements, ç'a été personnellement de me faire une idée très concrète du territoire de la Fédération de l'UPA de façon à pouvoir vraiment voir où est-ce que les établissements étaient interpellés et à quel degré. Au départ, pour moi, circonscrire le terrain de jeu, le territoire d'intervention, c'était majeur » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1).

« Alors pour ce qui est de notre CSSS, ça ramassait tout le territoire, c'est pour ça qu'on parlait d'établissement associé parce qu'il était interpellé partout, alors que les autres CSSS, des fois c'était peut-être une portion importante, des fois peut être la majeure, dans d'autres cas c'était moins important [...] Donc tout ça a permis de faire cette démonstration-là en partant, de prouver aussi à la Fédération qu'on voulait effectivement bien connaître le territoire sur lequel on irait travailler avec eux autres, et en même temps pour eux autres de nous dire regardez là, il y en a des syndicats, c'est du monde ça, et des fermes... » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1).

Pour complexifier la situation, le réseau sociosanitaire du Québec a amorcé dès 2004 une reconfiguration profonde, ayant un impact majeur sur le découpage territorial et la transformation du rôle des acteurs. Il est possible de croire que cette nouvelle réforme du réseau sociosanitaire a pu générer de la confusion additionnelle dans le processus d'identification de partenaires potentiels requis dans une démarche intersectorielle :

« ... en 2004, il y a eu la fusion des établissements, j'étais intervenant communautaire alors, le territoire du CSLC Beauce-Sartigan se limitait à la MRC Beauce-Sartigan, il s'est agrandi avec la fusion. Alors dans le passé je pense que la Fédération de l'UPA, qui couvre un vaste territoire, avait peut-être une méconnaissance ou peut-être aussi une appréhension par rapport à ce que chaque CLSC pourrait faire tellement il y en avait de CLSC sur le territoire. Est-

ce qu'ils ont bien compris aussi tout ce que les fusions impliquaient? »
(Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1)

Finalement, il est intéressant de constater que chaque secteur fonctionne selon une logique interne qui lui est propre, ce qui se reflète dans l'information offerte au public dans leurs sites internet respectifs. Dans le cadre de cette étude, des données cartographiques provenant du secteur socio sanitaire, du secteur éducation, du secteur agricole, et du secteur municipal ont été recherchées dans les sites internet respectifs. Des découpages territoriaux détaillés pour la région de Chaudière-Appalaches ne sont pas disponibles pour certains secteurs, ce qui porterait à croire que la délimitation du territoire d'action ne représente pas un enjeu majeur à l'interne de chaque secteur, car cela ferait partie du bagage de connaissances de base des acteurs qui y œuvrent. En comparant les cartes produites par différents secteurs, quand elles sont disponibles, on constate que les frontières des unités administratives qui les composent sont presque toujours divergentes (voir annexes de l'étude de cas 1).

d) Les structures administratives non équivalentes entre les silos

Au fil des années, toujours pour de raisons historiques, chaque secteur s'est doté de structures administratives répondant à leur propre logique interne, mais qui n'ont pas nécessairement de niveaux comparables dans les autres secteurs. Par exemple, pour le secteur sociosanitaire, le territoire d'un CSSS est la plus petite unité administrative en termes d'allocation des ressources. Par ailleurs, dans le secteur municipal, le découpage et l'allocation de ressources répondent à une logique différente, chaque municipalité étant la plus petite unité administrative et se retrouvant souvent en compétition de ressources avec les municipalités avoisinantes faisant partie de la même MRC. Dans ce contexte administratif, il est facile de visualiser différentes logiques verticales, en termes de hiérarchie et gouvernance, mais aussi horizontales, en termes de réseaux et partenariats potentiels. C'est notamment sur le terrain que cette discordance est plus évidente, comme résumé dans le tableau 4.

Tableau 5 : Comparaison des structures administratives

	Secteur de la santé et des services sociaux	Secteur municipal
Niveau macro ou provincial	Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT)
Niveau méso ou régional	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudières- Appalaches	Conférence régionale des élus (CRÉ) de Chaudière-Appalaches
Niveau sous-régional	CSSS de Beauce (disposant d'un budget pour l'ensemble de la sous-région comprenant deux MRC (MRC Robert-Cliche et MRC Beauce-Sartigan)	Municipalité régionale de comté (MRC) de Beauce-Sartigan
Niveau micro ou local		16 municipalités, disposant chacune de leur propre budget

Deux défis pour l'action intersectorielle découlent de cette situation. En premier, la concertation devra se faire entre partenaires de niveaux non équivalents, et même en impliquant de représentants de différents niveaux à une même table de concertation (par exemple, les représentants du CSSS de Beauce siégeant avec plusieurs maires, et éventuellement avec le représentant de la MRC de Beauce-Sartigan aussi, comme dans l'étude de cas n° 4). En deuxième, la rivalité pour les ressources intrasecteur risque de nuire au dialogue. Cet aspect sera abordé plus en détail dans la section suivante.

7.2.1.3 La rivalité intrasecteur pour les ressources

La compétition intrasecteur semble être omniprésente. C'est la lutte pour la survie organisationnelle qu'on peut retrouver entre organisations avec mandats similaires, qui compétitionnent entre elles, pour la clientèle, pour le territoire. En associant des représentants d'un même secteur à une table de concertation intersectorielle, il y a un double défi à considérer qui semble propre à ce type particulier de partenariat : il faut savoir créer des ponts intersecteur tout en conciliant les sensibilités intrasector. La rivalité intrasecteur se trouve à l'intérieur du secteur de la

santé et des services sociaux, du secteur de l'éducation, des services policiers, entre les municipalités, etc., comme illustré dans les exemples suivants :

Exemples dans le secteur municipal

« C'est ce qui manque aussi au niveau des municipalités peut-être, il y a moins de contacts, il y a peut-être une rivalité quelconque... [...] Entre les municipalités, oui. Parce qu'on a tous le même but, le même objectif, on est tous en période de survie et on essaie de sortir le meilleur de notre jeu de cartes, alors nos informations on les garde et on ne le dit pas aux autres et c'est peut-être un manque, c'est peut-être un concept qu'on devrait changer au niveau des municipalités » (Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

« Les ego. On en a eu, des maires, ici, quand on est arrivés pour choisir où les millions allaient en premier : ils voulaient se tuer! Hey! j'ai dit... un coup de poing sur la table. Paf! Là j'ai dit : il y a une mission que j'ai ici, moi, c'est la sécurité routière et c'est les humains. Vous êtes en train de vous entredéchirer pour savoir qui va avoir les millions? J'ai dit : vous êtes ici pourquoi vous autres? Vous n'avez pas compris? J'ai dit : si vous voulez vous entredéchirer, bye-bye! J'ai dit : moi je donne mon temps, je donne mon argent, et je pourrais les donner à mes enfants et à ma famille? Et vous autres vous trouvez le tour de vous chicaner et vous êtes des maires et des leaders? J'ai dit : j'ai mon colisse de voyage! [SILENCE 5 SECONDES] J'ai dit : êtes-vous d'accord qu'on est ici pour la sécurité et sauver des vies? Êtes-vous d'accord avec ça? Oui, oui, oui, oui, oui! Bien j'ai dit : ça va être le seul critère qui va déterminer si vous avez des millions ou pas et qui est le premier. On va demander à la Sûreté du Québec de nous sortir les statistiques, et là où il y a le plus de morts et de blessés et d'accidents, c'est là qu'on va commencer. Y en a-tu un qui n'est pas d'accord avec ça? Que... que... que.... L'ego » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – Cas 4).

Exemple dans le secteur de la santé et des services sociaux

« Je pense que c'est pire à l'intérieur des mêmes ministères, parce que là présentement il y a des mandats, entre autres pour le CRDP [Centre Régional de Réadaptation physique], ils ne font plus de réadaptation 1^e ligne, ils ont envoyé ça aux CSSS, mais pas de budget, alors nous autres il faut qu'on développe une 1^{re} ligne en réadaptation, alors on est hyper fragile, et eux autres disent : ah, c'est à vous autres de les prendre, ce n'est plus notre mandat.

Pourtant on est sous le même ministère et là faut qu'on négocie avec eux autres, il n'y a personne en haut qui fait le suivi de ça avec le gros bon sens, pourtant on a les mêmes parents là. Alors c'est pour ça que moi je trouve ça plus facile de travailler avec des partenaires en intersectoriel, parce qu'on a nos mandats, on essaie de... on rejoint la même clientèle, malgré qu'avec le CRDP aussi, mais on est peut-être moins à cheval sur des structures; ça peut-tu être ça... [...] Moins à cheval, moins préoccupés par des structures, et c'est peut-être plus axé sur des relations et on fait dans l'informel, c'est peut-être ça qui fait que c'est plus facile. Je n'ai pas la réponse, mais en tout cas ce n'est pas plus facile... » (Communication personnelle – Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce - cas 2 et 3).

Extrait d'entrevue : Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce -- cas 2 et 3

I : Par contre Cuisine et compagnie, ç'a été plus difficile parce qu'il a fallu que je négocie serré avec l'Agence pour avoir fond de tiroir de l'Agence – parce que tout le monde veut des fonds de tiroir de l'Agence.

I : **Surtout en fin d'année financière!**

R : C'est ça! Ce qui a été le plus dur ç'a été avec mon propre ministère.

I : **Ah oui?**

R : Bien oui, c'est pas avec les autres ministères, ç'a été avec mon propre ministère.

I : **Oui, mais pas pour le principe, c'est juste du point de vue financier que ç'a été difficile.**

R : C'est ça.

Exemple dans le secteur policier

« Cependant, c'est tous des décideurs, donc c'est tous des leaders et donc à un moment donné, ils ont l'habitude de prendre le dossier et d'aller par en avant. Alors ce que ça fait c'est que tout le monde tire un peu chacun dans sa direction et juste avant que j'embarque en scène, la rencontre d'avant, ce qu'elle me disait : ç'a brassé, ç'a été mouvementé et là il y avait des tensions... écoutez, vous aviez autour de cette table-là entre autres les corps policiers, ça veut dire autant la Sûreté du Québec que la Sûreté municipale. Je ne sais pas si vous êtes au fait, mais... [...] il y a comme une petite rivalité, je ne sais pas si on peut dire ça comme ça – pas rivalité –, mais en tout cas c'est pas... c'est deux organisations distinctes et ils ne s'en vont pas main dans la main dans tous les dossiers. Quand il y en a un qui vient dans la juridiction de l'un ou de l'autre, il peut y avoir des petites frictions – pas de dire qu'ils sont en opposition, mais bon – et ce que je peux vous dire c'est que là, la collaboration, elle était

exceptionnelle. Ça c'est un signe, ç'a été un signe entre autres du niveau de concertation qu'a pu atteindre cette table-là, c'est que vraiment ces deux corps policiers là étaient en collaboration de façon... » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - cas 4)

Exemple dans le secteur de l'éducation

« Mais je vous dirais que la première année je l'ai trouvée très difficile parce que j'avais tout le climat à installer. Il fallait comme enlever un peu... juste d'assoir deux directions d'écoles qui se compétitionnent, voyez-vous? C'était tout un défi. On est la seule table dans [nom de la MRC] qui assoit les deux directrices d'écoles à sa table. Alors c'était un défi en soi. Juste ce bout-là... » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4).

7.2.1.4 Le manque de concertation interministérielle pour appuyer les concertations qui se font au niveau local

Les quatre études de cas analysées dans le cadre de cette recherche représentent des expériences intersectorielles réussies. Dans les quatre cas, l'étincelle originale est partie de la base, au niveau local ou sous-régional. Des instances supérieures (de niveau méso ou macro) furent intégrées par la suite. Le programme de cuisines collectives diffère légèrement des autres trois initiatives, dans le sens où le modèle local a cherché à s'imbriquer rapidement dans une structure de programme davantage verticale, financée par *Santé l'action/Québec en Forme*. Cette imbrication était nécessaire pour garantir la pérennité du modèle local, mais elle a nécessité des ajustements importants dus précisément à la confrontation entre la logique ascendante et la logique descendante. Ces constats amènent à se questionner sur le rôle des instances supérieures dans l'action intersectorielle. D'un côté, il semblerait que les acteurs locaux sont plus sensibles que les instances supérieures aux réalités du terrain, et plus enclins à développer des initiatives intersectorielles. D'un autre côté, leur marge de manœuvre est restreinte, ce qui limite la durée des projets et leur impact.

Une des intervenantes interviewées a toutefois élaboré sur cette question et son discours met l'emphasis sur l'importance d'embrasser l'approche intersectorielle à tous les niveaux, et

notamment la responsabilité des instances supérieures à donner le ton. Selon cette vision, il faudrait que les orientations viennent d'en haut pour que les changements soient durables :

Extrait d'entrevue – Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce - cas 2 et 3

R : Oui, et tous ces projets-là ça m'amène à une réflexion peut-être un peu plus macro. Comme nous, quand à l'Agence on travaille, bon, il faut faire du développement des communautés, on a une approche populationnelle, mais ça, pour faire ça il faut le travailler avec les autres ministères, il ne faut pas le travailler juste entre nous autres à l'Agence avec le réseau de la santé. Pour moi c'est une évidence, mais je pense que ce n'est pas tous les ministères qui sont rendus à ça, mais pour moi il faudrait être assis avec des gens du MELS, du ministère des Affaires municipales, différents ministères clés, et commencer des collaborations. On le fait avec le MELS déjà, on a des comités MELS-MSSS où on travaille...

I : MELS c'est le Ministère de l'Éducation?

R : Oui, de l'Éducation du Loisir et des Sports, MELS, et le Ministère de la Santé et des Services sociaux, on travaille déjà ensemble sur des comités, et ça donne lieu à de belles collaborations. Mais je pense qu'avec les autres ministères, entre autres le Ministère des Affaires municipales, avec notre responsabilité populationnelle, et avec notre approche en développement des communautés qu'on veut prendre, je pense qu'il faut qu'on se colle à ce ministère-là.

I : C'est ça, c'est que pour moi ce n'est pas évident, peut-être que qu'en faisant tout ce questionnaire ça va m'aider à clarifier. Vous dites on se colle à ce ministère, à quel niveau, ici ou là? Vous voyez, c'est une logique ascendante ou descendante, ce n'est pas évident.

R : Bien moi je pense que ça, il faut que ça parte d'en haut et que ça descende. Si on veut que ça dure, parce que si on le concerte juste à la base c'est bien, on va faire des belles affaires, mais on ne pourra peut-être pas aller aussi loin qu'on voudrait dans le changement de pratiques ou dans des choses comme ça, on va rester sur du ponctuel, sur des projets. Comme on a fait là, c'est bien, mais si on veut quelque chose de plus durable, moi je pense qu'il faut que ça parte d'en haut. Et il faut que les différents ministères se parlent. Quand moi je parle du développement des communautés, le Ministère des Affaires municipales en fait, mais peut-être qu'ils ne l'appellent même pas de même, et on fait peut-être la même affaire; comme moi et [l'agente de développement rural] dont je vous parlais tantôt, moi comme organisatrice communautaire dans mon ancien travail et elle comme agente rurale, on fait exactement le même travail, mais moi je fais du développement avec le chapeau

de la Santé, et elle, elle fait du développement avec le chapeau des Affaires municipales.

I : Ce qui n'est pas incompatible.

R : Bien non, au contraire, c'est très compatible, et il faut qu'on travaille ensemble. Et on a commencé localement, et même régionalement à travailler ensemble, où est-ce qu'on se donne des rendez-vous les agents ruraux et les organisateurs communautaires, et qu'on se parle de notre pratique et de ce qu'on fait comme projets de développement dans nos milieux, et comment on peut s'arrimer.

7.2.1.5 L'abus de l'approche intersectorielle

Un autre défi qui guette le développement de l'action intersectorielle est celui de savoir résister à l'effet de pendule. Les organisations, habituées depuis de décennies au travail en silo, se lancent maintenant dans les modèles intersectoriels tous azimuts, tels qu'une panacée, pouvant offrir le remède à tous nos maux de société. Pourtant, d'un côté, pas tous les problèmes ne requièrent une approche concertée :

« ... c'est de comprendre aussi à ce niveau-là que... quel type de concertation intersectorielle est la plus efficace selon la problématique visée et selon l'objectif et selon la mission. Parce que c'est pas tous les types de collaborations intersectorielles qui peuvent s'appliquer à toutes les problématiques ou à tous les besoins ou à toutes les situations ou à tous les contextes. Donc c'est quelles... et comprendre c'est quoi et comprendre comment ça peut se faire, donc connaître et quelle est la plus appropriée parce que si on part d'emblée de façon très large, et qu'on va dans un contexte interdisciplinaire, intersectoriel, est-ce que toutes les situations requièrent ça? Non. Parce que justement, d'emblée c'est comme partir avec... il faut tous s'en aller vers là. Et là, c'est parti. Non, non, non. Il faut prendre un pas de recul et réfléchir et réfléchir et réfléchir à voir vraiment c'est quoi la meilleure approche qu'il faut mettre en place et comment la mettre en place. Et ça, ce n'est pas rien. Mais c'est prendre le temps de ralentir pour regarder comme il faut où on s'en va et comment on veut y aller et c'est quoi qu'on veut atteindre »
(Communication personnelle - Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant, cas 4)

D'un autre côté, même quand l'intersectorialité est pertinente, soutenir un niveau élevé et diversifié de concertations peut s'avérer exigeant pour certains partenaires, notamment ceux qui se

font solliciter fréquemment pour se joindre à une panoplie de tables de travail différentes. Prioriser, et trouver le bon dosage entre intersectorialité et intrasectorialité est un défi majeur à l'heure actuelle, puisque les infrastructures institutionnelles et leurs modes d'opération sont davantage conçus pour soutenir l'approche en silo traditionnel.

Extrait d'entrevue : Ex-coordonnateur du regroupement 1 (Cas 4)

R₁ : ... mais l'intersectoriel est en même temps devenu une panacée, comme on dit il faut travailler en intersectoriel, moi j'ai vu des effets négatifs... bien négatifs, c'est que tout a dû devenir intersectoriel

I : Est-ce que c'est pertinent, ça?

R₁ : Bien c'est que lorsque vous sollicitez trop les mêmes partenaires sur une multitude de comités, le partenaire en question devient à un moment donné saturé, débordé et il peut venir de reculs, à votre fameux comité. Et à ce moment-là, ce n'est plus efficace. On perd de l'implication. [...] ils peuvent être tous là, et être inefficaces. [...] Ils doivent être tous là et ils doivent être efficaces et donc je ne sais pas comment on peut en venir à prioriser un comité par rapport à un autre, c'est très délicat. Mais il y en a beaucoup. Il y a beaucoup beaucoup beaucoup d'intersectorialité. Comment on... il faut qu'il y ait des priorisations.

I : Et c'est dans les derniers deux ans ou dans les derniers cinq ans que c'est devenu la panacée, l'intersectorialité?

R₁ : Bien... au début de la table, il y a eu comme... je trouve que ç'a été le début aussi...

I : Je parle en général, dans l'Agence...

R₁ : Ah... bien écoutez, nous on sollicite beaucoup les partenaires, donc ça serait plus aux partenaires d'entendre dire que... comme par exemple, le milieu scolaire, c'est la porte d'entrée pour tellement de problématiques au niveau des jeunes! À un moment donné les professeurs disent : regarde, on a tant d'heures de cours, on a tant d'heures... il y a des créneaux à l'intérieur desquels on peut passer une information, mais vous savez que vous avez un temps maximum d'attention qu'on peut avoir d'un élève, qui est encore plus court auprès d'un aîné. Il faut tenir compte de ça. Et en ce moment, moi j'ai des actions que je fais au niveau de la prévention des chutes, on dit : hé! Ça serait l'occasion de parler de ça, de ça, de ça! Une multitude de problématiques, toutes pertinentes, mais moi le problème que je vois, je dis : là, le temps d'attention à un moment donné, il est déjà... je le perds, au bout d'une heure de capsule, il n'est plus là; qu'est-ce que je fais avec ça? Je n'ai pas la réponse, mais il y a une difficulté de pouvoir fonctionner dans tous les secteurs en même temps en étant en intersectoriel.

7.2.2 Les défis systémiques associés à la variable temps (MACRO) et communs à tout partenariat interinstitutionnel

Parmi les défis au niveau macro, il est possible de faire une distinction entre ceux qui semblent propres aux partenariats intersectoriels, et qui exigent de contourner la logique des silos, et ceux qui sembleraient communs à tous les types de partenariat. Dans cette dernière catégorie, deux défis en relation avec la variable temps ont émergé : le roulement des acteurs (*turn-over*) et le groupe d'âge des acteurs impliqués.

7.2.2.1 Le roulement des acteurs

La stabilité des personnes dans leurs fonctions assure la mémoire institutionnelle. Le suivi des actions est facilité et les liens de confiance deviennent solides. Au contraire, le roulement du personnel qui caractérise les temps modernes représente un défi pour tous les acteurs concernés : les nouveaux arrivés requièrent souvent de l'encadrement et la formation, et cela prend un certain temps pour rebâtir des relations de confiance. En effet, les chercheurs ayant étudié les partenariats font ressortir le rôle des aspects relationnels : la qualité des relations, incluant le respect mutuel et la reconnaissance des expertises réciproques même lors de divergences de points de vue, ainsi que la connaissance dynamique des acteurs du milieu, des organismes et des établissements (Panet-Raymond, 1991; Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003; Harris et coll., 1995). Mais comme le changement est devenu la norme, les acteurs apprennent à s'adapter :

« Là j'ai parlé de quelle clientèle, c'est comme aller rencontrer les conseils municipaux et reparler avec eux autres au niveau de ce qui peut se faire dans chaque municipalité. On est encore à travailler avec ça aussi, parce que... pourquoi? Parce que les conseils, les maires changent, il faut rappeler aussi depuis 15 ans qu'est-ce qu'on fait et comment ils se sont engagés aussi; juste rappeler; juste renforcer leur intérêt, etc. » (Communication personnelle - Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant, cas 4).

« Donc j'en suis à mon 4e maire en 12 ans. Fait que oui je collabore avec mon maire, mais étant donné que ça fait 12 ans que je suis ici les maires me connaissent tous, fait que je travaille aussi avec d'autres maires d'autres municipalités » (Communication personnelle - Agent de la Sûreté du Québec, cas 4).

Extrait d'entrevue : Agent de la Sûreté du Québec

I : Qu'est-ce que vous voyez que sont les éléments qui aident à ce qu'il y ait davantage de développement communautaire, d'intégration communautaire, de travail en réseau?

R : La stabilité du personnel en place; quand c'est les mêmes personnes qui restent en place c'est aidant; quand on change d'intervenants à tous les 7-8 mois, c'est vraiment pas aidant, mais ça on doit vivre avec, autant nous que le CSSS, c'est du mouvement de personnel continu. De mon côté ça va bien, ça fait 12 ans que je suis ici, à venir jusqu'à date j'ai pas encore l'intention de changer de place, fait que ça fait une bonne stabilité. Au niveau de l'Alcool au volant [la coordonnatrice] est là depuis le début, ça va assez bien; au niveau de la santé mentale je suis rendu à ma 2^e intervenante et elle va... je vais avoir ma 3^e là. En prévention du suicide j'ai eu 3 intervenants aussi, fait que c'est plus dur de créer des liens, c'est plus dur d'attacher des choses; là la première est revenue, parce qu'elle était partie en mission humanitaire, fait que ça paraît, ça fait une différence. Parce que c'est les liens qui sont durs à développer aussi, fait que quand t'es obligé de recommencer à zéro à toutes les fois c'est difficile.

7.2.2.2 L'âge des intervenants

En analysant les réponses obtenues, il est possible d'émettre l'hypothèse indiquant que plus les gens sont âgés, moins ils sont ouverts au travail en réseau. De l'autre côté, les jeunes adultes, même si réceptifs au réseautage, n'auraient pas le temps de s'impliquer bénévolement dans des activités visant le bien commun. Cette hypothèse demeure à être validée par de recherches plus approfondies sur cette question.

Extrait d'entrevue : Ex-maire, cas 2

R : Plus les personnes sont aînées, sont plus vieux, les décideurs, ils restent avec des vieux concepts, la nouveauté ils ne sont pas intéressés, le partage, le partenariat, la communication... ils ne sont pas intéressés, ils sont encore à la petite gestion normale d'une municipalité, des chiffres, des budgets, et c'est encadré, et après ça c'est fini. Les gens ne se plaignent pas, alors tout va bien. Alors on évolue avec l'âge... malheureusement je prends de l'âge moi aussi, mais quand même [rire]

I : Pensez-vous que les jeunes sont plus portés au partenariat?

R : Oui, oui. Sauf que les jeunes à l'heure actuelle ont trop de travail, ils ont trop de... ils élèvent leur famille, ils ont les sports des enfants, les activités des

enfants, les activités de la maison, l'époux, l'épouse travaillent, alors ils manquent de temps pour s'occuper des choses municipales et s'intéresser à la politique municipale. Mais assez souvent ils vont participer à des comités. Hier soir justement j'avais 4 personnes autour de la table... 5 personnes, il y avait 3 mères de famille là-dedans avec des jeunes enfants, il y avait le directeur de l'école et un ancien des échevins, et ces gens-là étaient disponibles; on organise le 50e anniversaire de l'école et ils vont faire partie du comité. On finit toujours par trouver un petit peu de temps ici et là, mais ce n'est pas facile. Mais le concept vieillot de certaines MRC a fait qu'il n'y a pas d'évolution. Mais ça change.

7.2.3 Les défis de processus en lien avec les infrastructures requises (MÉSO)

Avant de nous concentrer sur les processus de concertation micro, il semble exister un niveau méso qui confère l'infrastructure de base aux concertations. Ce sont essentiellement les ressources (humaines, matérielles, financières, etc.) mises à disposition, mais aussi les structures d'autorité décisionnelle, incluant la définition du rôle des acteurs. Nous allons aborder ce dernier aspect en premier, pour en suite discuter de la question de ressources.

7.2.3.1 Les rôles mal définis et les hiérarchies dysfonctionnelles

Selon le Bureau d'intervention en matière de harcèlement (BIMH) de l'Université de Montréal, les rôles mal définis, les hiérarchies dysfonctionnelles et les contraintes géographiques régissent les conflits d'ordre structurel, lesquelles « peuvent prendre forme lorsque les parties négocient sur la base du point de vue économique et des ressources dont elles détiennent le contrôle » (Voir *Les conflits et leur typologie*, en annexe de l'étude de cas 3). Dans le cadre du projet de cuisines collectives (cas 3), et notamment suite à la phase de démarrage, il semblerait que la multiplicité d'intervenants, de niveaux et des secteurs sans le niveau de concertation qui s'imposait, aurait conduit à des hiérarchies dysfonctionnelles et à un chevauchement de rôles, sans nécessairement de la complémentarité entre les acteurs. Cette situation a provoqué un sentiment de frustration, ressenti dans le propos de la chargée de projet :

Extrait d'entrevue : Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action, cas 3

I : Maintenant le penchant, c'est quoi les barrières, les contraintes?

R : Bien c'est ça, c'est quand le partenariat, ça devient plus... ça risque de ressembler à une tour de Babel plus qu'autre chose, ce qu'on appelle en québécois

trop de chefs, trop peu d'Indiens, alors c'est ça. Alors c'est ça, ce qu'on dit en bon beauceron, quand il y a quelqu'un qui tire la couvarte de son bord! [rire] quand il y a quelqu'un qui tire la couverte de son côté [rires]

I : **Je commence à avoir mon cours de beauceron!**

R : La fermeture, la définition de nos rôles si ça n'a pas été précisé, si...

Dans le cadre de cette étude, il est difficile de conclure que ce serait la fermeture des acteurs qui aurait conduit à la situation identifiée dans notre troisième étude de cas, puisqu'il ne s'agit pas d'une étude longitudinale qui aurait permis de suivre l'évolution de la situation dans le temps. De plus, pas tous les acteurs impliqués tout au long de l'initiative n'ont pu être consultés. En revanche, il est plausible de croire que les parties prenantes n'ont pas investi le temps et l'énergie requis pour développer un partenariat efficace.

7.2.3.2 Les ressources

Il semble clair que la question de ressources est incontournable. Dans sa revue de littérature de 2007, Chomik avait déjà fait ressortir la disponibilité de ressources comme étant une barrière aux actions intersectorielles (Chomik, 2007). D'autres auteurs ont aussi priorisé la question de ressources dans leurs modèles d'analyse des coalitions et des collaborations intersectorielles (Dick, 2002; Gamson, 1961b; Harris, Wise, Hawe, Finlay, & Nutbeam, 1995; O'Neill et al., 1997). Par ailleurs, c'est précisément le fait que les acteurs reconnaissent leur incapacité de se prévaloir de toutes les ressources requises pour mener à terme de projets qui les pousse à s'investir dans des partenariats. Comme discuté précédemment, le partage de ressources (temps, argent, matériaux, information, etc.) donne plus de possibilités et est perçu par les acteurs comme l'un des avantages de la concertation. Trois types de ressources seront analysés de façon plus approfondie : l'argent (le financement), les ressources humaines et le partage d'information.

a) Le financement

Parmi tous les types de ressources, les ressources financières ressortent comme un atout ou, à l'inverse, une limite majeure au développement de projets, que ce soient intra ou intersectoriels :

Extrait d'entrevue : Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce – Cas 2 et 3

I : [...] **le côté barrières?**

R : Bien c'est le financement, l'argent c'est le nerf de la guerre; sans argent c'est sûr que c'est difficile de démarrer des projets comme ça, alors il faut être stratégique dans la façon dont on va ficeler le projet et qu'on va aller chercher le financement. C'est sûr que le fait que je connaisse le gars d'Emploi-Québec ç'a facilité la chose [...]. Donc ça, ces relations-là, ça aide à avoir du financement. Mais le financement reste toujours un enjeu majeur, surtout pour quelqu'un qui est dans un centre de santé où on n'en a pas pour faire ça.

Comme déjà souligné, il ressort de cette analyse que les acteurs se perçoivent davantage en compétition pour les ressources intrasectorielles, tout en minimisant les difficultés à accéder aux ressources d'autres secteurs. Cette situation a été mise en évidence par l'exemple des relations intermunicipales à l'intérieur d'une même MRC et par la rivalité entre le CSSS et le Centre régional de réadaptation physique, deux organisations qui puisent dans le budget de l'Agence de la Santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. En effet, tandis qu'au niveau intersectoriel, les acteurs perçoivent comme un atout l'opportunité de mettre en commun les ressources (humaines, financières, informationnelles), au niveau intrasectoriel c'est le phénomène inverse qui se présente. Les « membres de la même famille » sont conscients de l'existence d'un budget unique pour tous les membres. Chacun cherche donc à tirer son épingle du jeu, quitte à pénaliser son « frère » ou sa « sœur ». À l'opposé, les « mariages » (à court ou long terme) entre membres de familles différents offrent aux partenariats une opportunité de s'enrichir, en puisant dans les ressources d'autrui.

b) Les ressources humaines

Les individus sont les artisans de toute relation humaine, incluant les partenariats intra ou intersectoriels. En analysant les divers récits concernant les défis des initiatives intersectorielles étudiées, trois éléments en lien avec les ressources humaines sont ressortis : le manque de support et souvent même d'encadrement dont disposent les participants à une table de concertation, leur motivation, surtout s'il s'agit de délégués mandatés par leurs supérieurs, et le manque de temps, qui est sans doute la ressource la plus rare dans nos milieux professionnels contemporains :

b.1 Le manque de support et d'encadrement

« Si l'organisation délègue une personne sans lui donner le temps ou les outils pour le faire. Donc oui, je mets quelqu'un là parce qu'on m'a demandé de mettre quelqu'un là, mais finalement la ressource n'a pas le temps, la ressource n'a pas le support de son organisation lorsqu'il retourne à l'interne et il essaie de faire bouger les choses, d'amener une action à ce qu'elle se passe, et qu'il se heurte peut-être à un mur bureaucratique ou que les gens à l'intérieur de l'organisation ne sont pas convaincus de cette action-là; par exemple un PDG peut dire, je t'envoie quelqu'un pour aller là, il revient, mais tous ceux qui sont entre le PDG et l'intervenant, eux n'en ont rien à foutre alors là t'es bloqué à tous les niveaux. Ça, ça peut être une embûche. » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – Cas 4)

b.2 La motivation des acteurs

Bien que le modèle *top-down* puisse être avantageux sur certains aspects, il comporte aussi ses désavantages. Les délégués mandatés par leurs supérieurs n'ont pas nécessairement le même niveau de motivation à participer que ceux qui se portent volontaires pour mettre la main à la pâte, notamment les citoyens qui donnent de leur temps bénévolement pour contribuer au bien commun. Le extrait d'entrevue suivant offre une première réflexion sur les liens existants entre la motivation intrinsèque à l'intérieur d'une logique descendante (*top down*), versus ascendante (*bottom up*). D'autres études devraient chercher à approfondir notre compréhension de cette relation.

« Alors j'ai vu par exemple au sein du milieu municipal des gens très impliqués, d'autres un peu moins impliqués ou qui étaient impliqués, mais pas de façon aussi intense que l'autre personne. Donc c'est pas parce qu'on va dire il y a un représentant du monde municipal que c'est acquis. Il faut convaincre chacun des individus, parce que ces personnes-là sont déléguées par leur organisation. Ah oui, on ne peut pas être contre la vertu, prévenir l'alcool au volant, bien sûr. On envoie quelqu'un. Mais là cette personne-là arrive là, elle est sollicitée sur plusieurs comités intersectoriels, parce que maintenant c'est la panacée, alors pourquoi je vais m'impliquer là. Donc lorsqu'elle est accueillie au sein de la table, il y a un travail important de venir expliquer c'est quoi la table; que fait la table; les actions; la pertinence, où en est rendue la table. Donc que l'individu qui arrive de cette organisation-là fasse sien le mandat qui lui a

été donné. Parce que là c'est du top down, c'est une organisation qui délègue quelqu'un. Par rapport à Bellechasse où c'était une mobilisation citoyenne. Ils s'impliquent parce qu'ils le veulent. Il n'y a personne qui leur a dit tu dois aller là. Alors il y a ce bout-là dont il faut tenir compte » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches)

b.3 Le manque de temps

Extrait d'entrevue : Agente de la Sûreté du Québec – cas 4

I : Les barrières, les contraintes à ce travail entre partenaires, selon vous? Et encore une fois, ça peut être pour la prévention de l'alcool au volant, ça peut être par rapport à votre expérience dans les autres tables. Qu'est-ce qui est difficile dans le travail en partenariat?

R : Je dirais qu'il n'y en a pas réellement. Le problème c'est plus un manque de temps de tous, je pense. Tu sais, tout le monde est occupé, tout le monde a son ouvrage, sa famille, et cetera. Je pense que... c'est à un moment donné de tous se réunir à la même table; c'est le temps qui va manquer. C'est pour ça que la façon qu'on a fonctionné cette année, c'est qu'en début d'année on a fixé les rencontres pour l'année au complet, pour pas arriver à... et dans tous les comités ç'a été la même chose... pour ne pas arriver à la dernière minute qu'on dise : bien là il y aurait une réunion la semaine prochaine; moi c'est impossible, mon agenda j'en ai jusqu'en octobre prochain. Donc c'était notre plus grosse contrainte. Plus il y a de partenaires d'impliqués, plus c'est difficile de réunir tout le monde — pas par manque de bonne volonté, pas du tout : c'est le manque de temps et beaucoup de missions à accomplir; c'est juste ça.

Puisque le temps semble être une contrainte majeure, les tâches administratives qui s'ajoutent représentent pour certains un défi supplémentaire :

Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4

I : Quels sont les défis, les obstacles [...] ce qui vient entraver un petit peu votre démarche?

R : Bien en fait, c'est naïf, mais de ma perception à moi, le facteur qui me dérange le plus, ce qui entrave le plus, c'est que je doive produire des

bilans, alors que je suis une journée/semaine et le bilan me prend 7-8 journées à faire; ça me prend 2 mois de mon temps, alors il me reste beaucoup moins de temps pour poser des actions, et moi je suis une personne d'action; ça me dérange de faire ces bilans-là, mais une fois qu'ils sont faits, je suis contente et je travaille avec et ils me sont très utiles. Alors c'est une embûche et c'est un avantage. Ça m'amène à préciser ma pensée, à préciser mes actions, à asseoir mes actions sur ça et dire regarde, parce que j'ai atteint tel objectif, OK, on est prêt à faire autre chose ou ça je ne l'ai pas atteint, je m'en rends compte, et je pousse dessus. Alors ça a ça des avantages et inconvénients.

c) Les ressources informationnelles

Le partage de l'information est l'un des bénéfices anticipés des partenaires. Les connaissances, les expertises, même le réseau de contacts peuvent potentiellement faire l'objet du partage. Toutefois, la barrière de la confidentialité est un obstacle majeur à la mise en commun des informations sur la clientèle et traditionnellement, chaque organisation développe ses propres formulaires, qui reflètent la logique par silo, mais qui ne sont pas nécessairement adaptés pour faciliter la coordination intersectorielle.

Cette situation fut repérée à deux reprises, dans deux cas différents, mais les deux exigeant de concerter l'offre de services à des clientèles vulnérables. Pour l'initiative de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs (cas 1), les partenaires ont fini par développer un formulaire partagé pour faciliter la coordination de services et la gestion de cas. Toutefois, l'élaboration d'un tel outil nécessite des investissements importants en temps et en ressources, lesquels seront probablement perçus par les acteurs comme étant non justifiables quand il s'agit des projets à court terme ou de faible envergure. L'identification des bénéficiaires représente aussi un atout à l'heure de mesurer l'impact des interventions, mais les enjeux de la confidentialité rendent la tâche impossible :

« C'est très dur à évaluer les résultats de tout ça, mais quand on était plus actifs un peu et qu'on faisait la mise en place de tous nos outils – le CD, la petite carte, le pamphlet, l'UPActuelle, les textes – on recevait des appels ici au bureau. J'en ai référé plusieurs... quelques-uns, à peu près une dizaine, au réseau de la santé en tout et partout et ce n'est peut-être probablement pas tout le monde qui se sont manifestés ou qui ont appelé ici au bureau de l'UPA, ils ont peut-être appelé plutôt au niveau des CLSC, étant donné que tout est

confidentiel, à ce moment-là on n'en sait rien. Ce serait le fun que le réseau de la santé, dans leur formulaire, lorsqu'ils reçoivent un client, marquent de quel domaine il est, de l'agriculture ou... [...] pour faire un suivi, parce que pour l'instant, bien c'est sûr que c'est impossible » (Communication personnelle, représentant de l'UPA de la Beauce, cas 1).

Dans le cadre de la quatrième étude de cas, l'Agent de la Sûreté du Québec a illustré en détail le défi posé par la confidentialité, pas seulement dans le cadre du programme de prévention d'alcool au volant (cas 4) mais pour l'ensemble des services policiers offerts en partenariat avec d'autres acteurs locaux :

Extrait d'entrevue : Agent de la Sûreté du Québec – Cas 4

R : Ce qui est nuisant, ça c'est très très très agressant, c'est le fameux problème avec la confidentialité des informations; ça c'est très nuisible, c'est vraiment pas aidant. Je vais parler plus en violence conjugale, en prévention du suicide ou en santé mentale, quand t'as une réunion avec des intervenants et que tu ne peux pas nommer personne, c'est pas utile. Oui tu vas raconter l'événement, tu vas leur demander qu'est-ce qu'on fait avec ça, mais quand tu ne peux pas leur dire c'est qui et où il habite, [...]

I : Et eux non plus.

R : Eux non plus, c'est autant de tous les côtés. Si on intervient en prévention du suicide, on a un protocole d'intervention, donc tous les signataires du protocole... là c'est plus aidant, mais on n'a pas des protocoles dans toutes les tables de concertation.

I : Quand vous avez un protocole, on peut passer à travers la confidentialité?

R : Si on est en mode... s'il y a un risque pour la vie, parce que quand j'intervenais dans le projet [nom de code], il y a une crise suicidaire, bien là je vais pouvoir divulguer de l'information parce qu'il y a une vie en danger, mais si je suis en mode prévention, là je ne peux plus. Fait que quand j'ai des réunions avec toutes les intervenantes en Urgence Détresse, bien si moi ici au poste j'ai l'information de par mes confrères de travail qui ont un individu présentement où ça ne va pas vraiment bien, qu'on craint pour la sécurité des personnes, bien ça serait aidant que je puisse appeler mes intervenantes d'Urgence Détresse pour leur dire : tel individu, si vous avez à intervenir avec, présentement il faudrait qu'on vous assiste parce qu'il commence à être violent. Bien ça je ne peux pas le faire, ça fait que mes intervenantes, si cet individu-là

les appelle parce qu'il a besoin d'aide, bien il va peut-être violent avec eux autres et ils ne le sauront pas.

I : Et si la personne n'appelle pas vos intervenants, la personne n'aura pas d'aide. C'est-à-dire, est-ce que vous pouvez appeler l'intervenante CSSS et dire : il y a cette personne qui a besoin de support maintenant?

R : Oui.

I : Ça oui?

R : Oui, si on est sur les lieux et qu'on intervient on peut faire appel à leurs services.

I : Mais il faut que vous soyez sur les lieux.

R : Oui, pas par téléphone.

I : Si la conjointe...

R : Va falloir qu'il accepte les services.

I : Si le conjoint de la personne vous appelle et vous dit : ma femme est dans telle situation, venez vite, est-ce que là vous pouvez appeler?

R : On va intervenir. On est la 1^e ligne, fait qu'on va intervenir et on va faire appel aux services qu'on a besoin.

I : OK, une fois que vous êtes sur place.

R : Oui.

I : D'accord, c'est seulement une fois que vous êtes sur place que vous pouvez faire appel aux autres.

R : Oui. Là, ce qu'on veut développer avec la table de santé mentale, c'est un protocole d'intervention au niveau des grands utilisateurs de services. Ça n'existe pas nulle part ailleurs au Québec; c'est qu'il y a des individus qui nous monopolisent beaucoup...

I : Pour la police, pour le service policier.

R : Oui, mais souvent quand ils monopolisent la police ils vont aussi monopoliser les services ambulanciers, et ils vont aussi monopoliser les CSSS, sauf qu'on ne le sait pas, entre nous autres on ne se parle pas, donc on ne sait pas si... si moi je suis rendu à 65 appels avec un individu – parce qu'on l'a vécu – et que cet individu-là aussi quand c'est pas avec nous autres il fait affaire avec le CLSC et eux sont rendus à 42 interventions, et le service ambulancier avait 17 transports, mais personne ne se parle, personne ne le sait que cet individu-là monopolise tous les services. Si on avait un protocole d'intervention où quand moi, rendu à 10-12 appels d'un individu j'appellerais mes deux autres services : bien présentement j'ai cet individu-là qui nous monopolise beaucoup pour telle ou telle raison. Bien là eux pourraient me dire : ah, moi aussi, je suis rendu à ça, bien on pourrait se concerter pour essayer de développer une stratégie d'intervention avec cette personne-là pour arrêter qu'il dérange tout le monde, parce que souvent c'est pour rien.

I : Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir un protocole justement pour ce type de problématique là?

R : Il faut le faire. On est à l'élaboration de ça. On essaie.

I : Donc ce n'est pas comme si vous aviez une loi qui vous empêche de le faire, c'est une question de temps.

R : Non, mais il faut l'attacher avec un protocole pour qu'on puisse le faire.

I : OK, du moment que c'est dans un protocole c'est permis finalement de...

R : Bien le protocole va déterminer ce que tout le monde peut faire et comment on peut le faire, et qu'est-ce qu'on peut dire et qu'est-ce qu'on ne peut pas dire.

I : Et qui signe ce protocole-là?

R : Si c'est le poste de la MRC Lotbinière, ça va être mon boss qui va signer, avec l'accord évidemment de la direction de la Sûreté. Ça va être la Sûreté qui va le rédiger aussi.

I : Donc finalement quand il y a une problématique émergente vous pouvez mettre en place un protocole et la régler. Donc c'est une barrière finalement, mais à court terme.

R : Mais c'est un processus qui est long et ardu.

7.2.4 Les défis de processus en lien avec les mécanismes de concertation privilégiée (MICRO)

Les défis du partenariat au niveau de la table de concertation (MICRO) sembleraient se résumer aux quatre « b » : le bon objectif, les bonnes personnes, la bonne ambiance et les bons processus. La question de l'objectif sera abordée plus en détail dans le prochain chapitre portant sur les conditions facilitantes, car c'est précisément l'élément *sine qua non* de l'action intersectorielle. Nous allons nous concentrer ici sur les trois autres « b ». En premier, l'importance d'identifier les bons acteurs pour siéger à la table. Parmi ces acteurs, les coordonnateurs jouent un rôle de pilier, en donnant le ton aux réunions, en créant l'ambiance de travail et en appuyant les processus requis. Tous ces facteurs, si présents, sont évidemment des conditions facilitantes, et ils seront abordés comme tels dans le prochain chapitre. Pour le moment, ils sont brièvement illustrés ici en tant que défis, puisqu'il s'agit des atouts pas nécessairement gagnés d'avance, mais qui doivent être considérés de façon stratégique dès le début des démarches de concertation.

7.2.4.1 Les bonnes personnes : Bien identifier les membres et capitaliser sur leurs atouts

« ... j'avais un autre élément qui me venait... l'expertise. Si la personne qui est déléguée n'est pas la bonne au niveau de l'expertise, elle va être... elle peut être très limitée dans ce qu'elle peut apporter à l'organisation. Alors d'avoir la bonne personne. Je vais amener un exemple comme ça au niveau des intervenants. Il y avait à un moment donné... parce qu'il a eu des actions qui ont dû être faites dans les bars. Vous comprenez que les propriétaires de bars, c'est pas une clientèle usuelle. Ils ne sont pas sur le même horaire et ils n'ont pas la même... c'est une réalité qui parfois... il faut être capable d'aller là et d'aller chercher l'implication d'un propriétaire de bar, qui déjà en partant vend de l'alcool, et lui la perception : est-ce que tu viens m'enlever de la clientèle ou tu viens me dire de vendre moins d'alcool ou... bon. Et il y a des... en tout cas j'ai eu une intervenante entre autres en tête qui... c'était pas sa capacité ou sa force de faire ça. Alors c'est une intervenante, elle est arrivée là et à un moment donné on a mis ça en lumière : est-ce que t'es à l'aise dans cette action-là? Non, elle n'était pas à l'aise dans cette action-là. Alors ce n'était pas son expertise, elle n'était pas à la bonne place. Ça aussi c'est important. On avait une personne qui avait une bonne intention, mais qui n'avait pas la capacité d'aller chercher cette clientèle-là. Alors ces éléments-là, la bonne expertise à la bonne place aussi, c'est important » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – Cas 4).

« Un dernier facteur, c'est l'interaction entre les membres dans l'intersectoriel. Il peut y avoir des réalités qui sont antérieures à la création de la table et il peut y avoir des... pourquoi c'est animosité qui me vient, c'est pas ça que je veux dire... [...] Frictions, c'est ça. Et des rivalités. Et donc le choix des personnes qu'on réunit autour d'une table parfois, on peut décider de ne pas mettre un certain secteur à cause de la dynamique que ça peut créer. Parce que si l'esprit sur la table est négatif, peu importe ce qu'on va y amener, ça va finir en queue de poisson » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – Cas 4).

« Le défi en soi, c'est de maintenir mes membres pour qu'ils se sentent tout interpellés. Par exemple, j'ai ma membre des loisirs de [municipalité M] pour dire quelque chose, qui est peu bavarde dans mes rencontres. Je me dis se sent-elle impliquée? [...] représente-t-elle bien les loisirs, est-ce qu'elle est

représentative? » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1 – Cas 4).

7.2.4.2 La bonne ambiance : Miser sur la dynamique du travail en équipe (équitable, bonne entente, convivialité, échanges, communication)

« C'est le concept aussi qu'il faut être équitable, c'est la bonne entente, la convivialité, l'échange, la communication. C'est le plus dur événement qu'on doit passer au travers » (Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

7.2.4.3 Les bons processus : Maintenir l'intérêt des gens et leur participation

« Le défi je crois que c'est de maintenir l'intérêt, de maintenir les gens autour d'une table et dire là tout le monde soit intéressé, tout le monde a le même but, de ne pas tirer... on appelle ça aussi dans le secteur ici tirer la couverture pour... parce qu'il y a un problème à tirer la couverture aussi, à un moment donné tu viens que tu t'étouffes avec cette couverture-là » (Communication personnelle – Ex-maire - Cas 2).

« Ce que j'ai fait pour la maintenir active et qu'elle continue parce que mon souci c'était que chaque partenaire s'implique et apporte quelque chose, sinon... si t'apportes rien, tu ne te sens pas interpellé, tu ne voudras pas rester au comité » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1 – Cas 4).

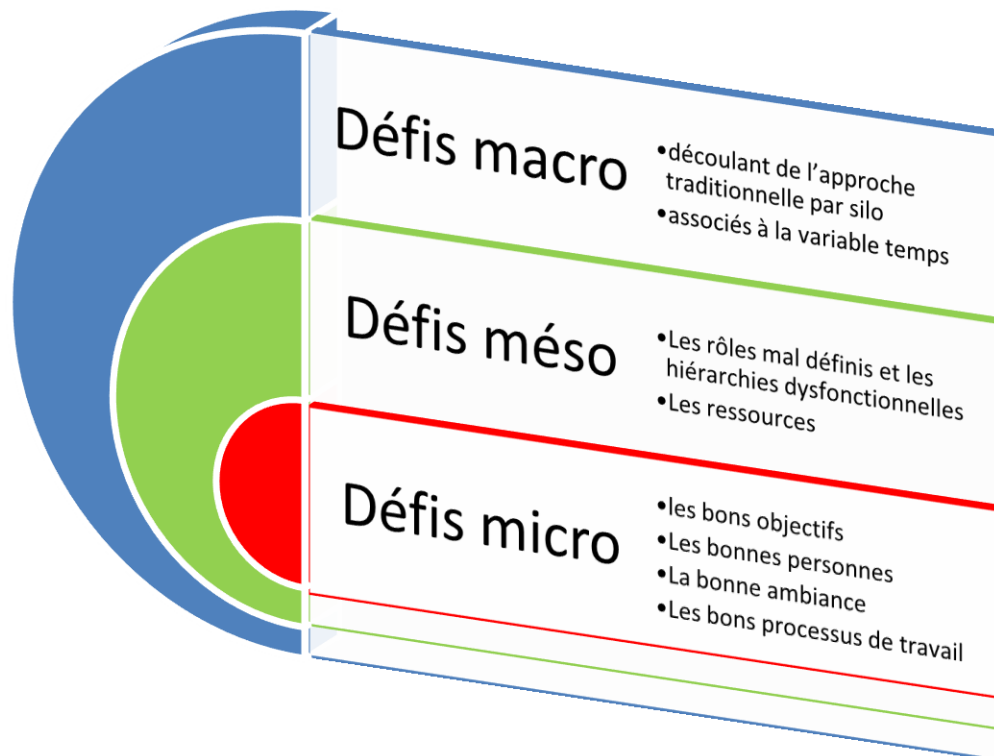
7.2.4.4 Les bons processus : Éviter de tomber dans le piège de l'approche universelle

« Alors vous voyez quand la dynamique on dit qu'elle est différente, les perceptions et la culture est différente. Bellechasse et Lotbinière, c'est très différent. Pour moi le gros défi qui a été de... Bellechasse pour moi, ça faisait longtemps que j'y travaillais, depuis 2003, alors la culture était entrée en moi. Mais dans Lotbinière, la culture de comparaison, ils ne sont pas à l'aise avec ça. Alors dès que je les comparais à Bellechasse, vous vous imaginez, ça sautait bien haut dans les airs. Alors ç'a été beaucoup ça mon défi, de m'imprégner de la culture, de Lotbinière pour arriver à fonctionner ensemble. Mais je sens que ça s'en vient [rire] Je sens que ça s'en vient, je sens un peu plus d'ouverture de leur part à entendre parler de Bellechasse parce que c'est bien sûr que c'est mon quotidien, je ne peux pas faire autrement que d'en parler. Il y a des projets qu'on fait là qui servent là et il y a des projets que eux font, le golf qu'on a fait avec la Chambre de Commerce et notre petit kiosque, c'est officiel que je veux

ramener ça dans Bellechasse et vice-versa; on s'échange des idées comme ça. Alors ç'a été... c'est plus là le défi je vous dirais, de... parce que dans Lotbinière, au niveau culturel c'est qu'il faut que ça vienne d'eux. C'est la couleur locale, c'est vraiment ça qui est important pour eux dans leur façon de décider les choses. Tandis que dans Bellechasse, je ne sais pas, ça coulait, ça allait de soi parce que je l'avais la couleur locale imprégnée en moi » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1 – Cas 4).

Pour compléter cette section sur les défis des initiatives intersectorielles en santé, la figure 10 résume les idées principales. Il semblerait avoir trois niveaux de défis : ceux de la table même, au niveau opérationnel, ceux en lien avec les infrastructures et le support requis par les membres de la table pour opérer, et les défis systémiques ou macro. Tandis qu'il serait plausible de retrouver la plupart de ces défis dans tous les types de partenariats, seulement les défis systémiques découlant de l'approche traditionnelle par silo semblent guetter les partenariats intersectoriels.

Figure 10 : Les défis des initiatives intersectorielles en santé



7.3 Le rôle et la légitimité du secteur de la santé en tant qu'instigateur du partenariat intersectoriel

Comment les autres secteurs perçoivent-ils le rôle du secteur de la santé en tant que leader des tables intersectorielles? Cette question fut abordée lors des entrevues, notamment pour le cas 4, et l'analyse de réponses porte à croire que le secteur de la santé et de services sociaux a acquis sa légitimité en tant que leader de par son expertise dans les questions reliées à la santé:

Extraits d'entrevue : Agent de la Sûreté du Québec

I : *Est-ce que le rôle du CSSS en tant que leader pour ces tables-là est légitime selon vous?*

R : *Oui, oui.*

I : *Et vous sentez que les autres partenaires ne mettent pas en cause leur leadership.*

R : *Non. Non c'est très bien, ils le font bien et ils ont l'expertise pour le faire aussi moi je trouve, non, c'est bien correct.*

Extraits d'entrevue : Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches

I : *... est-ce que c'est légitime, la perception que les autres secteurs ont que ce soit finalement le secteur de la santé qui a le leadership, qui met tous les intervenants terrain, vous voyez? Alors comment est-ce que les autres perçoivent la légitimité que c'est le secteur de la santé qui est en train d'une certaine façon de leader tout le processus?*

R : *Bien s'ils le désiraient, ça n'a pas été imposé. Même qu'ils étaient contents qu'il y ait du budget qui vienne de quelque part pour pouvoir mettre des gens là-dessus de façon... en tout cas à temps partiel, mais qu'il y ait des intervenants qui puissent travailler là. Mais la position des organismes du secteur de la santé n'a jamais été d'avoir la mainmise là-dessus, bien au contraire, souhaitaient l'implication et tout le monde y a passé. À un moment donné, ils souhaitaient au tout début de la table... bon, c'est le travail des policiers, ça, alors c'est les policiers qui devraient... comme l'expression se lancer le singe, alors à un moment donné, c'est le domaine de la santé, et à un moment donné, il y a eu des échanges là-dessus, on a dit écoutez, ça appartient à tout le monde qui est ici et on ne souhaite pas plus... mais pour pouvoir attacher tout ça, entre autres le porte-parole à un moment donné qui était même choisi, qui venait du territoire, c'est que quand on sortait médiatiquement, on souhaitait que ce soit identifié comme c'est les gens de Beauce-Etchemins qui sont impliqués là-dedans, donc les personnes qui étaient... à un moment donné c'était le coroner qui était porte-parole, on souhaitait que ce soit... plus que des gens des comm [unications] qui étaient formés pour ça, mais on ne voulait pas que ce soit comme la SAAQ qui vient parler pour Beauce-Etchemins ou que ce soit le Ministère des Transports... donc il y avait ce désir que les gens... ce lien d'appartenance s'associent à cette table de concertation là pour qu'ils veuillent faire leurs les visées du plan d'action. Quand on dit bon bien là, comme territoire, il faut se prendre en main, il ne faut plus boire et conduire, donc il y avait une modification de comportement; c'est très difficile de modifier les comportements. Donc au*

niveau médias, ils voulaient qu'il y ait ce lien d'appartenance au niveau de la table de concertation. Mais le leadership du secteur de la santé a toujours été d'impliquer les autres partenaires tout au long du processus. Donc ça n'a jamais été quelque chose d'imposé pour tasser les autres et au contraire, à un moment donné, on voulait donner entre autres la place au municipal et le municipal... premièrement il y a beaucoup de petites municipalités qui sont débordées; débordées dans le sens qu'ils ont très peu...

Extraits d'entrevue : Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1

Alors je veux savoir c'est quoi la perception des autres quand justement c'est la santé qui est porteur du dossier ou des fois ça arrive dans certains cas que ce n'est pas la santé qui est porteur du dossier, alors comment ça se passe la dynamique. Ça m'intéresse beaucoup de comprendre ça. Parce que sinon, j'ai l'impression, et encore une fois c'est une hypothèse, qu'il y a une espèce de modèle impérialiste. On a beaucoup de ressources en santé, et on avance. Alors je veux savoir est-ce que notre approche et ça je m'avance un petit peu dans mes résultats [rire] j'anticipe, ça ne veut pas dire que je vais le trouver, mais est-ce que notre approche en santé fait qu'on monopolise un petit peu, on a tendance à diriger un petit peu... vous voyez? Alors je veux comprendre comment est-ce que les autres vivent avec ça et...

R : Bien il y a eu de l'ajustement; quand [nom] est venue nous questionner (pour le projet REMI), les policiers le disent et vous allez pouvoir le lire dans son rapport si jamais vous voulez voir si c'est faisable, si ça coïncide avec ce que vous souhaitez, mais il y a la position des policiers où ils disaient au début on était réticents, on marchait sur des œufs et à un moment donné on s'est dit regarde, on travaille pour la cause et là on a senti une mobilisation qui s'est faite, moi j'étais pas là dès les débuts, mais... et là ils ont dit écoute, on finit par se comprendre, on se dit nos bons coups, nos mauvais coups...

Pour le cas 2, le CSSS se perçoit davantage dans un rôle d'accompagnateur des citoyens qui expriment leurs besoins, plutôt que de moteur de changement :

Extraits d'entrevue : Ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce

I : Très bien, je vois. Et l'autre projet, les cuisines collectives c'est aussi vous, le secteur santé qui a été l'instigateur du projet. Donc dans les 2 cas ça naissait d'ici.

R : Oui.

I : C'est beau. Parce qu'une des questions que je me pose dans ma recherche, c'est comment les autres secteurs perçoivent la légitimité du secteur santé en tant que promoteur de ce genre d'initiatives?

R : Promoteur, mais par exemple pour le parc 0-5 ans, c'est une maman, c'est une citoyenne de [nom de la municipalité]. On est partis des besoins d'une partie de la population de [nom de la municipalité].

I : Vous étiez juste le porte-parole finalement.

R : Bien on a juste accompagné cette maman-là, et on a travaillé le dossier avec monsieur le maire et avec [l'agente de développement rural] du CLD. Et on se connaît aussi.

I : Ça aide!

R : Bien c'est sûr que ça aide.

I : Parce que vous avez un tissage serré de relations au niveau local que ça n'a pas de prix.

R : Bien c'est ça qu'on vit, et c'est ça qui est facilitant dans tous ces projets-là.

Toutefois, les données analysées dans le cadre de ce projet semblent insuffisantes pour tirer des conclusions. En effet, pas toutes les personnes interviewées n'ont élaboré sur cette question, et on peut constater dans les extraits présentés que la plupart de réponses détaillées proviennent des représentants du secteur de la santé et des services sociaux. Même si dans le cadre des quatre études de cas analysées la légitimité du secteur de la santé en tant que leader semble n'être aucunement contestée, une recherche plus approfondie, avec un éventail plus large de partenaires extérieurs au réseau de la santé conduirait à des conclusions plus robustes.

Chapitre 8 - Résultats de la phase II – Quatrième Partie : Les conditions facilitantes

Les conditions facilitant l'intersectorialité en santé

L'analyse des quatre initiatives intersectorielles étudiées a permis de dégager une série de facteurs qui semblent avoir facilité le développement du partenariat et le travail en commun. Plusieurs de ces facteurs sont communs à la majorité de cas, d'autres sembleraient plus spécifiques au contexte ou à la nature de l'initiative même. À l'instar de l'approche utilisée pour discuter des défis, j'ai choisi de regrouper les conditions facilitantes par grandes catégories ou domaines. À la fin de l'exercice de regroupement, sept catégories ont émergé, soit les conditions facilitantes en lien avec :

1. le problème
2. les objectifs
3. les résultats
4. les acteurs
5. les processus opérationnels de la table (MICRO)
6. les infrastructures (MÉSO)
7. le contexte MACRO (système)

Avant d'aborder l'illustration de chacune de ces sept catégories, une mise en garde s'impose. Je crois qu'il faudrait éviter d'utiliser ces catégories comme une liste de vérification d'ingrédients, pouvant garantir la réussite d'un projet intersectoriel en santé. Il se pourrait, d'un côté, que la liste ne soit pas exhaustive, et d'un autre côté que la recette du succès n'exige pas la présence simultanée de l'ensemble d'ingrédients ici analysés. Le but de cette catégorisation n'est pas d'être normatif, sinon de nous guider vers le développement d'un cadre conceptuel de l'action intersectorielle.

8.1 Les conditions facilitantes en lien avec le problème

La perception de l'existence d'un problème sur lequel on vise à agir est le déclencheur du processus d'action intersectorielle en santé, et cela est déjà explicité dans la définition même du terme :

A definition of Intersectoral Action for Health: a recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone (International Conference on Intersectoral Action for Health, 1997, p. 3)

Même dans cette définition on constate que le problème (*the issue*), les objectifs et les résultats escomptés (*the outcomes*) sont trois éléments interreliés. Cependant, nous allons nous concentrer en premier sur les problèmes qui ont été à l'origine des quatre initiatives intersectorielles analysées dans la région de Chaudière-Appalaches.

Selon le modèle de fenêtres d'opportunité de Kingdon, une condition ne devient un problème qu'au moment où l'on pense qu'on devrait y remédier (Kingdon, 1984). Donc, il faut en premier que la situation existe, et en deuxième qu'elle soit perçue comme étant modifiable. Par ailleurs, et toujours selon Kingdon, la visibilité d'un problème serait déterminée par trois mécanismes : les indicateurs, les événements (*focussing events*) et la rétroaction, par exemple, les résultats d'un sondage ou une évaluation (Ravinet, 2006). Selon moi, susciter la rétroaction et être à l'écoute des besoins exprimés ferait aussi partie du mécanisme de rétroaction. Dans ce sens, l'importance de partir des besoins exprimés par les gens est un aspect majeur qui est ressorti explicitement dans les cas 2 et 3 :

Cas 2

« Le projet du parc, ç'a émergé d'un besoin issu des familles. Même si on a provoqué un petit peu le rassemblement de ces familles-là, ce n'est pas le CSSS qui a décidé que ça prenait un parc à [nom de la municipalité], c'est les mères ensemble qui ont dit : nous autres on voudrait ça, ça nous manque, on n'a pas ça. Donc ça, je pense que c'est la force des projets. Et la philosophie autour de ces projets-là il faut que ça vienne des communautés; le projet de cuisine collective, si on était arrivé avec quelque chose de très, très cannée – quand je dis cannée, très, très structurée – je ne suis pas sûre que ça aurait eu autant d'impact, les gens

ne se le seraient probablement pas approprié autant. Alors moi je pense que c'est cette souplesse-là d'adaptabilité aux besoins des citoyens du milieu... quand tu pars de la base t'as bien plus de chances de réussite, et... » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce).

« Et pour une municipalité c'est plus facile et plus rentable de faire ce que les gens veulent que d'imposer nos visions, parce que j'aurais pu faire un parc, un immense parc, investir 70 000 \$ et ça n'aurait pas fait l'affaire des enfants de 0-5 ans parce que les jeux seraient peut-être non-conformes à la réglementation pour ces jeunes-là et ainsi de suite. Alors on leur a demandé qu'est-ce que vous voulez avoir comme jeux, choisissez-les dans le catalogue, on va se faire faire un prix et on les achète » (Communication personnelle, ex-maire).

Cas 3

« ... le projet Cuisine et Compagnie; ce projet-là ç'a parti d'un besoin où nos jeunes mères enceintes ne pouvaient pas se rendre à l'organisme communautaire qui donnait les cuisines collectives parce que ce n'était pas adapté pour elles [...] ce n'était pas ajusté, pas adapté du tout, et moi ça faisait plusieurs fois que ça retentissait sur mon bureau ces commentaires-là, j'ai dit là ça va faire, on fait quelque chose. [...] Donc on a focussé sur les besoins non répondus et on a monté un projet » (Communication personnelle, ex — organisatrice communautaire au CSSS de Beauce).

Le tableau 5 illustre sommairement les trois mécanismes ayant donné de la visibilité aux quatre problèmes. Chacun fut discuté plus en détail dans le cadre des études de cas spécifiques. Puisque le premier et surtout le quatrième cas ont été des projets de plus grande envergure par rapport au deuxième et troisième cas, la coexistence des trois mécanismes n'est pas surprenante.

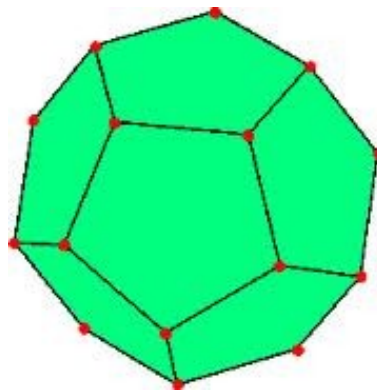
Tableau 6 : Mécanismes ayant donné de la visibilité au problème, par cas

	Cas 1 Agriculteurs	Cas 2 Parc de jeu	Cas 3 Cuisines	Cas 4 Alcool au volant
les indicateurs	« 5.7 % des producteurs agricoles ont pensé sérieusement à mettre fin à leurs jours au cours des douze derniers mois comparativement à 3.9 % dans la population québécoise » (Lafleur et Allard, 2006, p. iv).	Aucun parc de jeu adapté pour les enfants de 0-6 ans dans la municipalité	Un « inventaire », ou évaluation de la situation de regroupements de cuisines collectives existante lors du démarrage du projet	La région de Chaudière-Appalaches se situait au second rang en ce qui concerne les taux pour les conducteurs décédés, testés et ayant de l'alcool dans le sang pour la période 1992-1996 (Larose, 2001) + Le bilan statistique et l'analyse de la sécurité de l'axe 277/173
les événements (focussing events)	Tenue du Colloque sur la santé rurale organisé par l'Union de producteurs agricoles (UPA) en février 2007, et notamment le discours du président de l'UPA invitant le réseau de la santé à intervenir en adaptant son offre de services aux besoins des agriculteurs.			Une série d'accidents de la route tragiques et fortement médiatisés en 1997-1998
la rétroaction	Résultats de l'enquête sur la santé psychologique des producteurs agricoles du Québec parus en 2006	<i>c'est les mères ensemble qui ont dit : nous autres on voudrait ça</i>	<i>ça faisait plusieurs fois que ça retentissait sur mon bureau ces commentaires-là</i>	<i>sondage auprès des personnes mobilisées pour définir clientèles prioritaires</i>

8.2 Les conditions facilitantes en lien avec les objectifs

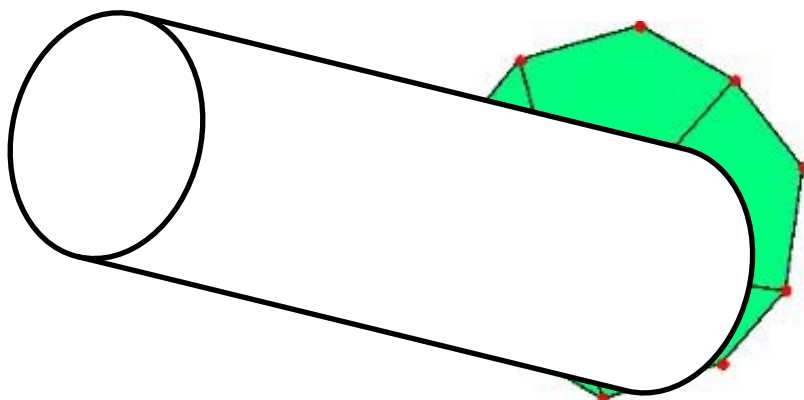
Comme nous avons discuté dans la section portant sur les défis, pas tous les problèmes ne méritent d'être abordés de façon intersectorielle. Mais les problèmes qui demandent une action concertée intersectorielle sont, par nature, complexes. Comme la définition de l'action intersectorielle en santé l'exprime, le secteur de la santé ne peut pas atteindre, à lui seul, les résultats escomptés. Le problème peut être représenté par la métaphore du polyèdre, tel qu'un cube ou un prisme, avec différentes facettes, comme illustré dans la figure 11.

Figure 11 : Le problème complexe et ses multiples facettes



Souvent, aucun secteur ne peut saisir ou même percevoir à lui seul toutes les facettes à la fois; la complémentarité d'une diversité d'expertises est requise pour s'y attaquer. Ensemble, la compréhension du problème s'élargit, et ensemble, les partenaires identifient un objectif commun. Ce dernier peut difficilement inclure toutes les facettes de la problématique, mais il représente un bon compromis comme angle d'attaque. Dans la Figure 12, l'objectif est représenté par une lunette d'approche qui permet de cerner une vision commune, en tenant compte de certaines facettes du problème.

Figure 12 : L'objectif commun autour d'une problématique complexe



Maintenant, quelles sont les caractéristiques de l'objectif qui se démarquent comme étant des éléments qui facilitent le processus de concertation intersectorielle? Trois en sont ressorties à partir de cette recherche. En premier, que l'objectif soit commun, en deuxième, qu'il soit noble et en troisième, qu'il soit précis. Nous allons illustrer ces trois caractéristiques à travers des propos des personnes interviewées :

Avoir une cause commune...

Extrait d'entrevue : Travailleuse sociale #2 – cas 1 et 4

I : **Commençons par les facilitateurs : quels sont les éléments qui ont vraiment aidé à ce processus, autant pour l'UPA que pour RÉMI, que pour Alcool au volant? Est-ce qu'il y a des affaires communes qui ont facilité?**

R : Je dirais, au début d'avoir une cause commune, de croire à un problème commun tout le monde.

Extrait d'entrevue : Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – cas 4

I : **Qu'est-ce qui a aidé finalement?**

R : Bien c'est sûr que ce qui a aidé, il faut qu'il y ait la perception... il y a eu la perception commune d'un problème. Il faut qu'on voie un problème pour qu'on se mette à travailler là plutôt qu'ailleurs. Donc il a fallu clairement que les gens perçoivent... donc c'est sûr que médiatiquement, les accidents qui sont arrivés ont permis de mobiliser... il y a eu un effet de levier. Regardez, là

statistiquement on est les pires, il faut faire quelque chose. Donc il faut qu'il y ait la perception qu'il y a un problème et que ce problème-là est majeur, qu'il y a une action qui doit être faite. Un plan d'action commun. Ça aussi, ç'a été une pierre importante qui a fait en sorte que les gens on arrête de tirer chacun dans leur direction et ça, ç'a donné comme une direction commune.

... et que la cause commune soit noble

« Et moi je leur avais dit, là : les priorités, c'est la sécurité. Prenez quelque chose qui est au-dessus de vous autres, qui est plus noble que vous; pas les piasses : prenez la sécurité routière, les personnes! Et là dites... bien, avec la Sûreté du Québec : où sont les endroits les moins sécuritaires? Ça c'est la priorité no 1. La priorité no 2... Il n'y a pas eu de chicanes! Alors la députée arrive là-dedans, elle, sort quelques millions : tout le monde est derrière elle, oui ou non? S'il y a deux paroisses qui se chicanent, il y en a une contre elle, si elle prend pour une ou si elle prend pour l'autre. Si c'est l'unanimité, c'est le pactole, c'est... c'est... c'est... c'est la gloire. [...] c'est de base, là, mais il faut agir comme ça; il ne faut pas que vous vous chicaniez, là, là! Tu sais, mon père est plus fort que le tien, ça marche pas, là! » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – cas 4).

« ... moi je pense qu'il faut inspirer les gens, d'abord, avec une cause plus noble que soi. Ça, c'est le... c'est ça que j'ai découvert, à un moment donné. Et les gens qui... ils aiment se dépasser, ils aiment mettre leur nom à côté d'une cause plus grande que soi, plus grande qu'eux-mêmes. Au lieu du nombril... alors tout ce qu'il s'agit de faire, c'est de changer de niveau et d'emmener ces gens-là à un autre niveau, et dire : bien cette cause-là, est-ce que ça vous plaît? On s'en va là! » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – cas 4).

« Et je me dis : quand la cause — je le répète, là — quand la cause est noble, plus grande que soi, les humains ils ont... ils ont soif d'actions qui soient constructives, qui soient... qui les grandissent, qui les fait grandir. Les gens sont inspirés par quelqu'un qui les fait grandir. Tu sais, on passe une heure ensemble et la plupart des gens ne le savent pas, mais ils sortent de là en disant : est donc bien plaisante, cette personne-là! Parce que tu as grandi, ou il y a quelque chose qui s'est passé en toi. Et quand tu rapetisses avec une personne, ou elle est négative, etc., et tout ça, tu ne veux plus la revoir! Parce que... la plupart des

gens ne savent pas trop pourquoi, mais... tu sais pas! Alors quand tu as des gens comme ça et que tu... ils s'en vont là-bas, et que la direction est claire et ça... ça commande toujours! Moi, le comité de l'alcool au volant, ça fait depuis 1999. Et les gens sont en feu, là-dedans! Je m'amuse, je m'amuse là-dedans. Mais je les vois faire, mais... ils aiment venir » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – cas 4).

« Moi, c'est comme ça que j'aime travailler. Je me dis : les humains, on travaille bien quand on est ensemble et qu'on a une cause. Mais du moment qu'il y en a un qui empoche, là-dedans, c'est là que ça commence à aller mal. Faut pas » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – cas 4).

Que l'objectif soit précis

« ... c'était toujours en lien avec le but. Alors le but était déjà fixé au départ, c'était facile ça aussi. Et l'UPA l'a décrit en termes très clairs, elle a dit : éviter le suicide chez les agriculteurs. C'est clair, qu'est-ce que tu veux de plus? Ça ne peut pas être plus clair que ça. S'ils avaient abordé ça en disant : j'aimerais mieux que nos agriculteurs soient plus heureux. Hé là fiou! Là, t'es pas sorti du bois, c'est n'importe quoi... On va tous leur acheter un écran 54 pouces et ils vont tous être heureux... » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins, cas 1)

Outre le ou les objectifs communs, il est plausible d'imaginer que chaque partenaire amène à la table de concertation ses propres objectifs, qui représentent une motivation supplémentaire pour s'impliquer dans le processus de collaboration. C'est ce que la théorie de la coalition de Gamson (1961) identifie comme étant les gains ou les récompenses (*payoffs or rewards*) que les membres attendent de leur participation à la coalition. Par exemple, pour le cas 2, soit le projet de construction du parc pour les enfants de 0 à 5 ans, le maire avait trois objectifs complémentaires faisant partie de sa propre vision : accroître le pouvoir d'attraction de la municipalité, encourager les relations intergénérationnelles et développer le sentiment de confiance de résidents envers leur municipalité et les acteurs municipaux. Pour le cas 1, soit la prévention de la détresse psychologique chez les agriculteurs, l'organisme communautaire impliqué avait lui aussi des objectifs sous-jacents, soit de se faire connaître davantage auprès du

secteur agricole, de solidifier ses liens avec le réseau de la santé, et notamment, de se positionner face à l'Agence régionale de la santé et des services sociaux. Il semblerait tout à fait légitime d'avoir des objectifs sous-jacents, dans la mesure qu'ils soient complémentaires à l'objectif commun, et pas antagonistes. Mieux encore, savoir identifier les objectifs individuels pour les mettre à contribution de l'objectif commun peut faciliter davantage le processus de concertation. À titre d'illustration, les objectifs sous-jacents des acteurs du cas 4 (alcool au volant), notamment pour le regroupement 2 et son comité mère, avaient été stratégiquement décelés par l'« entrepreneur politique » et mis en lien avec le but commun, tels que de leviers complémentaires pour assurer l'engagement de chaque partenaire.

8.3 Les conditions facilitantes en lien avec les résultats

De bons résultats justifient les efforts consentis. Ainsi, deux éléments majeurs en lien avec les résultats ressortent de l'analyse des cas. En premier, l'importance de réfléchir aux mécanismes pour anticiper, planifier et idéalement mesurer les résultats attendus et obtenus en lien avec les objectifs de départ. En deuxième, l'importance de diffuser ces résultats et retombées, de les partager à l'interne et à l'externe, autant pour faire reconnaître publiquement les acteurs impliqués que pour tirer de leçons. Publiciser les bons résultats obtenus est sans doute une stratégie à privilégier, pas seulement pour faciliter et justifier la poursuite de la démarche en cours, mais aussi pour générer de l'intérêt à reproduire des expériences similaires ailleurs, tout en essayant d'éviter les pièges rencontrés par d'autres.

8.4 Les conditions facilitantes en lien avec les acteurs

Les acteurs sont au centre des actions. Ils sont sans doute les artisans des relations, et même intuitivement ils sont reconnus comme étant l'une, sinon la principale raison de réussite ou d'échec de partenariats. Dans le cadre de cette recherche, force est de constater qu'ils jouent un rôle majeur, qui risque même d'influencer les conditions facilitantes et les barrières à d'autres niveaux. Toutefois, tout ne repose pas sur eux. Quels sont alors les aspects qui relèvent des acteurs proprement dits? Trois grandes catégories de facteurs semblent se

dégager de l'analyse transversale des quatre études de cas : la mobilisation à tous les niveaux, le profil de participants dans leur ensemble, et le profil particulier de personnes clés des partenariats, que j'appellerai les piliers.

8.4.1 La mobilisation à tous les niveaux

La participation active des gens repose sur leur intérêt à contribuer à la cause. Or, la motivation des acteurs peut être intrinsèque, ou bien être le résultat des processus de mobilisation naturels suite à des événements marquants ou planifiés par d'autres acteurs. Par exemple, dans le cas 1 (agriculteurs), presque tous les acteurs concernés avaient participé au Colloque de Drummondville (*focusing event*) ce qui leur a fait prendre conscience de l'ampleur de la problématique et de leur rôle potentiel. Dans le cas 4 (alcool au volant), les accidents de la route ont été la source de mobilisation tantôt à partir de la base, par des citoyens (conduisant à la mise sur pied du Comité Action-sécurité axe 277-173 et du Comité de prévention de l'alcool au volant de Bellechasse), tantôt au niveau des instances politiques régionales (Direction de santé publique, de la Sûreté du Québec et du ministère des Transports du Québec), qui se sont associées pour la création de la Table de concertation Beauce-Etchemin pour la prévention de l'alcool au volant. Pour les cas 2 et 3, la mobilisation des acteurs fut davantage planifiée :

« ... c'est le défi nous autres dans le réseau de la santé, on est souvent avec des programmes de santé publique qui arrivent d'en haut, et notre défi c'est de les faire émerger de la base sans leur dire que ça vient d'en haut. Le parc 0-5 ans c'est le plus bel exemple, parce que j'avais un mandat de faire de l'intersectoriel avec ma clientèle SIPPE, mais pour faire de l'intersectoriel, moi je voulais en faire et que ça parte d'eux autres, alors j'ai comme juste un peu forcé le premier regroupement de mamans pour les consulter, j'ai comme un peu provoqué une rencontre de consultation auprès d'elles, et après ça c'est eux autres qui ont fait émerger le reste. Mais c'est le défi qu'on a, et je pense que ça c'est des conditions de réussite, de faire partir de la base » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce – Cas 2).

Indépendamment de la source de l'étincelle, il est nécessaire que les gens s'impliquent et qu'ils aient le sentiment d'apporter une contribution :

Extrait d'entrevue : Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant (Cas 4)

I : Est-ce que vous, d'autres facilitateurs à ajouter à la liste?

R : ... ce qui est facilitant [...] c'est l'implication des individus, l'attitude des individus. Et chaque individu qui est déjà là et qui déjà participe et participe au fait que les nouveaux individus aussi vont s'impliquer davantage et avoir l'impression que... pas avoir l'impression, mais comprendre que peu importe ma provenance, peu importe ma pratique, peu importe ma spécificité, je peux apporter quelque chose dans un ensemble d'actions et dans un ensemble de réflexions qui vont influencer les actions, et peu importe. Donc... et à partir de là t'as une attention, t'as un intérêt, tu te sens engagé davantage. Donc tu vas t'approprier ce qui se passe là et ça, ça va s'intégrer à travers ton travail à la table et ça va s'intégrer à travers ce que tu vas faire ressortir de la table dans ton organisation. Quand on nous parle de l'alcool au volant, et qu'on veut savoir et qu'on veut s'impliquer, si on passe un peu de temps avec nous autres, après ça on repart avec quel genre d'idée, oui, il faut faire quelque chose, ça dépend toujours de ce qui est amené, comment c'est amené et que ce soit concret, cohérent aussi. Et donc... mais en tout cas, je parle de l'attitude et de l'engagement et de chacun, autant à la table que ce qui revient dans son organisation propre et comment ça se sent, comment ça se connaît, ça c'est majeur aussi.

... en tout cas il faut que les membres aient l'impression d'apporter une contribution. Il y a l'élément, l'implication de l'individu, mais il faut qu'ils aient le sentiment qu'ils ont une valeur ajoutée en étant là. Sinon, c'est juste pour représenter (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – cas 4).

8.4.2 Le profil de participants dans leur ensemble

Le « profil de l'acteur » englobe selon moi les caractéristiques intrinsèques à la personne de par sa nature ou son métier (identité, valeurs, connaissances, attitudes, traits psychologiques, etc.), mais aussi sa position, son mandat et son rôle en tant que représentant d'une organisation ou communauté. Dans leurs travaux sur les partenariats, Jean Panet-Raymond et Denis Bourque (1991) associent trois catégories de facteurs aux acteurs, soit les facteurs humains, professionnels et organisationnels. Dans la première catégorie ces auteurs incluent l'ouverture d'esprit, l'écoute de l'autre, le respect de l'expertise et de la culture de l'autre, la

transparence de l'information, la volonté d'en arriver à des compromis, le respect mutuel et la reconnaissance des expertises réciproques même lors de divergences de points de vue.

Dans la catégorie de facteurs professionnels, ils considèrent les compétences et les expertises professionnelles des personnes, la connaissance dynamique du milieu, des organismes et des établissements et la mise à contribution d'intervenants en organisation communautaire. La troisième catégorie, soit les facteurs organisationnels, englobe des aspects de processus (mission claire, objectifs et plan d'action précis, rencontres régulières d'évaluation, etc.) qui sembleraient moins pertinents dans cette discussion portant sur le profil des participants. Pour chacune de quatre études de cas, la liste de facteurs de Panet-Raymond et Bourque fut utilisée comme canevas pour analyser le matériel empirique recueilli. Toutefois, en réalisant une analyse transversale, il est possible de résumer tous les constats et de dégager cinq caractéristiques majeures qui se retrouvent dans chacune des quatre études de cas, même si à différents degrés d'intensité. Ces cinq traits sembleraient être le dénominateur commun pour l'ensemble de participants, indépendamment du fait qu'ils représentent une organisation ou qu'ils soient de simples citoyens. Il s'agit de la diversité, la connaissance du milieu, l'ouverture vers l'innovation, le leadership et la solidarité. Nous allons maintenant les illustrer un à un.

8.4.2.1 La diversité des intervenants

Puisque les problèmes qui demandent une action concertée intersectorielle sont, par nature, complexes, la complémentarité des visions et de perspectives chez les acteurs n'est pas seulement un avantage de l'intersectorialité, mais un ingrédient *sine qua non*. Ainsi, il apparaît tout à fait légitime que la diversité des intervenants ressorte comme une condition facilitante de taille aux yeux des répondants :

« La diversité des intervenants qui sont aux tables normalement est très très très aidante. Le fait que les participants viennent de plusieurs secteurs différents va faire qu'on va avoir énormément de support et d'aide pour les stratégies et les choses qu'on veut faire. Chaque personne peut faire son bout, c'est pas à la police de régler tous les problèmes, on a besoin de partenaires, et à ces tables-là on va les chercher pour faire ces choses-là » (Communication personnelle - Agent de la Sûreté du Québec - Cas 4).

« Bien les atouts qu'il y a dans ces comités-là dans le fond, c'est qu'il y ait des gens d'une multitude de milieux si je reprends mon vocabulaire [rire] c'est varié beaucoup alors c'est sûr qu'on touche à plusieurs sphères de la population. J'ai pas l'impression qu'on en oublie tant que ça. Je pense qu'en les rejoignant de différentes façons, soit le journal, les bars, les fêtes et festivals, par les loisirs, par différentes façons comme ça, par le milieu municipal, on finit par rejoindre la population. Alors moi ça je pense que c'est un atout qu'on ait plusieurs cordes à notre arc comme ça » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant#1- cas 4).

Cette même diversité, malgré la difficulté initiale pour l'apprivoiser, est la source de la synergie qui se développe entre partenaires, précisément grâce à leur complémentarité :

« Qu'est-ce qui a facilité... je pense que c'est le mélange des talents qu'il y avait autour de la table. Mme Z qui était forte en communications, moi qui a des talents en communication, des gens qui étaient plus sur le terrain, les gens de l'UPA qui eux autres nous amenaient leur réalité. Alors ç'a été, je pense, le mélange de chacun apportait quelque chose de spécifique et quand on mettait ça tout ensemble, ça faisait une belle équipe de travail » (Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, cas 1)

Il est donc relativement facile de comprendre que les mêmes répondants dans cette recherche ont cerné l'identification de participants comme étant un enjeu, tel que fut discuté à la section portant sur les défis. Le nombre de personnes siégeant à un comité étant toujours limité, chaque individu doit représenter une valeur ajoutée au travail d'équipe.

8.4.2.2 Connaitre le milieu, connaître les gens

Le fait que l'instigatrice des projets au cœur des cas 2 et 3 connaissait les besoins de la population, mais aussi les acteurs et les milieux ressort comme une pierre angulaire au démarrage de ces initiatives. Cette connaissance fine de l'environnement et des gens permet de bien cibler les populations cibles, les partenaires, les intervenants et les approches qui auront les meilleures chances de réussir.

Extrait 30 : Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce

I : C'est-à-dire comment vous saviez a priori que ça allait prendre? Parce que vous connaissiez les acteurs...?

R : Oui.

I : Parce que vous saviez qui parlait avec... C'est un peu ça.

R : C'est parce qu'on connaît nos milieux aussi, on connaît nos municipalités.

I : Donc dans un tour de table vous avez dit on va commencer par untel et untel...

R : On était capables de cibler parce qu'on connaît bien notre milieu.

Extrait 31 : Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce

« alors il faut être stratégique dans la façon dont on va ficeler le projet et qu'on va aller chercher le financement. C'est sûr que le fait que je connaisse le gars d'Emploi-Québec ç'a facilité la chose, parce que la fille que je voulais mettre sur ce projet-là [...], je la connaissais, elle avait déjà été financée deux fois par le passé dans des projets de réinsertion sociale, et elle était toujours retournée sur l'aide sociale, alors là moi il fallait que je leur vende l'idée que non non, là ça va marcher, il est attaché avec Québec en Forme, mais ce n'était pas vrai, il n'était pas attaché. J'ai guessé pour avoir [la chargée de projet] [rire] Et c'était LA bonne personne à mettre là pour faire lever ce projet-là, et je le savais parce que je l'avais vue dans l'organisation d'un colloque sur la pauvreté, elle avait mobilisé les milieux, ça avait été génial. Je le savais moi que ça me prenait une personne avec une capacité de mobilisation, alors que c'est sûr que le fait que je connaisse les personnes d'Emploi-Québec, que j'aie une crédibilité auprès d'eux, ils ont dit c'est correct [...], mais c'est la dernière fois. Donc ça, ces relations-là, ça aide à avoir du financement. »

8.4.2.3 L'ouverture vers l'innovation

« Quelles ont été les forces...? Les forces c'est l'ouverture. Moi je vais vous dire que depuis 3 ans le CSSS de Beauce a vraiment des belles ouvertures [...] Et vous savez, le CSSS, c'était tellement rigide avant, taf-taf-taf! C'était des gestionnaires, tandis que depuis 3 ans on sent une belle ouverture, et ce projet-là en est la preuve, de dire ok, allez-y et on va voir comment ça se passe. L'ouverture, le partenariat qui pourrait être si fort si on s'entendait sur une démarche de partenariat. Mais déjà le CLD a fait des pas là-dedans en disant d'abord développez votre vision commune. Ça ça serait des points forts »

(Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action- Cas 3)

D'autres concepts semblent graviter autour de cette notion principale d'ouverture vers l'innovation : la réceptivité, l'ouverture d'esprit, la créativité... Notamment, face aux enjeux de la problématique du cas 1 (agriculteurs), il a été possible de constater cette créativité chez les membres du comité pour saisir l'opportunité d'agir. Dans le cas 2 (parc de jeu), de ressources financières étaient à la disposition de chaque municipalité rurale, mais seulement celles qui ont choisi de présenter de projets d'amélioration innovants y ont eu accès :

Extrait d'entrevue : Ex-maire – Cas 2

Dans les milieux ruraux, en fait il y a la Politique nationale de la Ruralité qui a des sous pour développer des projets, donc dans chaque municipalité...

I : Quel ministère encore...?

R : Le Ministère des Affaires municipales. Donc cette politique-là fait en sorte qu'à tous les 3 ans il y a des montants par MRC qui sont développés pour justement dynamiser les milieux et faire en sorte d'éviter la dévitalisation des milieux si on veut.

« Il y a certaines municipalités où tout va bien, ils n'ont pas besoin de personne, et moins on fait... rien.... moins ça coûte cher aussi, alors ils regardent aussi leur budget, ils ne veulent pas investir. Il y a des programmes qui existent, il y a des montants d'argent qui leur sont alloués et ils ne sont pas intéressés à aller les chercher non plus, ils se disent : notre population n'en demande pas; mais est-ce que vous avez été consulter votre population, les avez-vous sondés à savoir s'il y a un intérêt à avoir quelque chose de nouveau » (*Communication personnelle, ex-maire – Cas 2*)

Pour le cas 3, l'esprit innovateur de la chargée de projet est une qualité qui se confond avec son leadership :

« Moi ce que j'ai fait, quand j'approchais une municipalité, j'approchais tout ce qui s'appelle clubs sociaux, parce qu'on s'entend que dans les... les organismes communautaires sont presque tous centralisés à [la municipalité T], ils ont des services dans les petites municipalités, mais pas nécessairement des bureaux, donc ce qu'il me restait à approcher – quand on parle de partenaires dans les municipalités – mon approche c'est d'abord un groupe de citoyens, par exemple les Fermières, à [la municipalité R] ç'a été ça, les Fermières. » (*Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action*)

8.4.2.4 Le leadership et l'initiative

Le manque de leadership a déjà été identifié par d'autres auteurs comme une barrière à l'action intersectorielle (Chomik, 2007). Dans le cadre de ce projet de recherche, le leadership est une notion qui revient fréquemment, souvent associée au concept d'initiative, de personnalité des acteurs et de l'importance de croire à la problématique. Dans les exemples qui suivent, il ressort que le leadership des acteurs est surtout un atout personnel, et pas nécessairement associé au titre d'emploi ou la fonction occupée par la personne.

Extrait d'entrevue : Ex-maire – Cas 2

I : Je reviens à ma question sur la MRC, est-ce que vous sentez ou sentiez qu'il y a des directives qui viennent d'en haut pour vous encourager à travailler avec les partenaires, ou ça part vraiment de votre propre motivation ou vision?

R : Bien, disons qu'on est motivés par nos supérieurs hiérarchiques administratifs, sauf que c'est à nous à le développer [...]

I : Mais est-ce qu'il y a des politiques qui descendent d'en haut en vous disant qu'il faut consulter vos partenaires locaux?

R : Non, il n'y en a pas.

« Par contre dans des municipalités où le leadership est bien assumé et même encore, je veux dire il y a encore quelques municipalités que même si on ne les appelle plus répondants, ils sont un peu nos répondants quand même. Alors il y a des endroits où par défaut ils sont restés actifs, mais pas partout, et je pense que c'est une question de personnalité, c'est souvent la personne qui est assise sur la chaise qui fait qu'un projet fonctionne ou pas. Moi je pense que la personnalité y est pour beaucoup et d'y croire à cette problématique-là aussi et de sentir qu'on a un certain pouvoir à changer les choses » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- cas 4).

« Je dirais aussi qu'il y a des personnalités; c'est toujours... c'est des individus. À [nom du poste policier], avant qu'il y ait ce chef de police là, la Sûreté du Québec n'avait rien à faire avec le CLSC, c'était un monsieur qui était... bon. Alors quand il est parti à sa retraite là ç'a débouché. Mais la fille qui travaillait en prévention du suicide, elle est psychologue, elle n'en a pas fait d'organisation communautaire, elle a essayé par ses moyens, elle était découragée, elle pensait que c'était à cause d'elle... c'était difficile. Ç'a changé d'individu, ils ouvrent la machine, son policier communautaire, il est assis avec nous autres... alors ça

dépend beaucoup souvent des personnalités et des individus, si les gens croient à ça » (Communication personnelle - Travailleuse sociale #2 – cas 4).

« ... les personnes qui s'impliquaient le plus, il y avait d'abord leur conviction personnelle là-dedans qui avait de l'importance d'œuvrer au sein de la table. Alors ce leadership là a pu varier d'une organisation à l'autre selon la personne qui vient remplacer celle qui le précédait. Alors j'ai vu par exemple au sein du milieu municipal des gens très impliqués, d'autres un peu moins impliqués ou qui étaient impliqués, mais pas de façon aussi intense que l'autre personne. Donc c'est pas parce qu'on va dire il y a un représentant du monde municipal que c'est acquis. Il faut convaincre chacun des individus, parce que ces personnes-là sont déléguées par leur organisation » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – cas 4).

« ... et celui qui était commandant en chef, lorsque c'était [nom] qui était là, il était tout acquis à l'intervention. Mais c'est une organisation qui a un certain hermétisme et la personne qui lui a succédé, ça s'est refermé. Alors voyez-vous, le commandant-chef, je nomme le même titre, la même personne différente, complètement différente approche, la collaboration s'en est ressentie; pas qu'ils ont cessé de collaborer, mais ça n'a pas été la même qualité » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – cas 4).

« mais tu me dirais : nomme-moi exactement comment tu fonctionnes? Moi, c'est instinctif. Mais je sais que... une cause plus grande que soi, avoir un excellent réseau, être capable de convaincre, par exemple, avoir une stratégie à long terme — toi, il faut que tu saches où tu t'en va, parce que les gens ne suivent pas un leader qui ne sait pas où il s'en va. Il faut toujours que tu aies une longueur d'avance, tu t'en vas, et tu n'as pas d'affaire à tout partager : tu en partages à la graine, tu sais? Et tu dis, quand c'est nécessaire : bon! je pense qu'on... » (Communication personnelle - Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse – cas 4).

8.4.2.5 L'esprit de solidarité

L'entraide est l'esprit de coopération semblent faire partie des cultures de la région, notamment la Beauceronne et Etcheminoise. L'esprit solidaire s'actualise dans la sensibilité des acteurs face aux besoins de la population, à leur capacité d'écoute et à leur motivation

pour s'associer à une cause noble. De plus, et de façon plus opérationnelle, être solidaire signifie aussi être prêt à partager ses connaissances, son expertise, son réseau et ses sources d'information.

8.4.3 Le profil des piliers

Parmi les participants de l'action intersectorielle, il y a des personnes qui se démarquent de par leur rôle dans le projet. Elles peuvent être les pionniers, les animateurs ou coordonnateurs ou bien les chargés de projet. Je les appellerai les piliers des concertations. Ces personnes sont celles qui allument la première étincelle (les pionniers) ou bien celles qui portent le flambeau par la suite (les animateurs ou coordonnateurs et les chargés de projet). Elles jouent toutes un rôle stratégique, et autre les cinq traits communs à tous les participants, décrits précédemment, elles ont certaines caractéristiques qui leur sont propres et qui facilitent la concertation.

8.4.3.1 Le profil des pionniers

« Et moi je peux le dire parce que c'est sûr et certain que dans les gens au départ, entre autres, je regarde les premiers représentants qui ont été là ont été marquants; vraiment marquants parce que ç'a été les assises de la table de concertation. Et il fallait qu'il y ait une foi indéniable en ce qu'il y avait à faire, parce que ces gens-là devaient revenir dans leur secteur et dire : il faut que ça bouge; il faut que ça bouge et il faut que ça prenne ce sens-là. Et on a du travail à faire, on a des réflexions à faire, on a des choses à identifier, on a des partenaires à aller chercher même plus loin aussi. Donc il fallait aussi avoir donc un statut aussi un peu visionnaire. Et j'ai envie de dire au départ [...] ça prenait une philosophie et une habileté de rassemblement; et de rassemblement sur les forces de chacun, et sur les compétences de chacun, et mettre en évidence les compétences de chaque milieu et comment ça pouvait faire un maillage extraordinaire [...] je te parle de réussir à rassembler et à mettre en évidence et à créer toutes ces stratégies-là aussi pour aller chercher et l'implication des gens et le sentiment que tu peux apporter quelque chose et renforcer aussi, donc c'est toute une dynamique et une philosophie » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches).

« ... il avait une connaissance, une expertise qui... et aussi des qualités en termes... comment on pourrait dire... de négociation au niveau des interactions

entre les individus. C'était quelqu'un qui faisait beaucoup de PR – on peut-tu dire ça – naturellement. Il a le PR naturel et donc... et au niveau de l'intersectoriel, il avait même déjà travaillé sur un document, donc multisectoriel, multistratégique, il a collaboré au tout début dans des documents du début sur la définition du plan d'action, comment le plan d'action s'est enligné sur les bases » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches).

En révisant ces deux extraits, quelques attributs essentiels des pionniers ressortent :

- Avoir une foi indéniable, mentionnée déjà aussi autrement comme « croire à la problématique »
- Être visionnaire
- Avoir une philosophie et une habileté de rassemblement
- Avoir une excellente capacité de négociation

8.4.3.2 Le profil des animateurs/coordonnateurs

« ... c'est l'individu qui a fait la différence au même titre qu'une intervention reconnue efficace et prometteuse, et vous en avez sûrement vu des exemples, qui s'est planté quand ç'a voulu être reproduit ailleurs et pourtant c'était un succès parce que la qualité de l'animation, de l'intervention, la qualité de l'intervenant qui était là a fait en sorte que ç'a planté ou que c'est un succès. Ça a un impact majeur. Moi quand je fais mes rencontres, la façon que je fais mes rencontres, c'est pas tout le monde qui fait ça de cette façon-là, il y en a qui aiment mieux quand c'est plus by the book et officiel et... moi j'essaie d'enlever tout de suite les monsieur et madame, je veux rapprocher les gens; on enlève les chapeaux, on enlève les armures, on a un but commun et on va se faire du fun à le faire. Alors moi, quand je lance la balle, il faut que la balle rebondisse. Si les gens alentour ne font pas... mais c'est comme ça que... c'est ma drive pour parler français. Partout où je suis passé avec cette drive-là, en général, ç'a bien répondu. Les endroits où je ne l'ai pas fait, c'est que je sentais que la balle ne passait pas, on revient plus conventionnel et bon. Mais ça, [nom] c'est sa façon, c'est l'individu. Je vous dirais allez chercher... on va créer... on veut faire une intervention intersectorielle efficace, allez me chercher quelqu'un du CSSS, ça va bien fonctionner. Peut-être, peut-être pas. Ça va dépendre de l'individu » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches).

« ... moi je suis une personne qui travaille énormément – c'est pas pour être prétentieuse –, mais je pense aussi que les actions qui se passent à mon comité font que mon enthousiasme, ma passion pour ce que je fais fait que ça avance vite. Alors ça je le transmets, les gens en sont reconnaissants, surtout Bellechasse et je trouve que ça avance super vite avec cette attitude-là. Je pense que l'attitude va faire en sorte que le comité va progresser plus rapidement aussi » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1).

« ... et ça nous amène aussi à être attentifs aux changements; à être attentifs sur la stratégie à mettre en place quand il y a un changement, pour s'assurer que le message se maintienne et s'assurer aussi qu'on est capables, qu'on va peut-être avoir à aller... avoir une stratégie particulière pour aller chercher cette personne-là parce que c'est pas acquis; c'est pas acquis l'implication automatique, sauf qu'il y en a que quand elles s'en vont, moi je vais m'occuper d'aller parler avec elles et de préparer l'autre personne et de lui demander une responsabilité, pour transmettre et prendre un temps de transmettre et moi je vais prendre la suite. Et l'exécutif prend même la suite. C'est assez extraordinaire. Il y a même des membres de l'exécutif qui vont prendre la suite aujourd'hui, c'est comme ça, c'est vraiment... et on n'a pas toujours vu ça » (Communication personnelle - Coordonnateur, Table de concertation Beauce-Etchemins pour la prévention de l'alcool au volant).

Voici les attributs essentiels des animateurs/coordonnateurs qui ressortent de ces trois extraits :

- La flexibilité pour s'ajuster au profil du groupe
- La capacité pour établir un climat de confiance
- L'enthousiasme pour la cause
- La grande capacité de travail
- Savoir agir stratégiquement

8.4.3.3 La mise à contribution d'intervenants en organisation communautaire

Dans la catégorie de facteurs professionnels, Panet-Raymond et Bourque (1991) incluaient déjà la mise à contribution d'intervenants en organisation communautaire. Au cours de cette recherche, il fut intéressant de constater que dans les quatre cas analysés différents

organismes communautaires étaient impliqués, ayant eu souvent un rôle de pilier. Pour ceux qui connaissent la formation en service social, ce constat ne pas surprenant, car comme mentionné par un intervenant « en organisation communautaire on est presque toujours dans des projets intersectoriels ». Pour ceux comme moi, qui sont moins familiers avec cette expertise, l'extrait d'entrevue avec ce même intervenant clarifie la question :

Extrait d'entrevue : Chef de programmes, Centre de santé et de services sociaux des Etchemins – cas 1

R : En fait l'organisation communautaire c'est une des 3 méthodes utilisées en service social : on peut travailler en individuel, donc sur les relations familiales, sur les dynamiques, etc., un peu comme un psychologue; on peut travailler en petits groupes, soit groupes de thérapie ou groupes de partage, avec des clients qui viennent là avec pour un problème individuel; ou on peut travailler en communautaire sur des problèmes qui ne sont pas individuels, ou qui sont individuels, mais à la fois collectifs. Par exemple, j'ai un problème de transport, mais je ne vais pas le régler juste pour moi, c'est tous les gens âgés de mon village qui ont un problème de transport, donc on se met ensemble pour régler le problème, qui m'appartient, mais qui appartient aussi à tout le monde. Alors que le groupe de thérapie, si j'ai un problème conjugal, c'est pas toute ma communauté qui a un problème conjugal – en tout cas je le souhaite – c'est moi qui suis jaloux, ou qui a un problème de communication avec ma conjointe. Je vais là pour moi. Donc l'individuel, le groupe, le communautaire.

I : Mais l'individu et les groupes, il me semble que ce sont les personnes qui viennent chercher de l'aide, mais le communautaire j'ai l'impression que c'est l'inverse.

R : C'est l'inverse.

I : Si j'ai un problème de transport, je ne peux pas savoir comment venir cogner à votre porte, comment on s'y prend pour faire cette approche-là.

R : Bien en fait, souvent nous on est dans les communautés, on jase avec les élus, on jase avec d'autres, on rencontre des gens partout, donc les gens nous en parlent à l'épicerie, ils nous en parlent partout, regarde...

I : Vous réunissez des groupes pour entendre parler les gens.

R : Oui on l'a déjà fait, à l'occasion on le fait, mais aussi souvent on va interroger nos confrères et consœurs qui travaillent auprès de la clientèle en individuel, les infirmières, les intervenants sociaux, pour leur demander c'est quoi les problèmes qui se posent le plus avec vos gens? Des fois ils vont nous dire avec les jeunes mamans qui restent toutes seules dans le fond d'un rang et

dont le conjoint est travailleur forestier – il y en a beaucoup ici – et qu’il est parti avec le pick-up toute la semaine, bien elles ne peuvent pas venir au rendez-vous pour les vaccins, elles ne peuvent pas venir au rendez-vous pour l’école parce qu’elles n’ont pas d’auto. Le monsieur arrive le vendredi en fin d’après-midi et tout est fermé, tout est fini... Alors c’est des sources, différentes sources pour prendre l’information.

I : Qui embauche les organisateurs communautaires?

R : L’établissement ici. C’est tout le réseau de la santé, il y en a partout.

I : Il y en a beaucoup dans le réseau de la santé?

R : Ah écoute, il doit y en avoir 250 à peu près au Québec.

I : 250!

R : Oui.

I : Donc il y a une association de l’organisation communautaire?

R : Oui, ça s’appelle RQIIOC, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en organisation communautaire en CSSS.

I : Ils sont tous avec une formation en service social.

R : La majorité.

Donc, il est possible de conclure que le rôle des organisateurs communautaires de par leur formation et mandat est crucial dans l’action intersectorielle en santé. Ils possèdent en partant le savoir-faire et l’expertise requise pour le travail en réseau et la mobilisation communautaire. Toutefois, ces atouts ne sont pas l’apanage des personnes formées en service social et il fut possible de les retrouver chez d’autres acteurs, tels que des citoyens engagés et d’une chargée de projet en particulier.

8.4.3.4 Le profil du chargé de projet

Dans l’exemple du cas 3 (cuisines collectives) l’infrastructure du projet demandait une chargée de projet, avec un rôle d’animatrice, plutôt qu’un coordonnateur de table de concertation comme dans les autres trois études de cas. Cette personne a été un acteur majeur. Outre son leadership, il est intéressant de faire ressortir les traits qui semblent avoir eu un impact positif sur la collaboration intersectorielle :

La capacité de mobilisation

« Et c'était LA bonne personne à mettre là pour faire lever ce projet-là, et je le savais parce que je l'avais vue dans l'organisation d'un colloque sur la pauvreté, elle avait mobilisé les milieux, ça avait été génial. Je le savais moi que ça me prenait une personne avec une capacité de mobilisation » (Communication personnelle, ex — organisatrice communautaire au CSSS de Beauce).

L'esprit curieux et ouvert à l'exploration

« J'entends par hasard... j'ai le nez fourré partout; quand on parlait de profil des personnes qui sont en charge de projets, moi je suis très très très curieuse, et je suis très fouilleuse, j'ai des yeux partout, j'ai des oreilles partout, et je disais : ah oui, ça, ça serait plaisant! » (Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action).

Le dynamisme

« Alors (la chargée de projet), c'est une femme extraordinaire, dynamique, et qui a vraiment le profil de l'emploi; alors on est bien tombés, donc on a réussi à avoir une subvention salariale, plus la petite subvention de l'Agence, et on a démarré le projet comme ça » (Communication personnelle, ex — organisatrice communautaire au CSSS de Beauce).

L'esprit santé

Extrait 32 : Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action

R : Tu gardes ça santé, tu leur montres comment ça peut être agréable de cuisiner ensemble quand on parle de choses énergisantes, et quand on... etc.

I : Mais vous dites quand ça commence à devenir du blablabla, comme par exemple quoi, quand on commence à parler...?

R : Chialer.

I : Chialer contre la vie ou contre la cuisine?

R : Contre la vie, contre la cuisine, contre le conseil municipal ou contre la voisine qui ne ramasse pas ses déchets. Chialer... du chialage. Ça là c'est zéro, tolérance zéro. J'ai dit [à l'animatrice de cuisine collective], tu développes l'art de ramener ça. Moi, si quelqu'un chiale devant moi par exemple, je vais lui dire : ah, c'est tellement pas facile d'être parfaites comme nous autres! Tout de suite il va y avoir un éclat de rire et là je vais lancer d'autre chose, qu'on oublie le chialage. Vois-tu, alors ça les amène à un mode de vie... moi, quand ils disent ah on t'aime assez [...]! – non non, vous vous aimez vous autres, mais vous ne le savez pas là, c'est juste que je vous trace la route. Alors tu vois, point fort c'est

l'animatrice, mais point faible ça peut être l'animatrice aussi. Si elle n'a pas l'attitude de...

I : **Oui, de ramener les choses dans la bonne direction.**

R : Oui, elle-même être assez santé.

Le rôle neutre

« Oui, vous parliez des facteurs de succès, et un entre autres auquel je pense maintenant c'est le fait que la personne de l'extérieur comme moi, qui anime un projet dans un milieu, etc., peut beaucoup plus facilement être mobilisatrice parce que justement elle n'appartient à aucun clan, et c'est ce qu'on me disait dernièrement à [la municipalité R], alors que ça fait un an et demi que je suis avec eux et que je leur dis, je les prépare de plus en plus à ce qu'elles reprennent le projet à leur compte, à ma grande surprise elles me disaient qu'il y avait des clans à [la municipalité R] et je disais mon Dieu, je ne les ai jamais sentis, ce à quoi les madames m'ont répondu : bien non, parce que je suis une personne neutre, mais du moment qu'ils vont avoir le projet entre les mains, le danger c'est que ça revienne entre les mains de clans, que les clans se manifestent ça y est, que le projet devienne une mosaïque au lieu de rester un tout comme il est là. Il est vraiment mobilisateur et unificateur, il est unifiant ce projet-là, la cuisine elle est unifiante » (Communication personnelle, animatrice du milieu en réseautage alimentaire, Santé l'Action).

Maintenant que nous avons passé en revue les caractéristiques des acteurs, nous allons aborder les conditions facilitantes en lien avec le contexte de travail. J'ai choisi de les séparer en trois niveaux, soit le contexte des processus opérationnels des tables de concertation (niveau MICRO), les infrastructures de support (niveau MÉSO) et le contexte MACRO au niveau du système.

8.5 Les conditions facilitantes en lien avec les processus opérationnels de la table (MICRO)

Ce sont les acteurs qui déterminent les processus, et sans aucun doute leurs caractéristiques intrinsèques se reflètent dans leurs choix. En analysant l'ensemble des récits, il en ressort une série de facteurs qui semblent faciliter le travail de partenariat. Ces facteurs sont les suivants :

- La synergie développée entre les membres du comité grâce à leur complémentarité
- Le climat de travail
- La dynamique du comité, notamment la collégialité et le respect de l'opinion de chacun
- La capacité du comité à s'adapter et changer rapidement de cap au besoin
- Les outils de planification privilégiés
- Le travail en réseau

Pour les premiers quatre facteurs, il est difficile de distinguer entre les causes et les conséquences. Est-ce la synergie entre les membres qui rend possible le climat de collégialité? Est-ce l'influence des animateurs qui détermine le climat de travail? À première vue, il semblerait que c'est le mélange de toutes ces conditions qui ont facilité la dynamique de groupe. Nous avons discuté précédemment de la synergie développée entre les membres du comité grâce à leur diversité qui rend l'apport de chaque individu complémentaire. Nous allons partager maintenant les propos des acteurs concernant l'importance de bâtir un bon climat de travail :

« ... il faut toujours, toujours, toujours qu'il y ait du plaisir. Les humains, quand ils aiment ça... ils ont du plaisir, ils sont là. Et ils sont inspirés. [...] Si tu n'as pas de plaisir, là, tu ne resteras pas longtemps » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse - Cas 4).

« ... quand on met en place une nouvelle table de concertation, c'est comme si tu reçois de la visite, il faut... ça prend de la chaleur, ça prend de l'ouverture, il faut que les gens soient à l'aise, il ne faut pas qu'ils se sentent épiés ou menacés, tout ça, alors il y a comme une espèce de savoir-être, de savoir-faire, du temps à chacun pour parler, pour s'exprimer, du non-jugement, une espèce de règle de fonctionnement » (Communication personnelle - Travailleuse sociale #2 - Cas 1).

« Alors les gens, lorsque quelqu'un arrive... la version de base à une table, bon, premièrement au début, il y a une analyse qui se fait, où suis-je, qui sont les partenaires, donc la personne est plus en observation. Et par la suite, c'est là qu'on souhaite qu'elle embarque dans la table et là, plus ça va avancer, plus elle va s'impliquer et quand quelqu'un arrive et taquine les autres personnes à la

table, pour moi c'est un niveau merveilleux de concertation atteint, parce que la personne arrive et elle est comme avec des amis. Elle a hâte d'arriver là et moi je me suis même fait dire par des personnes membres de la table, ils ont décidé de laisser d'autres comités et de maintenir celui-là. Et que c'était par choix. Au-delà de l'organisation qui les avait délégués, ils ont quand même une certaine marge de manœuvre – pour certains – sur les comités qu'ils choisissent et ceux où ils vont et ceux où ils ne vont pas. Et quand quelqu'un arrive et me dit c'est par choix que j'ai décidé de rester là, bien là, ça c'est... » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - Cas 4).

« Donc plus on a de cette proximité, qu'on réussit à créer cette proximité, plus le niveau de concertation pour moi est élevé. Et j'en reviens à ça toujours, si on est capables de créer un climat comme ça, il faut travailler autant sur ça que sur la dynamique de la table que sur la matière qu'on amène » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - Cas 4).

Le climat de travail, certains y réfèrent en mentionnant la dynamique de comité. Ce sont de concepts reliés, mais autre la bonne humeur il semble important de souligner la valeur de miser sur la collégialité et le respect de chacun :

« Il n'y avait pas de hiérarchie dans le comité, dans le sens que la voix de chacune des personnes qui était là avait un poids égal. Et ça, je pense que c'était important. Le directeur général de l'UPA n'avait pas plus d'importance que moi ou que M. J.. ou que... ça, ç'a été... il n'y a pas eu : ok, moi je suis du réseau de la santé, moi je suis d'un plus gros CSSS que le tien [rire] voyez-vous, il n'y a pas eu ça. Il y a eu vraiment une bonne chimie entre les gens à ce niveau-là. Donc la parole de chacun était écoutée. Ça, je pense que c'est important. Elle était écoutée et prise en compte. Ça ne veut pas dire qu'on acceptait les idées de tout le monde... » (Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, cas 1).

« moi j'essaie d'enlever tout de suite les monsieur et madame, je veux rapprocher les gens; on enlève les chapeaux, on enlève les armures, on a un but commun et on va se faire du fun à le faire » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - Cas 4).

« À travers une philosophie où il y a un certain protocole et où il y a une dynamique d'installée et une convivialité qui nous amène à construire et à aller plus loin [...] où les gens sont toujours intéressés à venir travailler et quand ils doivent changer de poste, comme il y a certains membres qui passent à d'autres fonctions, qui doivent changer et là c'est quelqu'un d'autre, c'est toujours avec : je veux rester informé et continuez de m'envoyer de l'information sur ce qui se passe dans tout le cheminement de vos travaux, parce que j'ai toujours un intérêt. Donc ce sont des gens qui sortent, mais qui continuent à transmettre et à faire en sorte que le message de la table et ce qui se passe autour de la table, à transmettre même dans leur entourage et dans leur nouvel entourage aussi. Donc ça a cette particularité-là. Je me permets de le dire parce qu'on est tellement fiers, c'est que c'est ce qui fait en sorte que la table est dans sa quinzième année d'existence et ça, c'est unique. Une table de concertation qui est existante et dynamique aussi longtemps, c'est unique. Habituellement une table de concertation, ça a une vie... cinq-six ans à peu près » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - Cas 4).

La flexibilité, l'adaptabilité du comité sont des atouts importants, car les situations évoluent et il faut pouvoir changer rapidement de cap, comme illustré tout particulièrement dans le cas 1 :

« Ensuite bien sûr ce qui a été notre force, ç'a été quand notre première idée ne marchait plus, ç'a été de s'adapter à la nouvelle réalité. Ça, ç'a été... je pense que si on n'avait pas fait ça, on aurait remboursé 40 000 \$ de la subvention [rire] et on aurait dit ça ne marche pas notre affaire » (Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, cas 1).

Un autre condition facilitante en lien avec les processus opérationnels commun aux quatre études de cas analysés est la disponibilité ou la création des outils de planification. Ces outils peuvent être des cartes du territoire et de la population cible (cas 1, cas 3), des inventaires ou analyses de la situation de départ (cas 2, cas 3, cas 4) et des plans d'action structurants et détaillés par type de clientèle (cas 1, cas 3, cas 4). Tous ces outils donnent aux membres de comité un sens de convergence vers le but commun et guident les activités au niveau opérationnel.

Le dernier élément est le travail en réseau. La nature complexe des problématiques analysées, que ce soit en prévention ou en développement communautaire, nécessite l'intervention de nombreux acteurs, à différents moments du processus. Ils contribueront en donnant de l'appui politique, financier ou en partageant de ressources de tout genre, notamment de l'information. Certains deviendront de membres actifs de comité, d'autres seront appelés à contribuer tout en opérant à la périphérie du comité même. Savoir les mettre à contribution au moment opportun relève de l'expertise des acteurs :

« Moi j'avais essayé de l'appeler ce monsieur-là, mais j'ai pas obtenu de nom. Mais le maire, c'était son bon chum, il en fait de la motoneige, alors il a fait le pont et on est venus à bout d'avoir quelqu'un. Et là, bien c'est moi qui ai rencontré le quelqu'un pour lui expliquer le comité, comment on fonctionne, et là il est venu à notre dernière rencontre et il a dit oui, je vais m'impliquer, je comprends ce que vous faites maintenant, il a assisté à toute la rencontre et à toutes les discussions et il a dit ok, j'embarque » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4).

« Fait que le président de [nom de l'entreprise 2], il appelle [nom de l'entreprise 3] et il dit : hey! Embarques-tu? Il dit : bien oui! Deux chums. C'est de même que ça marche! Réseau. Réseau, réseau, réseau. Après ça le président de [nom de l'entreprise 2], bien il est sur le comité privé du ministère... du ministre des Transports! Fait qu'il dit au ministre [...] » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l'alcool au volant de Bellechasse - cas 4).

« Alors moi je trouve que les médias sont fondamentaux pour la fin d'une cause. Tu sais, tu ne peux pas aujourd'hui travailler en circuit fermé. Alors on parlait de secteurs, tout à l'heure, mais ça, le réseau, les communications, moi... regarde... Alors t'arrives à la MRC, moi les maires je les connais tous. [...] tu sais, il faut que tu connaisses les gens! Moi je dis... tu es très efficace quand tu peux dire à quelqu'un : hey! j'ai une nouvelle : on s'en va là. Ou bien donc : donne-moi donc 100 \$! — et le gars te donne ton 100 \$. Il ne te pose pas de questions : il le sait qu'il peut te donner 100 \$ et te faire confiance. Ça, c'est rapide. Ça, c'est efficace et productif. Mais il faut que tu aies investi pour avoir ça, avant. Et tu arrives à un étranger : donne-moi donc 100 \$, il ne te le donnera jamais! Mais si cette personne-là, tu as pris le temps d'établir des bases humaines, de donner des

coups de poing sur les épaules, de prendre un verre ensemble, de t’amuser, toutes sortes de... de façons de faire, quand tu arrives à ton propos, à ton sujet, à quelque chose de val... de... tu vas l’avoir. Tu dis : écoute, j’ai besoin de ton service. [...] Ah, ok! C’est fini! Tu n’as rien à expliquer, là, c’est... il te fait confiance et c’est réglé. Alors moi j’ai toujours pensé que c’est la meilleure façon, quand tu établis une base humaine solide avec quelqu’un; après ça, lui a besoin de toi, ou toi tu as besoin de lui : c’est réglé! Quand tu n’établis pas ça, tu fais... tu sais, comme les fonctionnaires, chacun ses affaires : c’est pas... il n’y a pas d’efficacité! Souvent entre les ministères ils ne se connaissent même pas; c’est des chasses gardées : c’est MON ministère, c’est MES affaires — j’en ai assez vu de ça, de toute façon... Il n’y a pas d’efficacité là-dedans. Alors il n’y a pas de complémentarité, ce n’est pas fluide, c’est compartimenté, c’est... » (Communication personnelle – Citoyen et président du Comité pour la prévention de l’alcool au volant de Bellechasse - cas 4).

8.6 Les conditions facilitantes en lien avec les infrastructures (MÉSO)

Bien que les acteurs impliqués directement dans les partenariats intersectoriels aient un rôle majeur à jouer, il est important de reconnaître que le succès de leurs initiatives dépend en grande partie de l’appui accordé par les instances supérieures. Cet appui est déterminant pour garantir le démarrage et la viabilité de projets. Trois grandes familles de facteurs structurants au niveau méso se dégagent de cette analyse : la force politique de la commande originale, le rôle et l’engagement des instances supérieures et les ressources mises à disposition des tables de concertation ou comités opérationnels.

8.6.1 La force politique de la commande originale

Nous avons discuté précédemment de la nature du problème qui est à la source de l’action intersectorielle en santé ainsi que des caractéristiques de l’objectif commun. Cependant, un aspect qui mérite d’être abordé séparément est celui de la force ou le poids politique qui se dégage de l’objectif commun. Par exemple, si une organisation politiquement influente sollicite la participation d’autres partenaires, voire d’autres secteurs pour élaborer une solution à un problème complexe, cela risque d’être assez mobilisant. Cette situation fut le cas du programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs (cas 1) :

« Bien, le fait que la demande parvienne au réseau par un partenaire qui est quand même important en milieu rural, qui est l'UPA, l'UPA est quand même un organisme qui a du prestige et du pouvoir, donc c'est sûr que ça infléchit la décision des directeurs généraux. Si ça avait été un petit organisme communautaire de St-Georges qui avait fait cette demande-là, probablement que ça aurait passé dans le beurre. [...] le fait que ce soit demandé par un partenaire qui est un joueur majeur dans notre région, ça, ça joue. Quand c'est la commission scolaire qui demande quelque chose à l'établissement, oui ça, ça joue. Vous savez, quand il y a des vis-à-vis soit en grosseur, soit en prestige ou en pouvoir, ça joue aussi, il ne faut pas se faire d'illusion. Si ça avait été le Syndicat de base ou les producteurs laitiers des Etchemins, ça aurait eu une influence, mais moins grande que si c'est la grande UPA qui fasse la demande, parce que là on est à un autre niveau, ça se passe au niveau des directions générales et non pas par l'organisateur communautaire » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1).

Sous un angle légèrement différent, le poids de l'opinion publique lors des accidents de la route régionaux, exacerbé par les médias, a joué un rôle similaire dans le programme de prévention de l'alcool au volant (cas 4). Des acteurs majeurs (la Direction de Santé publique, le ministère des Transports et la Sûreté du Québec) ont uni leurs forces pour s'attaquer à la problématique. Ainsi, l'élan donné par des acteurs sociaux politiquement puissants (les médias, les institutions provinciales) à travers une commande claire semble avoir été un facteur structurant pour la concertation.

8.6.2 Le rôle et l'engagement des instances supérieures

Même quand les gestionnaires ne se retrouvent pas aux tables de concertation en tant qu'acteurs principaux, comme dans l'exemple du cas 1, leur appui à l'initiative intersectorielle demeure crucial. Cet appui s'actualise sous différentes formes : leur sensibilité à la démarche, leur leadership, leur rôle dans le choix des bons intervenants et leur encadrement, l'engagement formel, leur proximité avec les intervenants, l'octroi de ressources et surtout de la marge de manœuvre requise pour que les acteurs puissent opérer. Les extraits d'entrevue suivants illustrent ces propos :

La sensibilité des gestionnaires

« Alors on sait que d'autres UPA ont repris ce que le Centre-du-Québec avait fait, avec un peu de ce que nous on a fait ici, et qu'ils le font chez eux. Dans d'autres ça n'a pas mordu, ils ne l'ont pas repris. Mais ça dépend de la sensibilité des dirigeants » (Communication personnelle, représentant du CSSS des Etchemins, cas 1)

La proximité entre gestionnaires et intervenants

« Moi je dirais qu'au CSSS de Beauce ç'a été la proximité avec les gestionnaires qui a fait la différence, parce que je ne suis pas sûr que dans un contexte où il n'y aurait pas eu cette proximité-là, il y aurait eu beaucoup de personnes qui auraient eu une invitation à aller au colloque de Drummondville, et on aurait peut-être été dans une position d'attente par rapport aux demandes de la Fédération » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1)

L'engagement formel des partenaires qui fut obtenu dans le but de garantir l'implication des organisations participantes et assurer la pérennité du projet

« Alors pour moi l'engagement formel est très important, et c'est pour ça que quand j'ai travaillé à monter le projet d'intervention préventive à la demande du directeur de programme adulte ici au CSSS de Beauce, je lui ai demandé à un moment donné de s'assurer qu'il avait l'adhésion formelle de ses collègues dans les autres CSSS. Et une adhésion formelle pour moi c'est pas un coup de téléphone ou une discussion de corridor, c'est un écrit, et au moment de monter le projet... bien quand il est parti le projet, il y avait des lettres d'appui signées par ses collègues des autres programmes dans les autres CSSS, et moi à la lumière de ça je me suis dit le projet, 1] a des chances d'être accepté, et 2] de se réaliser dans les meilleures conditions, parce que si les directeurs de programme en question s'engagent dès le départ du projet il y a des bonnes chances qu'ils acceptent d'aller plus loin, et à l'intérieur du projet de signer une entente formelle, ce qui s'est produit. . » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1)

« ... par rapport à l'entente formelle là j'ai rajouté ma touche personnelle là-dedans pour faire en sorte que ce soit quelque chose auquel les établissements adhèrent afin d'assurer la pérennité du projet, parce que moi dans mon esprit au départ il fallait que ce projet-là continue, et en dehors d'une entente formelle moi j'en voyais pas la possibilité, parce que c'est trop facile de réaffecter des

intervenants ou d'accorder les priorités à autre chose, à d'autres problématiques, et de dire bien nous on a fait notre bout, arrangez-vous » (Communication personnelle, représentant du CSSS de la Beauce, cas 1)

8.6.3 Les ressources

Dans le modèle proposé originalement par Harris (Harris et al., 1995) et son équipe et repris ultérieurement par Dick (Dick, 2002), la première des cinq conditions de l'action intersectorielle est la « capacité ». Cette condition est assez englobante, car elle exige que les organisations ou secteurs aient les connaissances et les ressources nécessaires pour entreprendre les travaux envisagés et qu'ils aient donné leur engagement envers eux. Nous avons discuté précédemment de l'engagement, et je voudrai maintenant concentrer l'attention sur les ressources. La disponibilité de ressources peut être analysée en tant que barrière aux actions intersectorielles, comme fut discuté dans la section portant sur les défis, mais aussi en tant que condition facilitante. Parmi tous les types de ressources, ce sont évidemment les ressources financières qui ressortent le plus fréquemment dans le discours des acteurs, même si celles-ci se traduisent en ressources humaines dédiées. Les espaces physiques pour réaliser des réunions furent aussi mentionnés.

Les ressources humaines dédiées

« Ce qui est mobilisateur et qui peut être aussi... qui peut avoir l'effet contraire, le fait d'avoir du budget ou pas de budget. Dans les différents projets qu'on peut mettre de l'avant, ceux qui sortent de la base, les gens peuvent... ceux qui se mobilisent, qui font partie du fameux comité peuvent être mobilisés et donner du temps pour faire des actions sur le terrain, mais inévitablement, il y a quelqu'un qui doit mettre du temps, de l'énergie, et soit que ça se fait bénévolement ou il y a un budget relié à ça pour pouvoir faire avancer le dossier. Et dans ce cas-ci, c'est sûr que ç'a aidé. À partir du moment où on a eu des intervenants terrain qui ont été appliqués dans chacun des territoires de CLSC les éléments du plan d'action, ç'a été facilitant. Si on enlève le budget, je crois qu'il aurait été beaucoup plus difficile de demander à chacun des partenaires d'identifier des ressources qui iraient faire ce travail-là. Si on avait demandé aux CLSC de dégager du temps pour un intervenant pour aller faire cette action-là, je suis loin d'être sûr qu'on aurait réussi aussi facilement » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches – Cas 4).

« Je pense que ça prend vraiment quelqu'un, qui... pour réussir ce type de collaboration là, je pense que ça prend un pilier qui est payé et qui a le souci que tout le monde demeure en lien. Sinon, il n'y a plus de comité qui existe, je veux dire les gens... avec le temps, les communications vont s'effriter, il va manquer le lien. Je pense que ça prend quelqu'un qui initie les rencontres, qui convoque... peut-être qu'ils pourraient fonctionner sans compte rendu ou quelques discussions comme ça, mais ça serait beaucoup moins structuré selon moi » (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1 – cas 4)

« ... la table Beauce-Etchemins, il y a une chose qui a fait en sorte aussi qui l'a aidée à fonctionner, c'est les bras. Les bras, c'a été les intervenants terrain, c'est-à-dire qu'il y a eu... ils se sont aperçu qu'un paquet de décideurs autour de la table, mais tout le monde contrairement au regroupement de Bellechasse, où les gens repartaient avec du travail, eux ils repartaient avec des décisions à faire descendre, ils pouvaient alimenter le comité au niveau des idées, mais au niveau du travail sur le terrain, ça prenait des intervenants terrain et pour ce faire, il y a eu donc à raison de... 2,5 jours/semaine environ, on dit environ parce que selon le salaire de l'intervenant qui a été mis là, bien on voulait que ça corresponde à 2,5 jours/semaine, un budget par MRC. Donc dans Beauce-Etchemins, on se trouvait à avoir quatre MRC, donc quatre intervenants terrain » (Communication personnelle - Agent de planification et programmation en Santé publique pour l'Agence de Santé et Services sociaux de Chaudière-Appalaches - cas 4).

Les espaces physiques : un lien de rencontre commun

« Parce que moi je pense qu'en ayant un grand territoire à couvrir, 20 municipalités, ou 11, c'est grand. Je veux dire moi Bellechasse, il y a 90 kilomètres d'un axe à l'autre, en X. C'est de St-Léon au bout du territoire, à Beaumont, il y a 90 kilomètres, alors c'est sûr que c'est grand, alors ça demande qu'il y ait un lieu de rencontre commun et qu'on fasse nos rencontres centrales, que ces gens-là demeurent aussi intégrés et au niveau intersectoriel, c'est sûr et certain qu'on le nomme, on dit qu'on a différents partenaires de différents milieux (Communication personnelle - Travailleuse sociale en prévention de l'alcool au volant #1- Cas 4).

Les ressources financières

Au-delà des ressources financières mises à contribution par les gestionnaires, il faut considérer la capacité des acteurs d'aller puiser dans les sources externes mises à leur disposition, à travers de subventions (cas 1), des financement spéciaux (cas 2), de programmes nationaux tels que *Québec en Forme* pouvant accommoder des initiatives locales (cas 3), ou la mise à contribution de partenaires financiers tels que la caisse Desjardins (cas 2), ou la compagnie d'assurance Promutuel (cas 4). Nous allons cibler seulement quatre extraits d'entrevue pour illustrer cette question :

« C'est sûr que là, en n'ayant plus de budget en tant que tel, bien on se limite un peu plus dans nos actions. Le gros de nos actions a été fait dans le temps qu'on avait le budget; les outils qui ont été mis en place c'était dans le temps qu'on avait le budget. Mais c'est sûr que là on ne referait pas tout ce qu'on a fait sans avoir le financement pour » (Communication personnelle, représentant de l'UPA de la Beauce, cas 1)

Extrait d'entrevue : Ex-maire – cas 2

Dans les milieux ruraux, en fait il y a la Politique nationale de la Ruralité qui a des sous pour développer des projets, donc dans chaque municipalité...

I : Quel ministère encore...?

R : Le Ministère des Affaires municipales. Donc cette politique-là fait en sorte qu'à tous les 3 ans il y a des montants par MRC qui sont développés pour justement dynamiser les milieux et faire en sorte d'éviter la dévitalisation des milieux si on veut. Donc à l'intérieur de cette politique-là, c'est sûr que c'est le conseil des maires qui décide comment les argents vont être distribués, comment ça va fonctionner. En Beauce-Sartigan, chaque municipalité avait son comité de la ruralité qui décidait des projets, des priorités, pour investir les sommes.

« ... Alors moi ma job ne s'arrêtait pas là; moi j'ai comme parti le projet, j'ai concerté les partenaires autour, mais après ça il fallait le rendre terrain ce projet-là parce que moi je n'avais pas de sous... j'avais des sous pour 6 mois. Alors je l'ai parti, j'ai pris un risque, mais en même temps je le travaillais par en arrière pour l'attacher avec Québec en Forme, parce que j'étais sur le comité Québec en Forme, et j'avais fait mettre moi dans le plan d'action qu'on devrait faire des actions en lien avec la sécurité alimentaire, donc parce que je l'avais inséré dans le plan d'action j'ai pu le rattacher. C'est un peu stratégique, mais je l'ai travaillé comme ça alors j'ai réussi à l'attacher avec Québec en Forme qui

soutient le projet depuis maintenant au moins 1 an, 1 an et demi » (Communication personnelle, ex — organisatrice communautaire au CSSS de Beauce – cas 3).

« la Caisse Populaire Desjardins est toujours un partenaire présent, efficace et sérieux. Ils veulent participer à la communauté, même si le directeur n'est pas une personne de [la municipalité], la mentalité de Desjardins est qu'il y a un montant alloué chaque année – c'est environ 250-275 000 \$ qui est redonné à la communauté pour des activités comme ça. Alors vous présentez votre projet, ça se tient, ils vont dire oui tout de suite, ils embarquent en arrière de nous, ce qui fait la force aussi de nos petites communautés, alors ça fait partie justement des partenaires importants, au point de vue information – que ce soit au niveau de la comptabilité, des possibilités d'argent – de partenaires aussi au niveau du financement, ainsi de suite » (Communication personnelle, Ex-maire – cas 2)

8.6.4 Le rôle de l'IPCDC

Dans une catégorie à part, mais en lien avec les infrastructures de support à la concertation intersectorielle se retrouve le rôle de l'Initiative de Partage des Compétences et du Développement des Connaissances (IPCDC). Dans la région de Chaudière-Appalaches, les activités de l'IPCDC ont démarré vers la fin de 2010, principalement par l'entremise de réunions de sensibilisation et formation offertes aux gestionnaires et à certains organisateurs communautaires à l'emploi des cinq CSSS. Dans ce contexte, il fut normal de constater au fil des entrevues que la grande majorité d'acteurs rencontrés jusqu'en novembre 2011 n'était pas encore au courant de son existence. Par contre, une représentante du secteur sociosanitaire rencontrée était bien impliquée dans les activités de l'IPCDC et elle partageait la même vision quand à l'importance du développement des communautés et de la responsabilité populationnelle, de façon très holistique. En analysant les extraits de ces propos, présentés en détail dans le cas 2, il fut possible de constater le défi auquel une stratégie intrasecteur comme l'IPCDC fait face. Comment pourra-t-elle rendre perméable aux autres secteurs sa vision du développement des communautés, et démontrer la nécessité de travailler en mode intersectoriel pour agir en amont sur les déterminants de la santé? Malgré ce défi, il semble évident que la sensibilisation aux concepts principaux véhiculés par l'IPCDC (la responsabilité populationnelle, les déterminants sociaux de la santé, le travail en

réseau et la mobilisation communautaire) a le potentiel de jouer un rôle très important pour faciliter l'action intersectorielle.

8.7 Les conditions facilitantes en lien avec le contexte MACRO (système)

Pour compléter cette analyse, il nous faut passer en revue les conditions facilitantes en lien avec le contexte macro. Trois constats majeurs semblent se dégager. En premier, il est plausible de croire que les contextes socioéconomiques difficiles poussent au développement de partenariats, car les acteurs reconnaissent leur incapacité de se prévaloir de toutes les ressources requises pour mener à terme de projets. En deuxième, il faut mentionner le phénomène de la « mentalité Beaucerone » : des gens fiers, autonomes, qui mettent l'accent sur la valeur du travail et la débrouillardise, et qui préfèrent ne pas avoir à demander de l'aide à personne, surtout pas au gouvernement. Le fait qu'il s'agit d'une étude régionale, et que la plupart de cas analysés dans le cadre de cette recherche se sont déroulés en Beauce rend difficile la comparaison avec d'autres régions québécoises ou canadiennes. Toutefois, plusieurs personnes interviewées dans le cadre de cette recherche mentionnent la présence de cette « mentalité Beaucerone », caractérisée par l'autonomie et la débrouillardise, qui semblerait exister, ou tout au moins, être perçue par les acteurs :

« Mais c'est un peu la Beauce aussi, on est un petit peu comme ça. [rire] Oui, c'est ça, et je pense qu'il faut être stratégique quand on travaille en développement des communautés et en intersectoriel, je pense qu'il faut être comme ça, parce que sinon il n'y a rien qui se fait » (Communication personnelle, ex-organisatrice communautaire au CSSS de Beauce- cas 2 et 3)

De plus, il semblerait que cette même « mentalité Beaucerone » serait imprégnée de solidarité, condition qui rend évidemment le terrain très fertile pour la concertation et le travail intersectoriel :

« D'ailleurs, depuis 5 ou 6 ans, ce sont les hommes d'affaires de la région qui ont je dirais investi le CA de Moisson-Beauce qui sont très actifs, qui font un gros tournoi de golf; ils sont conscients que la création d'emplois, ils ne peuvent pas en créer assez pour que la population vive. Alors il y a une belle solidarité à ce niveau-là, je trouve que des hommes d'affaires qui vont s'impliquer là-dedans et qui le font avec, je trouve, assez de discrétion, donc

c'est quelque chose qui est assez remarquable. La Beauce, ç'a été une région isolée longtemps, donc il y a vraiment une grande solidarité ici » (Communication personnelle, représentant de Partage au Masculin, cas 1).

En dernier, pour le développement de la collaboration intersectorielle, il semble exister au niveau micro (local) une marge de manœuvre pour le travail en réseau plus grande qu'au niveau méso ou macro. En effet, il s'agit de milieux plus petits : les acteurs locaux se connaissent, ils sont plus portés à se faire confiance en reconnaissant les responsabilités et les limites de chacun, et ils peuvent concentrer leur attention sur des besoins concrets des vraies personnes, avec nom et adresse, plutôt que sur des entités anonymes tels que « les populations vulnérables ». En effet, il y aurait dans la région un historique des relations intersectorielles qui se sont développées au fil des années :

« Donc les élus municipaux, on les voit, parce qu'on fait... la police de proximité, entre autres, implique que chaque policier dans Bellechasse parraine une municipalité, donc on est attiré à une municipalité — moi je suis attirée à La Durantaye, dans Bellechasse, donc M. [nom] qui était sur le comité, c'est mon maire » (Communication personnelle - Agente de la Sûreté du Québec – cas 4).

L'importance de la qualité des relations et des antécédents de travail fait en commun a été déjà soulevée par d'autres chercheurs (Dick, 2002; Gamson, 1961b; Harris et al., 1995; O'Neill et al., 1997).

8.8 Conclusion concernant les conditions facilitantes

Dans cette section nous avons analysé l'ensemble de facteurs qui semblent avoir facilité le travail intersectoriel. Certains d'entre eux, notamment les ressources et la complexité de la problématique, ont déjà émergé en tant que défis potentiels. En effet, comme anticipé en cours de cette recherche, les conditions de succès (les conditions facilitantes), si absentes, peuvent devenir des obstacles (les barrières) aux actions intersectorielles. S'il s'agit de barrières surmontables, elles deviennent de défis, mais par contre, s'ils représentent des lacunes ou des obstacles majeurs, elles deviendront de conditions d'échec. Il est important de se rappeler que tous les cas à l'étude dans le cadre de cette recherche ont été des expériences heureuses, couronnées de succès. Il serait donc pertinent de valider ces énoncés en analysant

des initiatives infructueuses, pour vérifier si la ou les causes d'échec étaient reliées aux barrières rencontrées.

Sept catégories de conditions facilitantes ont été discutées dans cette section, soit ceux en lien avec :

1. le problème
2. les objectifs
3. les résultats **Error! Bookmark not defined.**
4. les acteurs
5. les processus opérationnels de la table (MICRO)
6. les infrastructures (MÉSO)
7. le contexte MACRO (système)

Les premières trois catégories sont interreliées et intimement liées à la définition même du terme « action intersectorielle en santé ». Elles sont interdépendantes et doivent être analysées appartenant à une même famille. Une problématique complexe, multiforme, légitimise l'approche intersectorielle pour s'y attaquer. L'objectif principal sera établi par consensus; il doit être commun, noble et précis. Des objectifs complémentaires peuvent aussi être poursuivis, par tous ou seulement par certains acteurs, dans la mesure qu'ils ne soient pas antagonistes au but commun. Les initiatives intersectorielles génèrent des résultats, certains anticipés et d'autres moins ou pas, tels que des retombées non prévues (positives ou négatives) générées par l'initiative (*spillover effects*)

Les acteurs sont les artisans de la collaboration intersectorielle. Chacun d'entre eux contribue à saisir la complexité du problème, en apportant sa propre perspective sectorielle. Les acteurs se rallient autour d'un objectif commun, tout en visant d'autres objectifs complémentaires propres à leur organisation ou intérêts. Leurs caractéristiques personnelles et professionnelles peuvent faciliter (ou nuire) énormément aux processus. Leur intervention détermine en effet la plupart des processus opérationnels (priorités, dynamique et climat de travail, créativité, capacité d'adaptation, mécanismes de résolution de conflit, etc.) les processus ne sont pas en fait de séquences linéaires, mais souvent itératives, ou la flexibilité et l'ajustement constant sont de mise.

Les acteurs n'opèrent pas dans le vide. La plupart d'entre eux s'appuient sur des infrastructures tissées à partir des liens hiérarchiques, des ressources de toute sorte et des cultures organisationnelles et sectorielles. Chaque secteur dispose de l'infrastructure qui lui est propre. Enfin, chaque initiative de concertation se déroule dans un contexte historique, géographique, politique, juridique et socioéconomique qui caractérise le temps et l'espace, et qui risque d'influencer les paramètres entourant la concertation, tels que les valeurs, les priorités, et le besoin d'agir.

Chapitre 9 : Conclusion

9.1 Réponses aux questions de recherche

Nous allons réintroduire ici les questions de recherche dans le but d’y répondre :

A. Quels sont les cadres théoriques les plus appropriées pour étudier les processus intersectoriels en santé des populations?

A.1 Y at-il une différence entre les termes action intersectorielle, collaboration intersectorielle et action intersectorielle pour la santé? Y at-il un consensus sur les définitions de ces termes dans la littérature académique? Les acteurs impliqués dans les processus intersectoriels sur le terrain, reconnaissent-ils ces termes?

Lors de la revue systématique de la littérature, il fut possible de constater la multiplicité des définitions entourant la plupart de ces concepts. De plus, ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature scientifique. Pourtant, il existe une différence principalement entre **action intersectorielle** (*intersectoral action*) et **action intersectorielle pour la santé** (*intersectoral action for health*). Le premier concept ne nécessite pas l’engagement du secteur de la santé. Il ne devrait pas non plus sous-entendre l’atteinte des objectifs reliés directement à la santé. Comme explicité dans le manuscrit préparé par Dubois, St-Pierre et Veras, la collaboration intersectorielle et l’action intersectorielle seraient en fait des synonymes qui devraient porter la même définition :

Intersectoral Action or Intersectoral Collaboration:

Working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest to achieve better results than those obtained working in isolation. Sectors may include

government departments such as health, education, environment, justice, etc.; citizens at large; non-profit societies or organizations³; and business.

À leur tour, la deuxième dyade, collaboration intersectorielle pour la santé et action intersectorielle pour la santé seraient en fait des synonymes qui devraient aussi être reconnus sous la même définition :

Intersectoral Action for Health or IAH or Intersectoral Collaboration for Health:

A recognized relationship between a part or parts of the health sector with a part or parts of another sector that has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a more effective, efficient or sustainable way than could be achieved by the health sector acting alone.

Il est intéressant de remarquer que dans le cadre de la revue systématique réalisée, le terme action intersectorielle pour la santé (*intersectoral action for the determinants of health*) n'a pas émergé comme un concept répandu, malgré les récentes initiatives de l'OMS.

Concernant l'emploi de termes par les acteurs localement, il fut possible de constater lors des entrevues que tous les concepts ayant le mot « secteur » dans leur racine (secteur, intersecteur, intrasecteur), même si compris par la plupart des personnes interviewées, ne font pas partie de leur langage courant. Les personnes interviewées disent les connaître, mais ils les associent davantage au langage scientifique. Sur le terrain, les mots le plus utilisés pour faire référence au phénomène de l'intersectorialité sont « partenaires » et « partenariat ». Les termes « réseau », « réseauter », « concertation », sont aussi utilisés, quoique probablement un peu moins fréquemment. Pourtant, la concertation intersectorielle représente un type particulier de partenariat, même si ce fait ne semble pas être mis en évidence ni dans la littérature ni dans les perceptions des acteurs. En effet, ce qui se dégage dans le discours des gens sur le terrain est l'importance de réussir à collaborer entre partenaires, provenant par définition des origines différentes. Qu'ils appartiennent au même ou à un autre secteur semblerait secondaire à leurs yeux.

³ The voluntary sector is also known as 'the third sector' in the United Kingdom and in several other regions in the world (ISTR, 2013)

A.2 Y a-t-il un cadre conceptuel global dans la littérature qui nous aidera à comprendre et à analyser les processus intersectoriels?

Aucun cadre conceptuel générique n'a pu être identifié au cours de la revue de littérature. Toutefois, parmi les 35 références contenant une définition des termes, huit d'entre elles offraient certains éléments méritant leur intégration dans un modèle global. Les énumérant dans l'ordre chronologique de publication, nous avons observé que les deux premiers modèles se concentrent sur les conditions requises pour réussir. En effet, Harris et coll. (1995) liste six conditions pour une action intersectorielle efficace : la nécessité, l'opportunité, la capacité, les relations, l'action planifiée et des résultats durables. Kreisel (1997) réitère les mêmes conditions et introduit de diagrammes visuels. Santé Canada (2000) décrit les étapes et les défis de l'action intersectorielle, tandis que Ramsden et coll. font la distinction entre les différents niveaux de partenariat (communication, coordination, coopération et collaboration). Ces derniers auteurs proposent aussi une grille pour catégoriser les exemples selon leur niveau d'engagement, formalisation, contact personnel et autonomie. Frankish et coll. (2007) définissent les niveaux d'action interne et de collaboration intersectorielle tandis que l'Agence de la santé publique du Canada (Public Health Agency of Canada, 2008) identifie les mécanismes et outils clés pour soutenir l'action intersectorielle pour la santé et l'égalité en santé, à partir de l'analyse de 18 études de cas internationaux. Geneau (Public Health Agency of Canada, 2009) traite de l'importance des mécanismes de coordination, de gouvernance et de responsabilisation, et, enfin, Wagemakers et coll. (2010) introduisent le modèle le plus englobant, en identifiant les niveaux d'action (individuel, organisationnel, de la coalition et de la communauté) et les catégories de variables à considérer (contexte, participants/intervenants, partenariats/coalitions, processus et résultats).

En constatant le manque de théorisation de l'action intersectorielle, nous avons construit un modèle préliminaire réunissant les sept dimensions qui semblaient principales : les objectifs de santé des populations, d'autres objectifs, les acteurs, les éléments du processus, les conditions (facteurs favorables et défavorables), les résultats (à court, moyen et long terme), et le contexte. Ce modèle a guidé l'élaboration du guide d'entrevue employée lors des études de cas, ainsi que l'analyse du matériel empirique recueilli. Au cours de ces

analyses, nous avons cherché à enrichir le cadre conceptuel préliminaire, en approfondissant notre compréhension de la dynamique entre les sept dimensions, telles que perçues par les participants des quatre cas différents, mais complémentaires.

B. Dans quelle mesure est-il possible de valider ces cadres avec l'expérience du Québec (à partir des initiatives développées dans une région particulière)?

Les questions de recherches spécifiques concernant la question B étaient :

B.1 Quels secteurs sont impliqués dans les processus intersectoriels, et quels secteurs sont impliqués dans des initiatives IPCDC?

Au chapitre 5, nous avons souligné la longue tradition de la région de Chaudière-Appalaches au niveau du travail intersectoriel. En termes de secteurs impliqués, les inventaires de tables de concertation existantes présentés en annexe confirment que la plupart des secteurs de la société y sont représentés dans une ou l'autre des tables : santé, communautaire, éducation, municipale, sécurité, loisirs, emploi et solidarité sociale, transports, organisations charitables (ex. : Centraide), agriculture, pêcheries et alimentation; petite enfance; centres jeunesse, immigration et communautés culturelles, regroupement des aînés, entreprises d'économie sociale, justice, institutions financières et d'investissement, Commission des normes du travail, tourisme, associations religieuses (ex : Unité de pastorale de Montmagny-L'Islet), Conseil du statut de la femme, Office des personnes handicapées du Québec; Régie du bâtiment du Québec, Régie du logement, Revenu Québec, etc. À la lecture de l'inventaire par territoire (Annexe L) il est intéressant de constater que la notion de secteur est bien présente, puisque de façon générale, les différents partenaires (les organisations) qui composent une table de concertation sont classés par secteur.

Lequel de ces secteurs participe aux activités de l'IPCDC? Comme discuté au chapitre 8, les activités de sensibilisation offertes par l'IPCDC sont en train de se déployer de façon progressive. Dans la région de Chaudière-Appalaches, elles ont démarré en 2010. Puisque le premier secteur ciblé fut celui de la santé et des services sociaux, plusieurs gestionnaires et

certaines organisateurs communautaires à l'emploi des cinq CSSS étaient au courant de la démarche qui s'amorçait. Toutefois, la grande majorité d'acteurs rencontrés dans le cadre de notre cueillette de données, conduite principalement entre octobre et novembre 2011, disait ne pas connaître l'IPCDC. Une seule répondante, interviewée en octobre 2011 et récemment promue à gestionnaire dans un CSSS, était bien impliquée dans les activités de l'IPCDC. Elle partageait la même vision quant à l'importance du développement des communautés et de la responsabilité populationnelle.

Un dernier événement mérite attention. Le 11 novembre 2011, une activité de réseautage fut organisée dans la région de Montmagny. Tous les organisateurs communautaires affiliés au secteur de la santé de Chaudière-Appalaches y étaient conviés, ainsi que les agents de développement communautaire, qui sont à l'emploi du secteur municipal. Le but de la journée était de favoriser le partage d'expériences et le maillage. J'ai eu le privilège d'assister à cette journée complète, qui était organisée par l'Agence régionale de la santé et des services sociaux, en collaboration avec l'IPCDC. Malgré la présence active d'un responsable de développement des communautés de l'IPCDC, il semblait avoir une entente implicite de la part des organisateurs de se concentrer sur le contenu et les objectifs, sans nécessairement faire mention du rôle joué par l'IPCDC en tant qu'acteur du changement.

Il est donc possible de conclure, que pour la période d'étude, la plupart de secteurs de la société de la région de Chaudière-Appalaches était engagés dans des processus intersectoriels en lien avec les déterminants de la santé. Par contre, seulement le secteur de la santé et le secteur municipal étaient impliqués avec les activités déployées par l'IPCDC.

B.2 D'un point de vue empirique et dans une région spécifique au Québec : quelles sont les perceptions des acteurs concernant la collaboration intersectorielle et l'action intersectorielle (définition, utilité, faisabilité, nécessité, avantages, inconvénients, défis, conditions facilitantes)?

Nous avons déjà abordé la question de la **définition** de concepts reliés à l'intersectorialité, en soulignant la différence existante entre la littérature académique et l'emploi de termes

par les acteurs, localement. En ce qui concerne l'utilité des démarches intersectorielles (**usefulness**) les quatre cas analysés ont donné lieu à des retombées positives, autant au niveau des objectifs populationnels recherchés (développement communautaire, changement graduel d'attitudes et de comportements de groupes cibles) que de développement des liens de confiance entre partenaires. Toutes les personnes interviewées perçoivent les partenariats intersectoriels comme étant **faisables** à leur niveau, malgré un certain nombre de défis qui doivent être surmontés. La **nécessité** de tenir compte de perspectives diverses et de travailler en collaboration est ressortie comme étant un élément majeur. En effet l'action intersectorielle apparaît comme la stratégie de choix pour s'attaquer aux problèmes complexes, ce qui converge avec la littérature portant sur les problèmes faiblement structurés ou *wicked problems*. (Head, 2008; Morrison, 2010). La perception des acteurs concernant les avantages, désavantages, défis, et conditions facilitantes de l'action intersectorielle a été documentée en détail aux chapitres 7 et 8. Reprenons la liste des **avantages** identifiés par les personnes interviewées (voir figure 9, chapitre 7) :

- La complémentarité des expertises
- Le partage de ressources
- Une meilleure coordination des actions
- Un meilleur impact sur les cibles d'action
- L'émergence de nouveaux projets

Même si les participants n'ont identifié aucun **désavantage** associé aux partenariats intersectoriels, ils en ont quand même fait ressortir une série de **défis**. Certains d'entre eux sembleraient communs à tous les partenariats en général, tandis que d'autres sembleraient être l'apanage des partenariats intersectoriels. Cette distinction est aussi présente au niveau des **conditions facilitantes**, quoique moins évidente. Le tableau 6 résume l'ensemble des facteurs passés en revue aux chapitres 7 et 8, autant en ce qui concerne les conditions facilitantes que les défis. Le tableau cherche à comparer la forme que ses facteurs prennent à l'intérieur des partenariats en général, par rapport aux partenariats intersectoriels. Les aspects qui distinguent ces derniers sont précisément ceux qui découlent des différences

entre secteurs, notamment les perspectives variées, la diversité des acteurs offrant des approches complémentaires, et la portée du travail en réseau, lequel s'avère encore plus vaste que dans le cadre de partenariats intrasectoriels.

Tableau 7 : Les conditions facilitantes et les défis des partenariats en général, par rapport aux partenariats intersectoriels

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Problème	Situation visible et potentiellement modifiable	Situation complexe nécessitant l'engagement de perspectives différentes		La difficulté à appréhender la complexité de la problématique Le besoin de sortir de sa zone de confort
Objectifs	Précis			
	Identifier une cause commune et noble			
Résultats	Anticiper les mécanismes d'évaluation			
	Diffuser les résultats			
	Reconnaitre publiquement les acteurs impliqués			

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Acteurs		LA MOBILISATION À TOUS LES NIVEAUX		
	LE PROFIL DE PARTICIPANTS DANS LEUR ENSEMBLE		Les bonnes personnes : Bien identifier les membres et capitaliser sur leurs atouts	
		La diversité des intervenants		
	Connaitre le milieu, connaître les gens			
	L'ouverture vers l'innovation			
	Le leadership et l'initiative			
	L'esprit de solidarité			

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Acteurs	LE PROFIL DES PILIERS			
	Pionniers			
	Avoir une foi indéniable, mentionnée déjà aussi autrement comme « croire à la problématique »			
	Être visionnaire			
	Avoir une philosophie et une habileté de rassemblement			
	Avoir une excellente capacité de négociation			
	Animateurs/coordonnateurs			
	La flexibilité pour s'ajuster au profil du groupe	Le profil d'un groupe multisectoriel est encore plus divers		
	La capacité pour établir un climat de confiance			

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Acteurs	• L'enthousiasme pour la cause			
	• La grande capacité de travail			
	• Savoir agir stratégiquement			
		La contribution d'intervenants en organisation communautaire		
	Chargé de projet			
	• La capacité de mobilisation			
	• L'esprit curieux et ouvert à l'exploration			
	• Le dynamisme			
	• L'esprit santé			
	• Le rôle neutre			

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Processus opérationnels		La synergie développée entre les membres du comité grâce à leur complémentarité		
	Le climat de travail			
	La dynamique du comité, notamment la collégialité et le respect de l'opinion de chacun			
	La capacité du comité à s'adapter et changer rapidement de cap au besoin			
	Les outils de planification privilégiés		Savoir mettre en place les bons processus	
		Le travail en réseau		
				L'abus de l'approche intersectorielle

	CONDITIONS FACILITANTES		DÉFIS	
	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels	Tout type de partenariat	Exclusif aux partenariats intersectoriels
Contexte méso (infrastructures)	La force politique de la commande originale			
	Le rôle et l'engagement des instances supérieures		Les rôles mal définis et les hiérarchies dysfonctionnelles	Le manque de concertation interministérielle pour appuyer les concertations qui se font au niveau local
	Les ressources (humaines, financières, physiques)		Les ressources Le roulement des acteurs L'âge des intervenants	La rivalité intrasecteur pour les ressources
		La sensibilisation offerte par l'IPCDC aux déterminants de la santé		
Contexte macro	Les contextes socioéconomiques difficiles poussent au développement de partenariats			
	La « mentalité Beaucerone » (autonomie, débrouillardise,			

	solidarité)			
		Plus grande marge de manœuvre pour le travail en réseau au niveau local		

B.3 Quels sont les résultats attendus des initiatives intersectorielles, lorsqu'elles existent, en ce qui concerne la santé de la population? Quels sont les résultats réels, le cas échéant? Y a-t-il une innovation en termes d'approches, les stratégies, les structures telles que les réseaux et les nouveaux partenariats, projets, etc.? Est-ce que ces stratégies intersectorielles mènent à l'élaboration de politiques publiques saines (règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur la santé)? Comment?

Cette sousquestion est séparée ici pour mieux répondre à chacune de ses composantes.

Quels sont les résultats attendus des initiatives intersectorielles, lorsqu'elles existent, en ce qui concerne la santé de la population? Quels sont les résultats réels, le cas échéant?

L'objectif de notre recherche était d'analyser le phénomène de l'intersectorialité en santé à travers des exemples empiriques, et pas d'évaluer les initiatives en tant que telles. Dans le cadre des entrevues réalisées, il fut important de clarifier auprès de personnes rencontrées que les questions posées n'avaient pas de jugement normatif associé à la performance des projets. Ceci dit, plusieurs constats sont ressortis en ce qui concerne les résultats de chacun des projets, du court au long terme.

La même grille d'analyse fut appliquée aux quatre études de cas, dans le but de faire ressortir les objectifs originaux (résultats anticipés), explicites ou pas, et de les comparer avec les résultats réels. Ainsi, chaque étude de cas décrit le but ou objectif à long terme de l'initiative, les objectifs intermédiaires ou à moyen terme, les objectifs à court terme souvent reliés directement aux activités, et les objectifs sous-jacents. Les documents disponibles ainsi que le discours des acteurs ont été pris en compte pour déterminer dans quelle mesure ces différents niveaux d'objectifs avaient été atteints au moment de cette recherche. Les constats ont été favorables dans l'ensemble de cas.

Comme discuté au chapitre 5, la durée, l'envergure et le type de structure de concertation étaient différents dans chacun de quatre cas, mais deux modèles génériques de collaboration intersectorielle en santé ont pu être identifiés : la toile et la spirale ouverte. Le but ultime du modèle de la toile (cas 1 et 4) est d'influencer le comportement des groupes cibles

spécifiques, ce qui nécessite des efforts soutenus sur le long terme. Les activités peuvent être déployées à différents niveaux au sein d'un secteur, et il n'y a pas seulement une prise de conscience par rapport aux activités déployées en parallèle par les autres secteurs, mais surtout de la coordination. Des liens serrés sont développés entre les secteurs. De son côté, le modèle de la spirale ouverte prend l'apparence d'un projet pratique et circonscrit (cas 2 et 3), mais vise des impacts à grande échelle, liés au développement communautaire. En effet, les deux initiatives étudiées (parc de jeu pour la petite enfance et groupes de cuisine collective) ont eu un effet d'entraînement et des retombées (*rippling effect*) au-delà de leur objectif apparent, pouvant influencer d'autres secteurs, impliquer d'autres partenaires et permettre à l'initiative d'être adoptée et adaptée ailleurs.

Outre les résultats mêmes des initiatives, il est possible de conclure que le modèle d'action intersectorielle est un produit en soi de la concertation. Les acteurs apprennent à se connaître, développent des liens de confiance et élargissent leur pouvoir, en ayant accès aux ressources d'autrui, notamment leurs connaissances et leurs réseaux d'influence.

Y at-il une innovation en termes d'approches, les stratégies, les structures telles que les réseaux et les nouveaux partenariats, projets, etc.?

L'approche intersectorielle est identifiée comme étant une stratégie de choix en promotion de la santé depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978. De toute évidence, il ne s'agit pas d'un concept nouveau. Toutefois, ce sont les formes d'application qui constituent une innovation. À quel niveau la concertation est-elle plus productive : local, régional, ou provincial? Comment identifier les secteurs à intégrer? Qui décide? Quelle est la position hiérarchique des acteurs la plus efficiente? Comment les décisions doivent-elles être prises? Quelles sont les structures de concertation les plus prometteuses? Quel est le rôle des citoyens? Puisque chaque exemple analysé est unique dans son genre, de par sa nature et ses origines, l'exercice de modélisation des processus intersectoriels semble une tâche complexe. D'autres recherches sont requises pour poursuivre ce travail.

Est-ce que ces stratégies intersectorielles mènent à l'élaboration de politiques publiques saines (*règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur la santé*)? Comment?

Pour répondre à cette question, nous devons en premier nous confronter au défi de définir les politiques publiques, car, de toute évidence, les initiatives analysées n'ont pas conduit à la production de pièces législatives. Elles ont plutôt généré des programmes de promotion de la santé ou des projets concrets, tels que la construction du parc de jeu. Ces constats nous portent à partager le point de vue de Breton et De Leeuw, qui préfèrent définir les politiques comme étant « *the expressed intent of government to allocate resources and capacities to resolve this expressly identified issue within a certain timeframe* » (Breton et De Leeuw, 2010, p83). Ces mêmes auteurs soulignent que le concept de politiques n'est souvent pas défini dans la littérature du domaine de la santé, ou à la limite mentionné comme étant « la loi » ou « le plan ». Dans le cas qui nous concerne, puisque des organisations publiques (Agence de la santé et des services sociaux, CSSS, municipalités, Sûreté du Québec, etc.) ont consacré des ressources et de l'expertise au développement des programmes et projets étudiés, il semble raisonnable de conclure que l'action intersectorielle développée au niveau régional et sous-régional produit de politiques publiques saines.

B.4 Comment les projets évoluent et influencent l'action intersectorielle à différents niveaux? Comment les différents niveaux de gouvernance influent sur l'action intersectorielle pour la santé et vice-versa? Quel est l'interdépendance entre les différents niveaux de gouvernance (micro, méso, macro)? Est-ce que l'intensité de la collaboration intersectorielle fluctue en fonction du niveau de la gouvernance?

Le concept de gouvernance est en évolution et comporte plusieurs définitions. Les récents travaux de McQueen *et al.* apportent un éclairage fort intéressant sur les définitions et différents modèles actuels de gouvernance pour la santé dans toutes les politiques (*Health in all Policies* ou *HiAP*) (McQueen, Wismar, Lin, & Jones, 2012). Parmi les définitions proposées par ces auteurs, la plus simple est celle de Burris, Drahor et Shearing (2005) qui indique que la gouvernance correspond aux façons de gérer le cours des événements dans

un système social complexe (McQueen, Wismar, Lin, & Jones, 2012, p. 9, traduction libre). Toutefois, les travaux de McQueen et son équipe se concentrent principalement sur les structures de gouvernance intersectorielle à haut niveau gouvernemental, telles que les liens interministériels, les comités du cabinet et les comités parlementaires. Sans avoir la prétention de faire une analyse détaillée des modèles de gouvernance à partir des quatre études de cas étudiés dans la présente recherche, il est toutefois possible d'observer certains constats quant à l'évolution des initiatives intersectorielles et la relation entre les différents niveaux de gouvernance (palier local, sous-régional, régional et provincial).

Le premier cas étudié (prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs) s'est développé dans un contexte régional, dans lequel plusieurs MRC étaient impliquées. L'élan de départ provenait d'une organisation régionale, ayant un poids politique considérable (l'UPA), ce qui a facilité le démarrage du projet. Toutefois, la concertation semble être demeurée au même niveau tout au long de la durée de vie du projet. Des acteurs de niveau supérieur (provinciale) ne semblent pas avoir participé à aucun moment.

Le deuxième cas (parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans) était le plus circonscrit des quatre cas. Seulement une municipalité était impliquée. Étant donné la nature du projet, la participation des niveaux supérieurs n'était pas pertinente. Toutefois, il a été possible de constater un effort de concertation grandissant entre les organisateurs ou intervenants communautaires (secteur santé et services sociaux) et les agents de développement rural (secteur municipal), piloté de façon stratégique à partir des agences régionales, mais aussi grâce à l'effet catalyseur de l'IPCDC.

Le troisième cas (Cuisines collectives à Beauce-Sartigan) nous a permis de constater les défis d'intégration suite à l'emboîtement d'une démarche de concertation ascendante, conçue sur mesure par les gens du terrain, à l'intérieur d'une démarche descendante, planifiée de façon plus standardisée par une organisation provinciale (Québec en forme), et intégrée dans une politique intersectorielle du gouvernement du Québec connue sous le nom de PAG (Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids du Québec). Il fut possible d'observer que même en ayant des objectifs similaires autour du développement communautaire, si le

partenariat se veut transparent et réussi, les stratégies de communication et les mécanismes de prise de décision ne peuvent pas être aucunement négligés.

Le quatrième et dernier cas (programme de prévention de l'alcool au volant) nous a permis d'explorer une variété plus grande de niveaux politiques d'intersectorialité, grâce à l'existence de tables de concertation régionales et sous-régionales, avec de ramifications des activités au niveau municipal. Puisqu'il s'agit du cas de majeure envergure, en terme d'années de vie (16), de secteurs impliqués et des démarches entreprises, il n'est pas surprenant d'observer une évolution dans la dynamique du travail de concertation, façonnée par le profil des acteurs ayant participé à différentes périodes, et l'expérience acquise au fil des années.

Toutefois, l'impression qui se dégage est que la concertation a tendance à se faire soit au niveau local, soit au niveau régional pour y descendre vers le niveau local. Aucun élément ne nous porte à croire que l'action intersectorielle se poursuit de façon ascendante, vers les niveaux hiérarchiques supérieurs. Quant à la direction inverse, même si plus de données sont nécessaires pour corroborer cette hypothèse, il semblerait que les autorités provinciales n'auraient pas encore donné le mot d'ordre (ni dégagé les ressources associées) pour faciliter la création d'espaces propices à la concertation et aux actions intersectorielles de façon systématique.

C. Quel est le rôle de l'IPCDC dans la promotion de processus intersectoriels?

Nous avons déjà discuté du décalage entre la période de collecte de données et le déploiement des activités de l'IPCDC dans la région de Chaudière-Appalaches. Dans ce contexte, il est impossible de tirer de conclusion quant à l'impact réel de l'IPCDC dans le développement de processus intersectoriels. Néanmoins, certaines hypothèses peuvent être avancées. Puisque l'IPCDC est un consortium intrasectoriel, formé d'organisations appartenant en totalité au secteur de la santé, sa porte d'entrée dans les systèmes régionaux se trouve à être les agences régionales de la santé et services sociaux et les CSSS. À l'heure actuelle, l'IPCDC ne semble pas avoir d'entrée directe aux autres secteurs, ce qui peut potentiellement nuire à la perception que ces derniers peuvent avoir de sa légitimité.

Les formations offertes au personnel du réseau sociosanitaire à propos de déterminants de la santé et aux stratégies intersectorielles repose sur la transmission et le partage de connaissances et le développement des habilités. Autrement dit, l'IPCDC agit en tant que catalyseur, à l'interne de son propre secteur, dans le but d'accompagner les acteurs du réseau dans la transition requise pour s'adapter à leur nouveau mandat de responsabilité populationnelle. Par la suite, la responsabilité et la capacité de coopter les autres joueurs d'une même communauté semblent reposer sur les acteurs sociosanitaires formés. Il est donc possible d'anticiper que sans l'autorité ni les ressources nécessaires pour assurer l'engagement des autres secteurs, le rôle de l'IPCDC pourrait être mitigé.

9.2 Discussion intégrée

L'objectif initial de ce projet de recherche était de mieux comprendre le phénomène de processus intersectoriels au niveau régional, sous-régional et communautaire. Dès le début, le terme « processus » fut choisi pour faire référence à une diversité de démarches (collaborations, actions) dont leurs définitions semblaient peu standardisées, autant dans la littérature académique que dans le langage courant. Nous étions particulièrement intéressés à comprendre les stratégies qui déclenchent ou favorisent le développement de ces processus intersectoriels, et ce que ces derniers génèrent, en termes d'impact sur les politiques publiques saines ou de développement de programmes, dans un contexte régional.

À la fin de cet exercice de recherche, quelques constats majeurs ont émergé :

L'action et la collaboration intersectorielle sont de concepts équivalents, mais ils n'impliquent pas nécessairement la participation du secteur de la santé. Cependant, comme la plupart des écrits à ce sujet proviennent du secteur de la santé, il semblerait exister un phénomène d'appropriation de concepts. Ces constats confirment les observations de Corriveau (2011) qui écrit :

Le concept d'intersectorialité semble avoir d'abord été promu dans le domaine de la santé au début des années 1980. S'initiait alors le passage d'une approche curative à une approche de prévention et de promotion de la santé. C'est dans ce contexte que l'OMS identifiait l'intersectorialité comme étant un

incontournable pour agir sur les multiples déterminants de la santé et ainsi provoquer une véritable amélioration de la santé globale de la population (Lebeau *et al.*, 1997). Ce n'est donc pas un hasard si la majorité des études portant sur l'intersectorialité reposent sur des études de cas issues du domaine de la santé.

Par ailleurs, nous croyons que cette même appropriation de concepts par le secteur de la santé risque de représenter un obstacle pour les autres secteurs à s'engager dans des processus intersectoriels pour la santé, puisque le bénéfice en termes de résultats de santé est seulement l'une des dimensions recherchées. Comme indiqué clairement par Laplante, Lacombe et Lessard, ce qui est un « déterminant » pour un secteur est habituellement un « problème » ou sa « conséquence » pour un autre secteur (Laplante, Lacombe et Lessard, 2011). Par exemple, la mission du secteur sociosanitaire est d'améliorer les indicateurs de santé des populations, tandis que le secteur municipal se reconnaît davantage dans le développement communautaire, le secteur de l'éducation dans la réussite scolaire, le secteur policier dans l'amélioration de la sécurité, et encore d'autres secteurs parlent de développement économique. Pourtant, le secteur de la santé semble s'être approprié des concepts en faisant référence aux déterminants sociaux de la santé, quand en réalité, ce sont probablement les mêmes facteurs qui déterminent la pauvreté, le développement social, la criminalité et la violence ou le niveau de scolarisation (Laplante, Lacombe et Lessard, 2011). Toutes ses dimensions sont différentes facettes d'une même réalité complexe.

La complexité des problèmes sociétaux à résoudre est probablement le principal déclencheur de processus intersectoriels. Comme indiqué par de Montigny (2013) en citant Rittel et Webber (1973), ces problèmes complexes, connus aujourd'hui sous le terme de « *wicked problems* » ou problèmes faiblement structurés sont extrêmement difficiles à cerner et leur résolution est conditionnelle aux valeurs et intérêts d'un large éventail d'acteurs politiques et sociaux. Aucun secteur ne peut à lui seul disposer de l'expertise, les ressources et les leviers d'action pour s'y attaquer. C'est cette même complexité, avec sa conséquente diversité d'expertises requises pour l'appréhender et agir, qui fait des partenariats intersectoriels une catégorie à part parmi tous les types de partenariats. Ceci est l'élément principal de cette thèse. En effet, l'action intersectorielle doit être explorée à partir d'un cadre d'analyse lui étant propre. Les six conditions pour l'action intersectorielle (nécessité, opportunité,

capacité, relations, action planifiée et résultats durables) proposées dans le seul modèle de l'action intersectorielle développé à ce jour, soit celui de Harris et coll. (1995), ne semblent en fait pas exclusives aux partenariats intersectoriels.

Outre la diversité de perspectives requises, avec tous les avantages et les défis que cela amène aux tables de concertation, la question des objectifs sous-jacents est un aspect très important qui semble avoir été négligé dans la littérature sur l'action intersectorielle. Pourtant, dans la littérature concernant les collaborations interorganisationnelles analysée par Corriveau, les auteurs de la théorie des avantages comparatifs soulignent que les objectifs peuvent être multiples et à la fois de nature personnelle, organisationnelle et interorganisationnelle (Huxham et Vangen, 2004 et 2005, cités par Corriveau, 2011). En effet, au-delà de se rallier à l'objectif commun, chaque partenaire amène à la table de concertation ses propres objectifs, lesquels constituent une motivation supplémentaire pour s'impliquer dans le processus de collaboration. C'est ce que la théorie de la coalition de Gamson (1961) identifie comme étant les gains ou les récompenses (*payoffs or rewards*) que les membres attendent de leur participation à la coalition. Comme discuté au chapitre 8 portant sur les conditions facilitantes, il semblerait tout à fait légitime d'avoir des objectifs sous-jacents, dans la mesure où ils soient complémentaires à l'objectif commun, et pas antagonistes. Mieux encore, savoir identifier les objectifs individuels pour les mettre à contribution de l'objectif commun peut faciliter davantage le processus de concertation.

Les aspects reliés aux ressources et au pouvoir méritent d'être discutés davantage. Lors des entretiens, les personnes interviewées n'ont pas été questionnées directement sur la question du pouvoir, puisque cette notion fait potentiellement partie soit de barrières ou de conditions facilitantes aux processus intersectoriels. Comme discuté à la section portant sur la méthodologie des études de cas, nous avons choisi de laisser ces éléments émerger de façon libre dans le cadre des entrevues, adoptant l'approche de théorie ancrée, plutôt que d'encadrer les répondants dans un modèle prédéfini. Ainsi, la notion de pouvoir a émergé concrètement seulement à deux reprises, dans la première et la troisième étude de cas. Une fréquence si faible peut être expliquée par le fait que « le pouvoir est un concept beaucoup moins parlant dans l'étude d'une relation mandatée que dans l'étude d'une relation volontaire » (Hall et coll., 1977, cité par Corriveau, 2011). Dans le premier cas, le programme de prévention de la détresse

psychologique auprès des agriculteurs a démarré grâce à l'élan donné par la commande originale provenant d'une organisation politiquement importante, l'Union de producteurs agricoles du Québec. Selon l'avis de personnes interviewées, une organisation moins puissante que l'UPA n'aurait probablement pas pu mobiliser autant de partenaires. Dans la troisième étude de cas, le programme de cuisines collectives de Beauce-Sartigan, le pouvoir émanant de la logique verticale (développement du programme du haut en bas) a fragilisé l'équilibre de la logique ascendante déjà en place (programme développé à partir des besoins exprimés par la communauté). Cette situation a provoqué un sentiment de frustration, ressenti notamment dans le propos d'une des personnes interviewées. Dans ce cas précis, c'était le chevauchement de rôles, sans nécessairement la complémentarité entre les acteurs qui a conduit à cette situation, qui est sans aucun doute apparenté au turf-fighting décrit par Bardach (1998, cité par Peters, 1998)), mais complexifié par l'ajout de la notion de pouvoir hiérarchique et relations verticales.

Ce qui nous amène à discuter de la question de ressources, qui est l'enjeu central de théories économiques de la coordination interorganisationnelle (Corriveau, 2001) et aussi du modèle de Harris et col. (1995). En effet, le concept de nécessité de Harris est en lien avec la théorie de la dépendance de ressources de Selsky et Parker (2005) qui indique que les organisations rentrent en relations avec d'autres pour acquérir des ressources externes, autrement inaccessibles, et accroître ainsi leur avantage concurrentiel. À la notion de nécessité de Harris, se greffe ainsi la notion d'opportunité de leur modèle. Dans ce contexte, les constats émergent de nos études de cas confirment ces modèles théoriques, puisque les acteurs ont exprimés à différentes occasions qu'ils avaient plus de difficulté à collaborer avec les organisations intrasecteur (turf war), qu'avec les partenaires affiliés avec les autres secteurs. La collaboration intersectorielle leur permettant ainsi de venir puiser dans des ressources autrement inaccessibles. En s'associant à de partenaires extrasectoriels et élargissant ainsi leur bassin de ressources, les organisations gagnent pas seulement du pouvoir, mais dans certains cas aussi de la légitimité. Par exemple, le représentant de l'organisation communautaire ayant le rôle de piloter le projet pour la prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs a exprimé de façon très claire leur objectif sous-jacent de se positionner positivement aux yeux de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux. Comme discuté par Corriveau (2011) et selon la théorie

institutionnelle, cette légitimité facilite aux organisations leur accès à un plus grand marché et aux ressources dont elles dépendent.

Les collaborations intersectorielles ont beaucoup d'éléments en commun avec les relations interorganisationnelles, mais elles semblent avoir des traits qui lui sont propres, et qui complexifient davantage leur modélisation. Nous avons amorcé une ébauche de cadre conceptuel de l'action intersectorielle en santé, dans un contexte régional. Sept catégories de facteurs inter reliés ont été dégagées: le problème, les objectifs, les résultats, les acteurs, les processus opérationnels au niveau micro, les infrastructures au niveau systémique ou méso et le contexte macro. D'autres recherches comparatives et plus approfondies seraient requises pour bien comprendre les différentes dimensions, leur importance relative ainsi que l'applicabilité du modèle à d'autres contextes et d'autres niveaux d'analyse.

9.3 Limites de la recherche

Concernant la phase I de cette recherche, nous reconnaissons deux limites principales dans notre revue de la littérature. En premier, un certain nombre de références concernant les définitions des termes liés à l'approche intersectorielle a pu être manqué au cours de la phase de sélection. En effet, si dans les résumés ou les mots-clés des références évaluées, les termes recherchés n'étaient pas formulés exactement comme dans notre liste originale des termes, la référence au complet était éliminée. Il aurait été utile d'inclure des termes tels qu'« intersectorialité », « coopération intersectorielle », et même le terme « inter-sectoriel ». En dernier, les bases de données choisies pour cette recherche probablement ont introduit un biais de publication en privilégiant le contenu canadien. Cependant, il est possible de constater que cette terminologie est relativement nouvelle et en évolution. Le terme « *intersectoriality* » est un néologisme qui ne figure même pas dans les dictionnaires, mais qui suscite dernièrement un grand intérêt sur différentes plateformes de discussion, virtuelles (sur internet) et physiques (conférences et publications).

En ce qui concerne la phase II, une première limite renvoie à la nature transversale de notre devis de recherche qualitatif, notamment en ce qui concerne les entrevues et observations réalisées sur le terrain. Pour de raisons de faisabilité, il n'a pas été possible d'observer

l'évolution des quatre initiatives au fil de temps, et seulement les documents obtenus et les réponses des personnes interviewées ont permis de reconstituer l'historique des événements. La deuxième limite concerne le type et le nombre d'initiatives sélectionnées pour étude. Le fait de sélectionner des initiatives réussies nous empêche de déceler les barrières majeures qui auraient pu entraver les démarches. De plus, pour des questions de faisabilité nous sommes limités à analyser en détail seulement quatre initiatives différentes, mais à l'intérieur d'une même région, ce qui limite la validité externe, tout en contrôlant précisément l'effet potentiel de variations contextuelles inter-régionales. Toutefois, il est important de rappeler au lecteur que des limites de faisabilité sont inhérentes aux projets de recherche doctorale, et que plusieurs aspects abordés au cours de cette étude mériteraient d'être approfondis davantage dans de recherches futures.

Malgré ses limites, cette étude nous a permis de comprendre davantage les phénomènes intersectoriels, autant du point de vue théorique qu'empirique et apporter notre contribution à l'avancement de la recherche dans le domaine de déterminants sociaux de la santé et la santé des populations.

9.4 Contribution de cette recherche à la santé des populations

Comprendre et agir sur les déterminants sociaux de la santé sont au cœur de la science de santé des populations. En raison de la complexité des systèmes sociaux, des approches transdisciplinaires sont particulièrement propices pour produire des nouvelles connaissances concernant la définition des problèmes et l'identification de stratégies d'action. L'action intersectorielle est précisément une des stratégies majeures mises de l'avant depuis presque quatre décennies par l'OMS et autres organisations nationales et internationales, pour agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé. La présente étude jette un éclairage sur la conceptualisation et la mise en application de stratégies intersectorielles à niveau régional, sous régional et communautaire, à partir d'une revue systématique de la littérature et d'une étude qualitative dans une région particulière du Québec. L'analyse est abordée à partir

d'une approche transdisciplinaire, en puisant dans les sciences de la santé, les sciences politiques et les sciences de la gestion et de l'administration publique.

Concrètement, la valeur ajoutée de cette thèse s'appuie sur quatre éléments principaux.

Premièrement, elle permet d'illustrer et comprendre l'évolution de termes associés à l'action intersectorielle au niveau international, en identifiant les auteurs, les pays et les secteurs qui ont publié des définitions de termes connexes (action intersectorielles, action intersectorielle pour la santé, collaboration intersectorielle) au cours de cinq dernières décennies.

Deuxièmement, cette recherche confronte ces définitions théoriques à l'utilisation de termes par les acteurs impliqués dans des initiatives intersectorielles dans une région spécifique. Les constats illustrent empiriquement le décalage entre l'évolution de termes dans la littérature et leur emploi sur le terrain. Troisièmement, cette thèse propose une systématisation des conditions de succès des processus intersectorielles, en les organisant selon sept dimensions (problème, objectifs, résultats, acteurs, processus opérationnels micro, infrastructures méso, contexte macro). Ces sept dimensions ayant partiellement émergé de la revue de la littérature initiale, elles ont été validées et complétées à partir des études de cas. Il est important de réitérer ici qu'il s'agit de la première étude qui cherche à proposer une classification et un ordonnancement de facteurs facilitateurs et inhibiteurs de l'action intersectorielle. En dernier, le présent document jette les bases pour l'élaboration d'un cadre conceptuel basé sur ces sept dimensions, qui mérite d'être validé et approfondi dans le cadre de recherches futures.

9.5 La diffusion des résultats

Notre stratégie de diffusion de résultats comporte trois volets, présentés ici en ordre de priorité :

1. Partager les connaissances résultantes de cette recherche doctorale avec les différentes personnes qui ont été impliquées dans le processus, moyennant l'élaboration d'ateliers principalement dans la région de Chaudière-Appalaches au Québec (Ste-Marie, Beauceville, St Georges, etc.), mais aussi dans la région de Québec et de Montréal.

2. Diffuser les résultats dans la littérature scientifique, moyennant la préparation et publication de deux à trois articles, découlant de l'analyse horizontale des quatre études de cas complétés en 2012 dans la région de Chaudière-Appalaches.
3. Présenter les résultats de cette étude ainsi que les réflexions découlant de cet exercice d'échange avec différents publics cibles, incluant autant de chercheurs que des utilisateurs de connaissances.

En ce qui concerne le premier objectif, une première activité de partage de résultats préliminaires a été réalisée par le Centre de santé et services sociaux de Beauce le 6 septembre 2012, au cours de laquelle j'ai eu la chance d'échanger avec des représentants de différents milieux (municipal, policier, éducation, santé, communautaire). D'autres activités de ce genre sont à prévoir, puisque les activités de dissémination et de partage de connaissances sont au cœur de la mission de l'IPCDC. Ce consortium québécois a donné son appui à ce projet depuis son début, en plus de l'appui financier requis pour assurer la phase de cueillette de données sur le terrain. Les conditions de succès pour l'intersectorialité au niveau régional ont été identifiées au cours de cette recherche, et il nous semble important de partager les leçons apprises avec les représentants de différents secteurs (incluant intervenants, décideurs et citoyens) qui songent à s'investir encore davantage dans des projets intersectoriels.

À propos du deuxième objectif, je vise à produire deux à trois articles scientifiques qui résumeront les résultats obtenus. Pour le troisième objectif, la présentation des résultats lors de forums diversifiés est à planifier. Une première opportunité de présentation et échange a été réalisée dans le cadre de webinaires organisés par le Réseau de recherche interventionnelle en santé des populations (PHIRNET-RISP) en septembre 2013. La discussion a généré de l'intérêt pour développer une base comparative des études de cas sur l'action intersectorielle au niveau pancanadien.

9.6 Recommandations pour de futures recherches

Deux aspects principaux méritent d'être explorés davantage. Le premier concerne la modélisation de l'intersectorialité. De nouvelles études comparatives, contemplant différents contextes, différents horizons temporels et différents niveaux de gouvernance (du local au national) sont requises pour arriver à un cadre conceptuel robuste de l'action intersectorielle. Le deuxième aspect concerne la pérennité des initiatives. En effet, selon Sabatier (2007) les cycles politiques se développent généralement sur une période minimale de 10 ans, entre le moment d'émergence du problème et la possibilité d'évaluer les impacts des interventions mises en place pour les régler. Certaines études suggèrent même que 20 à 40 ans doivent d'écouler pour être en mesure de bien évaluer les impacts socioéconomiques des politiques et accumuler suffisamment de connaissances sur la problématique. Or, seulement un de quatre cas étudiés au cours de cette recherche avait dépassé la fenêtre minimale de 10 ans. Quel sera l'avenir de toutes ces initiatives? Pourront-elles se poursuivre? Être reproduites ailleurs? Risquent-elles de souffrir le phénomène d'« *improvement evaporation effect* » (Buchanan, Fitzgerald and Ketley, 2007) bien connu par les experts de la gestion du changement organisationnel? De futures recherches portant sur la pérennité des initiatives intersectorielles doivent être encouragées.

D'autres volets pouvant constituer des hypothèses de travail futures sont :

- **L'effet boule de neige des initiatives intersectorielles.** Parmi les avantages de l'intersectorialité, les acteurs interviewés ont soulevé l'émergence de nouveaux projets qui découlent des rapports créés et du développement du réseau de contacts. Ce constat nous amène à la question suivante : quelles sont les conditions qu'encouragent et permettent aux acteurs de développer de nouvelles initiatives?
- **La réplique des expériences :** Quelles sont les caractéristiques qui rendent l'expérience « exportable »? Sous quelles conditions peuvent-elles être reproduites ailleurs?
- **La légitimité du secteur de la santé en tant que champion de l'action intersectorielle en santé.** Cette question fut abordée dans le cadre de cette recherche. Les acteurs consultés ont indiqué que le secteur de la santé dispose des ressources et

de l'expertise requise pour adopter le rôle de leader dans les processus intersectoriels étudiés. Toutefois, notre échantillon de cas est restreint et il semble pertinent d'approfondir cette piste de recherche dans des situations différentes. Il serait donc approprié d'analyser si le rôle du secteur de la santé varie, par exemple, selon la nature du problème, le nombre d'acteurs interpellés, la disponibilité de ressources de toute sorte et les caractéristiques du contexte.

- **Le rôle des citoyens dans les processus de concertation intersectoriels.** Les quatre initiatives analysées dans le cadre de cette recherche visaient ultimement l'amélioration des conditions de vie de citoyens, ou tout ou moins, d'un groupe cible de citoyens (cas1 agriculteurs, cas 2 : jeunes enfants et leurs parents, cas 3 et 4 : l'ensemble de citoyens du territoire). Toutefois, les citoyens étaient impliqués activement dans les processus de concertation dans seulement trois des quatre cas étudiés (cas 2, 2 et 4). De plus, les perceptions de ces représentants de la clientèle cible n'ont pas pu être analysées en détail dans le cadre de cette étude, pour de raisons de faisabilité. Seulement la quatrième étude de cas (alcool au volant) offre une description détaillée et éloquente du rôle des citoyens. Ce qui nous amène à nous questionner quant aux facteurs qui jouent autour de la participation citoyenne : Quand, comment, qui et pourquoi? Nous avons effleuré la question de l'âge comme ayant une influence sur la capacité et l'intérêt des citoyens à s'impliquer dans les concertations qui les concernent ultimement. D'autres recherches pourraient venir approfondir ces questions.

Liste de références

- Adeleye, O. A., & Ofili, A. N. (2010). Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles? *Journal of Environmental and Public Health*, 2010, 272896.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2005). Cadre de référence pour l'adoption d'une politique de partenariat entre le centre de santé et de services sociaux et les partenaires du réseau local.
- Alexander, E.R. (1998). A structuration theory of interorganizational coordination: Cases in environmental management. *International Journal of Organizational Analysis*, 6 (4), 334-354.
- Angus D. , Gambarelli F. ,Grenier C., St-Pierre M. et Dubois A (2012) Supporting Seniors at Home Through Integrated Health Care: Canada and France Compared, 11th Annual International Conference on Health Economics, Management and Policy, Athens Institute for Education and Research (ATINER), Athens, Greece, June 25-28, 2012.
- Auditor General of Canada. (2005). *Managing horizontal initiatives*. Ottawa, Ont.: Office of the Auditor General of Canada.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - A conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.
- Bardach, E. (1998). Getting agencies to work together: The practice and theory of managerial craftsmanship. Washington D.C.: Brookings Institution Press
- Barringer, B.R. et Harrison, J. S. (2000). Walking a tightrope: Creating value through interorganizational relationships. *Journal of Management*, 26 (3), 367-403.

- Bernier, N. F., & Clavier, C. (2011). Public health policy research: Making the case for a political science approach. *Health Promotion International*, 26(1), 109-116.
- Bergmann, S. A., & Bliss, J. C. (2004). Foundations of cross-boundary cooperation: Resource management at the public-private interface. *Society and Natural Resources*, 17(5), 377-393.
- Bernitz, B. K. (2008). Communicable disease policy development in response to changing european political frontiers in finland, norway and sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), 875-878.
- Bilodeau, A., Lapierre, S., & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : Comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Direction de santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Bilodeau, A. (2005). Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local, *Promotion & Education*, 12(20),
http://ped.sagepub.com/content/12/3_suppl/20.full.pdf
- Black D *et al.* (1988). Inequalities in health. In the *Black Report* edited by Townsend P, Davidson N. Penguin Books
- Bloxham, S. (1997). The contribution of interagency collaboration to the promotion of young people's sexual health. *Health Education Research*, 12(1), 91-101.
- Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action. *PLoS Medicine* 2005;2(7):0600-0605.
- Breton, E., & De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: A review. *Health Promotion International*, 26(1), 82-90.
- Burlandy, L., & Labra, M. E. (2007). Policy networks combating hunger and poverty: The solidarity community strategy in brazil. [Redes de

Burris S, Drahos P & Shearing C (2005). Nodal governance. *Australian Journal of Legal Philosophy* 30:30–58.

Chomik, T. A. (2007). *Lessons learned from Canadian experiences with intersectoral action to address the social determinants of health*. Chomik Consulting & Research Ltd.

Commision on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (last accessed Oct. 9 2013)

Communiqué de l'UPA, Octobre 2006.

http://www.upabeauce.qc.ca/afficher_nouvelle.php?afficher_nouvelle=47 Accédé le 9 octobre 2013.

Corriveau, A. M. (2011). *La collaboration et l'intersectorialité. Recension et analyse des écrits*.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Darlington, Y., & Feeney, J. A. (2008). Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practice. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 187-198.

Delaney, F. G. (1994). Muddling through the middle ground: Theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. *Health Promotion International*, 9(3), 217-225.

De Leeuw, E., & Skovgaard, T. (2005). Utility-driven evidence for healthy cities: Problems with evidence generation and application. *Social Science and Medicine*, 61(6), 1331-1341.

de Montigny, J. (2013). Collaborative Governance for Sustainable Intersectoral Focus on Healthy Public Policies: A Case Study of the Ontario Food and Nutrition Strategic Alliance. Thesis Proposal, University of Ottawa

Dick, M. P. (2002). *Intersectoral collaboration theory as a framework to assist in developing a local government food and nutrition policy*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2123/856> (last accessed Oct. 9 2013)

Donchin, M., Shemesh, A. A., Horowitz, P., & Daoud, N. (2006). Implementation of the healthy cities' principles and strategies: An evaluation of the israel healthy cities network. *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.

Dora, C., & Racioppi, F. (2003). Including health in transport policy agendas: The role of health impact assessment analyses and procedures in the european experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6), 399-403.

Dupuis, A., & Farinas, L. (2010). The governance of multi-organisational systems - the example of the health and social services system in quebec. [La gouvernance des systèmes multi-organisationnels l'exemple des services sanitaires et sociaux au Québec] *Revue Francaise D'Administration Publique*, 135(3), 549-565.

El Ansari, W., & Phillips, C. J. (2001). Partnerships, community participation and intersectoral collaboration in South Africa. *Journal of Interprofessional Care*, 15(2), 119-132.

Eurohealth (2012). Intersectoral governance and Health in All Policies. European Observatory on Health Systems and Policies. 18(4) Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/eurohealth> (last accessed Oct. 9, 2013)

- Federal, Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, & Lord, C. T. (Eds.). (1999). *Health Canada* [Federal, Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health; Lord, Cecilie T.]. Ottawa: Health Canada Communications Directorate.
- Finances Québec (2008) Le point sur la situation économique et financière du Québec. http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR_lepoint2008.pdf Accédé le 9 octobre 2013.
- Fortin JP, Groleau G, Lemieux V, O'Neill M, and Lamarch P. (1994). *Intersectoral Action for Health*. Summary of Research Findings. Laval University.
- Frank JW, Mustard FJ (1995). The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus* 123(4)
- Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., & et al. (2007). Addressing the non-medical determinants of health: A survey of Canada's health regions. *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 41-7.
- Gagnon, F., & Kouri, D. (2008). *Integrated governance and healthy public policy: Two Canadian examples*. Montréal, QC, Canada: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/oculottawa/docDetail.action?docID=10270380&p00=integrated%20governance%20healthy> (last accessed Oct 9, 2013)
- Gamson, W. A. (1961a). An experimental test of a theory of coalition formation. *American Sociological Review*, 26(4), 565-573.
- Gamson, W. A. (1961b). A theory of coalition formation. *American Sociological Review*, 26(3), 373-382.
- Gamson, W. A. (1964). Experimental studies of coalition formation. *Advances in experimental social psychology*, 1(1), 81-110.

- Geneau, R. (2009) WHO Collaborating Centre on Chronic Non Communicable Disease Policy, Public Health Agency of Canada. *Mobilizing intersectoral action to promote health [electronic resource]: The case of ActNowBC in British Columbia, Canada*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ActNowBC/> (last accessed October 9 2013)
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2), 99-120.
- Gray, B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38 (10), 911-936.
- Gray, B. (1989). Collaborating: Finding common ground for multiparty problems. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Hall, R.H., Clark, J.P., Giordano P.C., Johnson, P.V. et Van Roekel, M. (1977). Patterns of interorganizational relationships. *Administrative Science Quaterly*, 22, 457-474.
- Harris, E., Wise, M., Hawe, P., Finlay, P., & Nutbeam, D. (1995). *Working together: Intersectoral action for health*. Canberra: National Centre for Health Promotion and Commonwealth Department of Human Services and Health.
- Head, B., Alford J. (2008) *Wicked Problems: the implications for public management*. p. 26-8.
- Health Canada Alberta/Northwest Territories Region 2002, The Cloverleaf Model for Success – A Toolkit for Intersectoral Action, Health Canada Alberta/Northwest Territories Region, Edmonton, Alberta.
- Health Nexus (2006) Health Promotion Assessment Tool (Electronic document). <http://en.healthnexus.ca/topics-tools> (last accessed Oct. 9 2013)
- Hopkins, M., Couture, C., & Moore, E. (Eds.). (2001). *Moving from the heroic to the everyday : Lessons learned from leading horizontal projects*. Ottawa: Canadian Centre for Management Development.

- Hupcey, J. E., & Penrod, J. (2005). Concept Analysis: Examining the State of the Science. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 19, 197-208.
- Huxham, C. et Vangen, S. (2004). Doing Things Collaboratively: Realizing the Advantage or Succumbing to Inertia? *Organizational Dynamics*, 33 (2), 190-201.
- Huxham, C. et Vangen, S. (2005). Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage. London; New York: Routledge.
- IPCCDC (2010). *Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCCDC). Dépliant.*
<http://www.ipccdc.qc.ca/sites/default/files/files/depliantipccdcfinal.pdf> (last accessed Oct. 9, 2013)
- IPCCDC, site web <http://www.ipccdc.qc.ca/exercer-la-responsabilite%C3%A9-populationnelle/d%C3%A9terminants-de-la-sant%C3%A9> (last accessed Oct. 9, 2013)
- ISQ (2012) Population totale, superficie et densité, régions administratives et ensemble du Québec, 2011. Retrieved from
http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/recens2011_reg/population/poptot_superficie_reg.htm (last accessed Oct. 9, 2013)
- ISTR (2013). The International Society for Third-Sector Research Retrieved from
<https://istr.site-ym.com/> Last accessed Oct. 9, 2013)
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: A contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21 Suppl 1, 75-83.
- Jesson, J. In Matheson L., Lacey F. M. (Eds.), *Doing your literature review : Traditional and systematic techniques*. Los Angeles, CA: Los Angeles, CA : SAGE, 2011.
- Keon, W. (2008) Fourth Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-e.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)

Kingdon, J. (2002). *Agendas, Alternatives and Public Policies, 2nd Edition*.

Kreisel W. (1997) Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. World Health Organization, 1997, Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf (last accessed Oct. 9 2013)

Kruger, H. S., Puoane, T., Senekal, M., & Van Der Merwe, M. -. (2005). Obesity in south africa: Challenges for government and health professionals. *Public Health Nutrition*, 8(5), 491-500.

Kuhn, M., Doucet, C., & Edwards, N. (Eds.). (1999). *Effectiveness of coalitions in heart health promotion, tobacco use reduction and injury prevention : A systemic review of the literature 1990-1998*. Ottawa: Univerity of Ottawa.

Lal, S., & Mercier, C. (2009). Intersectoral action to employ individuals with mental illness: Lessons learned from a local development initiative. *Work*, 33(4), 427-437.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management.the Academy of Management Review*, 24(4), 691.

Laplane, O., Lacombe, R., Lessard, P. (2011) Partenariats : adapter notre façon de situer la santé par rapport aux déterminants sociaux et économiques [présentation de résumé oral] - Conférence annuelle de l'ACSP. Retrieved from <http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Code/PresentationsCoauthors.php?ID=A11-541&y=2011&l=F&r=0> (last accessed Oct. 9, 2013)

Lawrence, R. J. (2005) Building Healthy Cities. The World Health Organization Perspective. In *Handbook of urban health: populations, methods, and practice*. Galea S., Vlahov D. (Eds.), New York: Springer.
<http://www.springerlink.com/content/t6700j2028726g52/fulltext.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)

- Lebeau, A., Vermette, G., et Viens, C. (1997). Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec, *Collection Études et Analyses no 38*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Lebeau, A.; Vermette, C & Viens, C. (1998). Développer la concertation intersectorielle : des conditions à l'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5 (2), 194-205.
http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup052_194.pdf (last accessed Oct. 9, 2013)
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (Eds.). (2013). *Health in all policies seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Retrieved from
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf (last accessed Oct. 9, 2013)
- Levesque, J. -, Pineault, R., Provost, S., Tousignant, P., Couture, A., Da Silva, R. B., & Breton, M. (2010). Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of québec province: Montréal and montréal. *BMC Family Practice*, 11
- Levine, S. et White, P.E. (1961). Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5 (4), 583-601.
- Lock, K., Gabrijelcic-Blenkus, M., Martuzzi, M., Otorepec, P., Kuhar, A., Robertson, A., . . . Zakotnic, J. M. (2004). Conducting an HIA of the effect of accession to the european union on national agriculture and food policy in slovenia. *Environmental Impact Assessment Review*, 24(2), 177-188.
- Mannheimer, L. N., Lehto, J., & Ostlin, P. (2007). Window of opportunity for intersectoral health policy in sweden - open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, 22(4), 307-315.

- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104
- Martin, E., Pomey, M., & Forest, P. (2010). One step forward, one step back: Quebec's 2003-04 health and social services regionalization policy. *Canadian Public Administration*, 53(4), 467-488.
- McCarthy, J. D., & Zald, M. N. (1977a). Resource mobilization and social movements: A partial theory. *American Journal of Sociology*, 82(6), 1212-1241.
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., & Jones, C. M. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: Structures, actions and experiences*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005), Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Produire la santé*
- Mizrachi, T., & Rosenthal, B. B. (2001). Complexities of coalition building: Leaders' successes, strategies, struggles, and solutions. *Social Work*, 46(1), 63-78.
- Mooy, J. M., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Computer-assisted health impact assessment for intersectoral health policy. *Health Policy*, 57(3), 169-177.
- Morrison, V. (2010). *Wicked problems: Key annotations*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (2008). *The Quebec Public Health Act's Section 54: Background Information*. Montréal, QC, Canada: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*, 1 (1), 113-127.
- Nutbeam, D. (1994). Inter-sectoral action for health: Making it work. *Health Promotion International*, 9(3), 143-144.

- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- O'Neill, M., Lemieux, V., Groleau, G., Fortin, J. -, & Lamarche, P. A. (1997). Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion International*, 12(1), 79-87.
- Ouellet, F., Paiement, M. et Tremblay, P.H. (1995). L'action intersectorielle, un jeu d'équipe. Direction de la santé publique du Montréal métropolitain et CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies.
- Panet-Raymond, J. (1991). In Bourque D. (Ed.), *Partenariat ou Pater-nariat? : la collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile*. Montréal: Université de Montréal, École de service social, Groupe de recherche en développement communautaire.
- Perera, M.A.L.R. (2006) Intersectoral action for health in Sri Lanka. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdlh_media/intersectoral_action_sri_lanka_2007_en.pdf (last accessed Oct. 9 2013)
- Peters, B.G. 1998. "Managing Horizontal Government: The Politics of Co-Ordination." *Public Administration* 76(2): 295-311.
- Pitsis, T.S., Kornberger, M. et Clegg, S. (2004). The art of managing relationships in interorganizational collaboration. *Management*, 7 (3), 47-67.
- Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale* (2002). In White D. (Ed.). Sainte-Foy: Publications du Québec.
- Provan, K.G. et Milward, H.B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40 (1), 1-33.

- Public Health Agency of Canada. (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. (). Ottawa:
- Public Health Agency of Canada, & World Health Organization (2008). *Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies*. Ottawa, ON, Canada: Public Health Agency of Canada.
http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf (last accessed Oct. 9 2013)
- Public Health Agency of Canada (c2009). WHO Collaborating Centre on Chronic Non Communicable Disease Policy. *Mobilizing intersectoral action to promote health [electronic resource] : The case of ActNowBC in British Columbia, Canada*.
- NVivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 9, 2010.
- Rachlis, M. (2008). Operationalizing health equity: How Ontario's health services can contribute to reducing health disparities. Toronto, ON, Canada: Wellesley Institute.
<http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/OperationalizingHealthEquity.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)
- Rachlis, M. (2007). *Delivering equity: Community-based models for access and integration in Ontario's health care system*. Toronto, ON, Canada: Wellesley Institute.
<http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/DeliveringEquityReport.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)
- Ramsden, V. R. *et al.* Building Community Capacity. In Guiding Facilitation in the Canadian Context. (Electronic document) <http://toolkit.cfpc.ca/en/interdisciplinary-collaboration/documents/Chapter6.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)
- Ring, P.S. et Van de Ven, A.H. (1992). Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic Management Journal*, 13 (7), 483-498.
- Rissel, C., & Rowling, L. (2000). Intersectoral collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia. *Journal of School Health*, 70(6), 248-250.

- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169.
- Robert Wood Johnson Foundation. Retrieved from <http://www.qualres.org/HomeImme-3829.html> (last accessed Oct. 8, 2013)
- Rodgers, B. L. (2000). Concept analysis: An evolutionary view. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd éd., pp. 77-102). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Rose, V., & Harris, E. (2004). From efficacy to effectiveness: Case studies in unemployment research. *Journal of Public Health*, 26(3), 297-302.
- Sabatier, P., & Jenkins-Smith, H. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*,
- Sabatier, P. A. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, 21(2-3), 129-168.
- Santé et Services sociaux Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Retrieved from <http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument> (last accessed Oct. 9, 2013)
- Selsky, J.W. et Parker, B. (2005). Cross-sector partnerships to address social issues: Challenges to theory and practice. *Journal of Management*, 31 (6), 849-873.
- Snow D, Anderson L: *Researching the homeless: The characteristics, features, and virtues of the case study*. Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina Press; 1991.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

- Stewart, M. J., Neufeld, A., Harrison, M. J., Spitzer, D., Hughes, K., & Makwarimba, E. (2006). Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health & Social Care in the Community*, 14(4), 329-340.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (Eds.). (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (Eds.). (2002). *Bases de la investigación cualitativa : Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- The sustainability and spread of organizational change : Modernizing healthcare* (2007). In Buchanan D. A., Fitzgerald L. and Ketley D. (Eds.), . London; New York: Routledge.
- Tran, N. T., Hyder, A. A., Kulanthayan, S., Singh, S., & Umar, R. S. R. (2009). Engaging policy makers in road safety research in malaysia: A theoretical and contextual analysis. *Health Policy*, 90(1), 58-65.
- Trottier, L. -, & Denis, J. -L. (2010). *L'évolution d'un consortium de partage des connaissances et de développement des compétences dans le domaine de la responsabilité populationnelle*. Unpublished manuscript.
- Vaandrager, H. W., Koelen, M. A., Ashton, J. R., & Revuelta, C. C. (1993). A four-step health promotion approach for changing dietary patterns in europe. *The European Journal of Public Health*, 3(3), 193-198.
- Van Herten, L. M., Reijneveld, S. A., & Gunning-Schepers, L. J. (2001). Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(5), 342-347.
- Vancura, K. (2004). National forestry programme of the czech republic in brief. *Journal of Forest Science*, 50(11), 500-504.

- Vieira, J. M. R., Garnelo, L., & Hortale, V. A. (2010). Analysis of primary care in five municipalities of western amazonia, with emphasis on family health program. [Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no programa saúde da família] *Saude e Sociedade*, 19(4), 852-865.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M. A., Saan, H., & Leeuwis, C. (2010). Community health promotion: A framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 428-435.
- Winnipeg Regional Health Authority. Terminology & Definitions.
<http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/definitions.php> (last accessed Oct. 9 2013)
- Whittehead M (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective *The Milbank Quarterly* 76 (3): 469-492
- Wilkinson R, Marmot M (2003). Social determinants of health: The solid facts. International center for health and society. WHO-Europe
- WHO (1986) The Ottawa Charter of Health Promotion. Retrieved from
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> (last accessed Oct 9, 2013)
- WHO (1998) Health Promotion Glossary. Retrieved from
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (last accessed Oct. 9 2013)
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health : Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2010). *Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation*. Geneva: WHO.
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1RRDWrLoVicJ:whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_ETH_10.1_eng.pdf+Intersectoral+action+to+tackle+the+social+det

[erminants+of+health+and+the+role+of+evaluation&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca&client=firefox-a&source=www.google.ca](#) (last accessed Oct. 9 2013)

WHO (2010 b) *Equity, social determinants and public health programmes*. In Blas E., Kurup A. S. (Eds.), Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf (last accessed Oct. 9 2013)

WHO (2013) Website. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (last accessed Oct. 21 2013)

Yin Robert K. (c2009.). *Case study research: Design and methods*.

Yuan, L. P., Manderson, L., Ren, M. Y., Li, G. P., Yu, D. B., & Fang, J. C. (2005). School-based interventions to enhance knowledge and improve case management of schistosomiasis: A case study from Hunan, China. *Acta Tropica*, 96(2-3), 248-254.

Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2010). Intersectoral policies to meet the challenge of active aging. SESPAS report 2010. [Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010] *Gaceta Sanitaria*, 24(SUPPL. 1), 68-73.

Liste d'annexes

Appendix A - Relationship between findings of different researchers regarding conditions for intersectoral action

Appendix B — Visual Diagram of the Flow of the Study

Appendix C — Preliminary Interview Grid used for Phase II (English version)

Appendix D — Guide préliminaire d'interview utilisée pour la Phase II (Version française)

Appendix E — Key informant information sheet and consent form (French)

Appendix F — Meeting observation – Information and consent form (French)

Appendix G — University of Ottawa Ethics Board Certificates (2011-2012 and 2012-2013)

Appendix H — List of interviews and meeting observed, per case study

Appendix I — List of nodes that emerged during the NVivo analysis

Appendix J — List of substantive definitions retained at the end of the exercise

Appendix K — Inventaire des concertations régionales par secteur (Chaudière-Appalaches)

Appendix L — Inventaire des concertations régionales par territoire (Chaudière-Appalaches)

Appendix M — Figure 8 : Le concept d'intersectorialité sur le terrain et ses ramifications

Appendix N — Étude de cas n° 1 : Programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs

Appendix O — Étude de cas n° 2 : Construction du parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans

Appendix P — Étude de cas n° 3 : Programme de cuisines collectives à Beauce-Sartigan

Appendix Q — Étude de cas n° 4 : Programme de prévention de l'alcool au volant

Appendix A

Relationship between findings of different researchers regarding conditions for intersectoral action

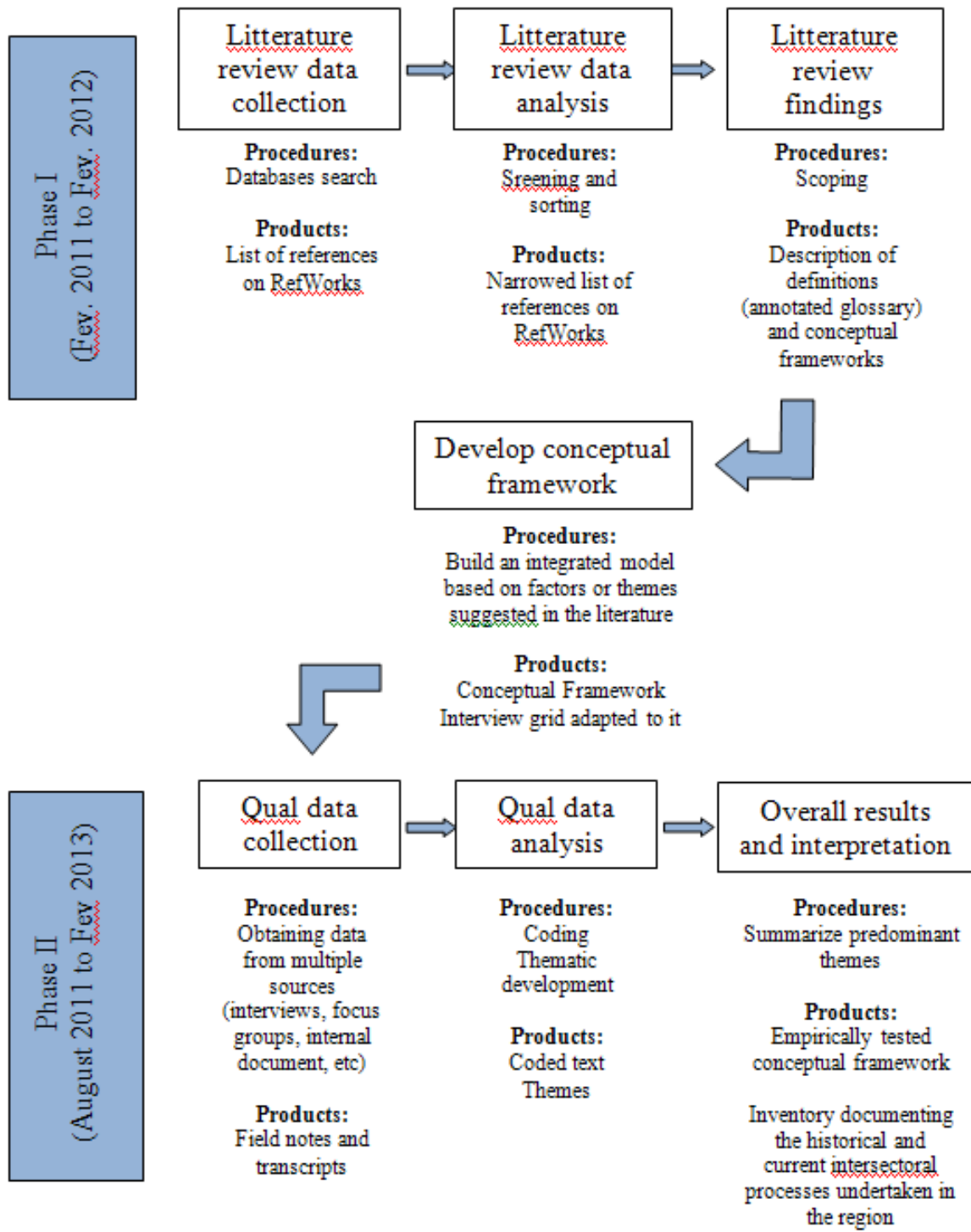
Conditions for effective intersectoral collaboration (Dick, 2002)	Conditions for effective intersectoral collaboration (Health Canada, 1999)	The Five Parameters of the coalition theory (O'Neill et al., 1997)	Barriers and facilitators for intersectoral action (Chomik, 2007)
<u>Capacity</u> – both organisations or sectors have the necessary knowledge and resources to undertake the proposed action and they have given their commitment to it.		The initial distribution of resources	<u>Facilitator</u> : an established information and knowledge base <u>Barrier</u> : resource issues (e.g. insufficient time, personnel and money).
<u>Necessity</u> – the health sector and its organisations needs to work with other sectors and their organisations rather than taking a different approach to the issue, and there is sufficient need for the other sector to work with health. <u>Opportunity</u> – opportunities exist in sectors and organisational environments to support collaboration, to build on existing policies, or the community supports health taking this approach. <u>Sustained outcomes</u> – both sectors and organisations have ensured the action can	Focus on concrete objectives and visible results	The 'payoffs' or the 'rewards' that the members expect from their participation in the coalition	<u>Facilitator</u> : expectations for improved service efficiency and effectiveness <u>Barrier</u> : Public denial of the social issue

be sustained			
<u>Relationships</u> – relationships need to be strong enough to undertake and sustain action.		The non-utilitarian preferences	<u>Facilitator</u> : a history of working intersectorally
	<u>Investment in alliance building</u> – consensus and trust must be developed during the planning phase	The effective decision point	
	<u>Supportive political environment</u>	The organisational context	<u>Facilitators</u> : Political will; central agency support <u>Barriers</u> : Multiple mandates, a lack of leadership, changes in government, and a public denial of the social issue.
<u>Planned action</u> – it is well conceived and can be implemented and evaluated			<u>Barrier</u> : Limited models with which to organize action
	<u>Shared values, interests and alignment of purpose</u> among partners and potential partners.		
	<u>Engagement of key players</u> – engage partners at the very beginning by promoting causes they may be interested in.		
	<u>Horizontal and vertical linking</u> – Ensure appropriate horizontal		

	linking across sectors as well as vertical linking of levels within sectors.		
	<u>Shared leadership, accountability and rewards</u> – no one organisation should always take the lead.		
	<u>Team building and supports</u> – build stable teams who work well together.		
			<u>Facilitator:</u> the nature and complexity of the issue.

Appendix B

Visual Diagram of the Flow of the Study



Appendix C

Preliminary Interview Grid used for Phase II

English version

(For reference only – The French version, included following this English version,
was used in this project)

The following interview template has been developed based on previous work conducted by Dr. Robert Geneau et al. (Public Health Agency of Canada ,2009) Source: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/29-4/ar_02-eng.php

During the semistructured interviews, the following dimensions or themes will be explored:

- 11) the participants' (or interviewees') perceptions regarding intersectoral collaboration and intersectoral action (definition, usefulness, feasibility, need for, advantages, disadvantages)
- 12) the participants' (or interviewees') involvement with intersectoral processes and IPCDC initiatives;
- 13) the objectives, structure, description and evolution of the intersectoral processes since its inception;
- 14) integration and partnerships;
- 15) the factors enabling or constraining the implementation of the intersectoral processes;
- 16) the role of the IPCDC initiative in the development of intersectoral processes
- 17) the role and legitimacy of the health sector in leading the development of intersectoral processes
- 18) the role played by the different layers of governance in influencing intersectoral processes and healthy public policy development
- 19) the perceived impact of the intersectoral initiatives; and
- 20) the future of the intersectoral initiatives.

Note: A semistructured interview is flexible, allowing new questions to be brought up during the interview as a result of what the interviewee says. The questions below will be asked to the interviewee, but several other questions, including probing questions, will be improvised during the course of each interview. It is expected that the interview guide will evolve during

the course of the study. In particular, it is expected that this interview guide will be modified based on the results emerging from the phase I of this study. The interviews will be conducted in French.

Interview average duration: 90 minutes

INTERVIEW TEXT

Hello. I am a PhD candidate conducting research for my doctoral thesis at the University of Ottawa. I am interested in the intersectoral processes influencing health, which refers to the collaborations, actions or other initiatives involving the health sector and other sectors such as education, municipal affairs, justice, etc. In particular, I would like to understand how those processes are developed. As someone in your capacity within [Name of the organization or agency], I would like you to respond to the following questions from your own perspective, which might differ from your organization's perspective

1) Background information on the respondent

- Could you please describe your main responsibilities and activities?
- Have you been involved with the IPCDC activities? If yes, could you please provide me details about it? (Length of involvement, specific activities or projects you have directly participated in, etc.)
- Have you been involved with intersectoral processes? If yes, could you please provide me details about it/them? (Length of involvement, specific activities or projects you have directly participated in, etc.)
- How do you contribute or have contributed to intersectoral processes?

2) Objectives

- Could you please describe what the original objectives of this intersectoral initiative were and how they have evolved over time?
- Could you identify the objectives and interests, explicit or implicit, that your own organization had when getting involved in this initiative?

3) Structure, description, and evolution of the intersectoral processes (referring to a single process – This set of questions will be restarted for each intersectoral process the interviewee had been involved)

- Could you please describe the governance structures of the intersectoral initiative (executive committee, coordinating committee, etc.)?
- What changes have you witnessed/experienced within the intersectoral initiative since your initial involvement (in terms of vision, mission and organizational/governance structures)? How do you explain these changes?
- What forms of communication/interaction exist between the different members/organizations? How often do you meet? How are decisions made?
- Please describe the resource-allocation processes. What are the steps and challenges in negotiating financial support?
- Is the intersectoral initiative focusing on specific areas? Could you please discuss how and why these priorities were selected?
- Is the intersectoral initiative based on specific strategies? Could you please discuss why these strategies were selected?
- Could you please tell me, from your perspective, what are the benefits and challenges of having a working group addressing this particular intersectoral initiative

4) Integration & partnerships

- What does the concept of integration means to you? How would you characterize this particular intersectoral initiative in terms of integration? In what ways is your approach integrated?
- Could you please discuss the partnership model (membership, terms of reference, etc.)? What are the benefits and challenges?
 - Intersectoral collaboration (e.g. health-education-environment-media)
 - Intrasectoral collaboration (e.g. public health and primary care interface)
 - Community integration and partnerships
 - International collaboration

5) Enabling and constraining factors

This is a transversal theme, and questions about the enabling/constraining factors will be asked when discussing “organizational structures” and especially “integration and partnerships.” Additional questions (below) will be asked to validate and synthesize the information.

- From your perspective, what are the greatest strengths of this particular intersectoral initiative? What factors do you feel contributed the most to these strengths/successes?
- From your perspective, what are the greatest challenges/obstacles associated with the implementation of this particular intersectoral

initiative? What factors do you feel contributed the most to limit/constrain the implementation of this particular intersectoral initiative?

- Could you please discuss again the factors that helped or limited community integration, intersectoral collaboration, or developing partnerships within or between sectors?

6) The perceived impact of the intersectoral initiative

- How would you describe the impact of this particular intersectoral initiative so far?
 - Explore – visibility of the initiative and challenges within different layers of government, communities and the health sector in general
 - Explore – integration and partnerships, (inter and intra sectoral collaboration)
 - Explore – programs and policies
- How is this particular intersectoral initiative doing? What were the main findings of evaluation studies, when available?
- What impact do you feel this particular intersectoral initiative had on capacity-building in the following fields: social marketing; program evaluation, monitoring and surveillance; partnerships and collaboration; professional education||?
- How do you perceive the role of the IPCDC in this capacity building process in general? And in relation with the particular intersectoral initiative we just discussed?

7) Other sources of information

- Can you identify any other individuals or organizations that played a role in the development of this/these initiative(s) (either directly involved or more peripherally influential through lobbying, research, etc)
- Were any of these individuals or organizations particularly influential in the development of the initiative(s)?
- Can you describe how they were influential? Why they were influential? *Probe: What perspective did they bring to the development process? How did their influence shape the development of the initiative?*
- Can you identify documents that were 1) important and influential the development of this intersectoral initiative or 2) have been written about this initiative
- Were any documents (research reports, policy documents or others) specifically influential in the development of this intersectoral initiative? Why were these considered particularly important?

8) Future of the the intersectoral initiative

- How would you characterize the future of the intersectoral initiative?
- What characteristics of the initiative do you consider unique and potentially useful for other jurisdictions?

Appendix D

Guide préliminaire d'interview utilisée pour la Phase II

Version française

Le modèle interview qui suit a été élaboré sur la base des travaux antérieurs effectués par le Dr Robert Geneau et coll. (Public Health Agency of Canada, 2009) Source : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/29-4/ar_02-eng.php

Au cours des entrevues semi-structurées, les dimensions ou thèmes suivants seront explorés :

- 1) les perceptions des participants (personnes interviewées) au sujet de la collaboration intersectorielle et de l'action intersectorielle (définition, utilité, faisabilité, nécessité, avantages, inconvénients)
- 2) l'implication des participants (personnes interviewées) dans des processus intersectoriels et les initiatives de l'IPCDC;
- 3) la structure, la description et l'évolution des processus intersectoriels depuis leur initiation;
- 4) intégration et partenariats;
- 5) les facteurs qui facilitent ou contraignent la mise en œuvre des processus intersectoriels;
- 6) le rôle de l'initiative IPCDC dans le développement des processus intersectoriels
- 7) le rôle et la légitimité du secteur de la santé en tant que promoteur du développement des processus intersectoriels
- 8) le rôle joué par les différentes couches de la gouvernance dans les processus d'influence intersectorielle et le développement des politiques publiques saines
- 9) l'impact perçu des initiatives intersectorielles, et
- 10) L'avenir des initiatives intersectorielles.

Note : Une entrevue semi-structurée est flexible, permettant l'émergence de nouvelles questions en cours d'entrevue à la suite de ce que la personne interrogée dit. Les questions suivantes seront posées à la personne interrogée, mais plusieurs autres questions, y compris les questions d'approfondissement, seront improvisées au cours de chaque entrevue. Il est prévu que le guide d'entrevue va évoluer au cours de l'étude. En particulier, il est prévu que ce guide d'entrevue sera modifié en fonction des résultats issus de la phase I de cette étude. Les entrevues seront conduites en français.

Durée moyenne de chaque entrevue : 90 minutes

TEXTE DE L'ENTREVUE

Bonjour. Je suis une doctorante effectuant des recherches pour ma thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa. Je suis intéressée par les processus intersectoriels ayant une influence sur la santé, c'est-à-dire, les collaborations, actions ou autres initiatives menées entre le secteur de la santé et un autre secteur tel que l'éducation, les affaires municipales, la justice, ou autre. En particulier, je voudrais comprendre comment ces processus se développent. Étant donné votre rôle à (Nom de l'organisation ou agence), j'aimerais que vous répondiez aux questions suivantes, en donnant toujours votre propre point de vue, qui peut ne pas être nécessairement le même que celui de l'organisation ou agence que vous représentez.

1) Informations générales sur la personne interviewée

- Pourriez-vous s'il vous plaît décrire vos principales responsabilités et activités?
- Avez-vous été impliqué dans les activités de l'Initiative de partage et développement des connaissances, connue sous le nom d'IPCDC? Si oui, pourriez-vous s'il vous plaît de me donner plus de détails à ce sujet? (Durée de votre participation, activités spécifiques ou projets auxquels vous avez directement participé, etc.)
- Avez-vous été impliqué dans les processus intersectoriels? Si oui, pourriez-vous s'il vous plaît me donner plus de détails à leur sujet? (Durée de votre participation, activités spécifiques ou projets auxquels vous avez directement participé, etc.)
- Comment contribuez-vous ou avez contribué par le passé à des processus intersectoriels?

2) Objectifs

- Pourriez-vous s'il vous plaît me parler des objectifs de départ de cette initiative intersectorielle en particulier et de leur évolution à travers le temps?
- Pourriez-vous identifier les objectifs et intérêts explicites ou implicites de votre propre organisation ou agence qui l'ont conduit à s'impliquer dans l'initiative dont on parle?

3) Structure, description, objectifs et évolution du processus intersectoriel (en faisant référence à un processus en particulier qui aurait été mentionné par la personne interviewée – Cette série de questions devra être reprise pour chaque processus auquel la personne aurait été impliquée)

- Pourriez-vous s'il vous plaît décrire les structures de gouvernance de l'initiative intersectorielle (comité exécutif, comité de coordination, etc.)?
- Quels changements avez-vous vus/connus au sein de l'initiative intersectorielle depuis votre engagement (en termes de la vision, la mission et l'organisation des structures de gouvernance)? Comment expliquez-vous ces changements?

- Quelles sont les formes de communication/interaction existantes entre les différents membres et organisations? Combien des fois organisez-vous des rencontres? Comment les décisions sont-elles prises?
- S'il vous plaît, décrire les processus d'allocation des ressources. Quels sont les étapes et les défis dans la négociation de soutien financier?
- Est-ce que cette initiative intersectorielle est axée sur des objectifs spécifiques? Pourriez-vous s'il vous plaît expliquer comment et pourquoi ces priorités ont été choisies?
- Est-ce que cette initiative intersectorielle est basée sur des stratégies spécifiques? Pourriez-vous s'il vous plaît expliquer pourquoi ces stratégies ont été sélectionnées?
- Pourriez-vous s'il vous plaît me dire, quels sont, selon vous, les avantages et les défis d'avoir un groupe de travail intersectoriel pour aborder cette initiative particulière?

4) Intégration et partenariats

- Qu'est-ce que le concept d'intégration signifie pour vous? Comment qualifieriez-vous cette initiative intersectorielle notamment en termes d'intégration? De quelle façon votre approche est-elle intégrée?
- Pourriez-vous s'il vous plaît discuter du modèle de partenariat (composition, mandat, etc.)? Quels sont les avantages et les défis?
 - ☐ La collaboration intersectorielle (par exemple, éducation à la santé, environnement, médias)
 - ☐ collaboration intrasectorielle (par exemple, l'interface entre la santé publique et les soins primaires)
 - ☐ l'intégration communautaire et les partenariats
 - ☐ La collaboration internationale

5) Barrières et conditions facilitantes

Il s'agit d'un thème transversal, et les questions sur les barrières et les conditions facilitantes seront posées lors de l'examen « des structures organisationnelles » et surtout lors de la section « intégration » et « partenariats ». Des questions supplémentaires (ci-dessous) seront posées pour valider et synthétiser l'information.

- ☐ De votre point de vue, quels sont les principaux atouts de cette initiative intersectorielle en particulier? Quels facteurs croyez-vous ont contribué le plus à ces forces et ces réussites?
- ☐ De votre point de vue, quels sont les principaux défis et obstacles liés à la mise en œuvre de cette initiative intersectorielle en particulier? Quels facteurs croyez-vous ont contribué le plus à limiter ou à entraver la mise en œuvre de cette initiative intersectorielle en particulier?
- ☐ Pourriez-vous, s'il vous plaît, examiner à nouveau les facteurs qui ont contribué ou limité l'intégration communautaire, la collaboration intersectorielle, ou le développement de partenariats au sein ou entre les secteurs?

6) L'impact perçu de l'initiative intersectorielle

- Comment décririez-vous l'impact de cette initiative intersectorielle particulier à ce jour?
 - ☐ Explorer - visibilité de l'initiative et les défis dans les différents niveaux d'administration, les collectivités et le secteur de la santé en général
 - ☐ Explorer - intégration et partenariats (inter et intra sectoriels)
 - ☐ Explorer - programmes, politiques et règlements
- Comment va-t-elle cette initiative intersectorielle en particulier? Quelles ont été les principales conclusions des études d'évaluation, le cas échéant?
- Quel impact pensez-vous que cette initiative intersectorielle a-t-elle eu, notamment sur le renforcement des capacités dans les domaines suivants : marketing social, évaluation, suivi et surveillance, partenariats et collaboration, éducation professionnelle?
- Comment percevez-vous le rôle de l'IPCDC dans le processus de renforcement des capacités en général? Et en relation avec l'initiative intersectorielle particulière que nous venons de discuter?

7) Autres sources d'information

- Pouvez-vous identifier d'autres individus ou organisations qui ont joué un rôle dans le développement de cette initiative (soit directement impliqués ou plus indirectement à travers le lobbying, la recherche, etc.)
- Qui a été l'une de ces personnes ou organisations particulièrement influentes dans le développement de l'initiative?
- Pouvez-vous décrire la façon dont ils ont eu une influence? Pourquoi ont-ils eu une influence? *Sonde : qu'est-ce point de vue a-t-il apporté au processus de développement? Comment leur action a-t-elle marqué le développement de l'initiative?*
- Pouvez-vous identifier les documents qui ont été 1) importants et influents pour le développement de cette initiative intersectorielle ou 2) ont été écrits sur l'initiative même
- Quels ont été tous les documents (rapports de recherche, documents de politiques ou autres) particulièrement influents dans le développement de cette initiative intersectorielle? Pourquoi sont-ils considérés comme particulièrement importants?

8) L'avenir de l'initiative intersectorielle

- Comment qualifieriez-vous l'avenir de l'initiative intersectorielle que nous venons de discuter?
- Quelles sont, selon vous, les caractéristiques uniques de cette initiative qui seraient potentiellement utiles pour d'autres juridictions?



Université d'Ottawa

Faculté des études
supérieures et
postdoctorales

Programme de doctorat en
santé des populations

Université d'Ottawa

Faculty of Graduate and
Postdoctoral Studies

PhD in Population Health
Program

Appendix E: Key informant information sheet and consent form (French)

Feuille d'information des informateurs clés et feuille de consentement

Titre de l'étude : Analyse des processus intersectoriels en tant que stratégie visant à influencer les déterminants de la santé : une étude de cas régionale au Québec.

Chercheuse :

Alejandra Dubois, M. Sc, DEPA santé publique, PhD (c), Santé des populations, Université d'Ottawa, ADRESSE, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Directeur :

Douglas Angus, professeur titulaire, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Co-directeur :

Jean-Louis Denis, Professeur titulaire
Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé
ENAP, École Nationale d'Administration publique
TÉLÉPHONE, COURRIEL

Invitation à participer : Je suis une doctorante qui fait des recherches pour ma thèse à l'Université d'Ottawa. Je vous invite à participer à l'étude susmentionnée.

Objet de l'étude : L'objectif de ce projet de recherche est de mieux comprendre les processus de collaboration et d'action intersectoriels dans les stratégies visant à agir sur les déterminants de la santé. Nous cherchons à répondre aux questions suivantes : Quelles stratégies déclenchent la mise en place de processus intersectoriels? Quels mécanismes et incitatifs favorisent

leur développement? Quels impacts ont les processus intersectoriels sur le développement de règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur les déterminants de la santé? En particulier, nous tenterons de cerner le rôle que joue l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) dans la région de Chaudière-Appalaches dans le cadre de ses activités visant l'actualisation du mandat de responsabilité populationnelle octroyé aux réseaux locaux lors de la création des CSSS en 2004.

Participation : Vous êtes invité (e) à participer à une *entrevue* pour donner votre point de vue sur les processus de collaboration et d'action intersectoriels dans votre région.

Entrevue. L'entrevue durera environ entre 60 et 90 minutes et sera faite par la chercheuse, Alejandra Dubois. Avec votre consentement, l'entrevue sera enregistrée. Elle se fera en personne soit dans vos lieux de travail ou dans les locaux de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Chaudière-Appalaches (située au 363, route Cameron, Sainte-Marie, QC, G6E 3E2), et au moment que vous choisirez. Au besoin, elle pourra se faire au téléphone (aux frais de la chercheuse, s'il s'agit d'un appel interurbain). Vous n'avez à vous exprimer que sur les points qui vous conviennent et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières.

Risques : Selon votre point de vue, il pourrait ne pas vous convenir de parler des processus de collaboration et d'action intersectoriels dans votre région. Si vous avez déjà exprimé un point de vue à ce sujet, il est possible que des personnes puissent vous reconnaître.

Avantages : Cette étude vous donnera l'occasion de faire connaître vos idées et de partager vos connaissances au sujet des processus de collaboration et d'action intersectoriels dans votre région. Si nous comprenons mieux quels facteurs déterminent ce genre de processus, ainsi que leurs bénéfices, il sera possible d'améliorer les stratégies pouvant répondre aux besoins de la population.

Confidentialité et anonymat : Le nom des initiatives intersectorielles pourrait être mentionné dans les rapports de recherche ou les publications. Tous les renseignements concernant votre identité (c.-à-d. votre nom ou votre poste spécifique actuel) resteront confidentiels. La désignation générale des personnes interrogées (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé) pourra être mentionnée. Pour protéger votre anonymat, nous ferons les entrevues en privé, avec vous seulement, et votre nom ne sera pas associé à vos réponses ni mentionné de quelque façon que ce soit. Un code unique vous sera attribué pour l'enregistrement de votre entrevue et pour la transcription de l'entrevue. Les résultats qui seront publiés seront agrégés de sorte que votre identité ne sera pas révélée dans un rapport ou une publication. Vous aurez l'occasion de lire la transcription de votre entrevue au cas où il y aurait des renseignements que vous ne voudriez pas mentionner directement. Si vous souhaitez vous prévaloir de l'option de réviser la transcription de votre entrevue, je vous ferai parvenir une copie du texte dans le format de votre choix (version électronique par courriel accessible seulement avec mot de passe ou

version papier par télécopieur). Vous aurez deux semaines suite à la réception de votre copie pour lire et approuver/désapprouver la transcription. Avec votre autorisation seulement, des citations directes tirées de votre entrevue pourront être utilisées dans les rapports et les publications des résultats de l'étude. Encore une fois, ces citations ne seront pas associées à votre nom ni à votre poste spécifique actuel, mais plutôt à une désignation générale (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé).

Conservation des données : Tous les renseignements recueillis auprès de vous (fichiers audio, transcription des entrevues) seront conservés dans un classeur fermé à clé à l'Université d'Ottawa. Tous les ordinateurs où seront entreposées les données de l'étude seront protégés par un mot de passe. Les données ne pourront être consultées que par la chercheuse, le directeur de thèse doctorale et la personne qui fera la transcription des fichiers audio. Il est possible que les données de l'étude soient utilisées pour une analyse secondaire après la fin de l'étude par la chercheuse. Les données de l'étude seront conservées pendant cinq (5) ans après la fin de l'étude, après quoi tous les fichiers audio seront effacés et les transcriptions sur papier seront déchiquetées.

Participation volontaire : Vous n'avez pas l'obligation de participer à l'étude et, si vous choisissez de le faire, vous pouvez vous retirer en tout temps, pour quelque raison que ce soit, sans qu'il y ait de conséquence. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, vous pouvez demander que toutes les données vous concernant recueillies jusqu'au moment de votre retrait soient détruites.

À la fin de l'entrevue, la chercheuse pourra vous demander l'autorisation de communiquer de nouveau avec vous pour clarifier des points soulevés pendant la première entrevue. Toutefois, si vous deviez participer encore une fois à notre étude, nous vous demanderions un autre consentement et vous ne seriez aucunement tenu de le faire.

Autres renseignements :

Si vous avez des questions à poser ou si vous souhaitez avoir plus de renseignements au sujet de l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec moi :

Alejandra Dubois, M. Sc, DEPA santé publique, PhD (c), Santé des populations,
Université d'Ottawa, ADRESSE, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Si vous avez des questions au sujet des normes éthiques de cette étude, vous pouvez communiquer avec le responsable de la déontologie en recherche, Université d'Ottawa, pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) K1N 6N5, téléphone : (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca

Support et financement

Le présent projet de recherche a été approuvé par la Direction de la santé publique de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Chaudière-Appalaches et par l'Initiative de partage de compétences et développement de connaissances (IPCDC).

La chercheuse (A. Dubois) bénéficie du support financier offert par l'Institut de recherche en Santé publique et des populations du Canada, le Réseau en Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP), ainsi que l'Initiative de partage de compétences et développement de connaissances (IPCDC).

Consentement

Je soussigné (e) (*en caractères d'imprimerie*) : _____,

consent à participer à l'étude susmentionnée intitulée Analyse des processus intersectoriels en tant que stratégie visant à influencer les déterminants de la santé : une étude de cas régionale au Québec.

Je consens à ce que mon entrevue soit enregistrée : ☐ Oui ☐ Non

(*Prière d'apposer vos initiales après l'une ou l'autre des mentions ci-après*)

Je souhaiterais que mon nom soit mentionné dans les rapports et les publications concernant cette recherche. _____

Je souhaiterais que tous les renseignements d'ordre personnel soient éliminés de façon à protéger mon anonymat dans les rapports et les publications concernant cette recherche. _____

Je consens à être cité sous une désignation générale (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé) _____

Je ne consens pas à être cité du tout. _____

(*Si vous consentez à être cité, prière d'apposer vos initiales après l'une ou l'autre des mentions ci-après*)

Je veux lire la transcription de mon entrevue avant que des citations ne soient utilisées. _____

Je ne veux pas lire la transcription de mon entrevue avant que des citations ne soient utilisées. _____

(Si vous avez consenti à être cité et que vous voulez lire la transcription de l'entrevue, prière de choisir l'une des mentions ci-après)

Je souhaiterais que la transcription me soit envoyée pour lecture par :

Courriel (document WORD protégé par mot de passe) : _____

Autre moyen (p. ex., par la poste, par télécopieur) : _____

Je conserve une copie de cette feuille de renseignements et formulaire de consentement.

☐ Oui ☐ Non

Par votre signature sur ce formulaire, vous affirmez que vous avez bien compris les renseignements au sujet de votre participation au projet de recherche et que vous consentez à y participer en tant que sujet. Vous ne renoncez pas pour autant à vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs ou les établissements concernés de leurs obligations légales et professionnelles.

Signature [du/de la] participant (e) : _____ Date : _____

Coordonnées [du/de la] participant (e) :

Tél. : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

Adresse postale : _____

Si vous participez à une entrevue en personne, prière de remettre ce formulaire rempli à la chercheuse, Alejandra Dubois, au moment de l'entrevue.

Si vous participez à une entrevue par téléphone, prière de remplir le formulaire et de l'envoyer par TÉLÉCOPIEUR ou par la POSTE avant l'entrevue à :

Alejandra Dubois, PhD (c)

Institut de la santé des populations, Université d'Ottawa, 1, rue Stewart,

ADRESSE, TÉLÉPHONE, TÉLÉCOPIEUR

Si vous avez des questions à poser ou si vous souhaitez avoir plus de renseignements au sujet de l'étude avant de consentir à participer, n'hésitez pas à communiquer avec moi par téléphone TÉLÉPHONE ou par courriel ([COURRIEL](#))



Université d'Ottawa

Faculté des études
supérieures et
postdoctorales

Programme de doctorat en
santé des populations

Université d'Ottawa

Faculty of Graduate and
Postdoctoral Studies

PhD in Population Health
Program

Appendix F: Meeting observation – Information and consent form (French)

Feuille d'information et feuille de consentement pour l'observation des réunions

Titre de l'étude : Analyse des processus intersectoriels en tant que stratégie visant à influencer les déterminants de la santé : une étude de cas régionale au Québec.

Chercheuse :

Alejandra Dubois, M. Sc, DEPA santé publique, PhD (c), Santé des populations, Université d'Ottawa, ADRESSE, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Directeur :

Douglas Angus, professeur titulaire, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Co-directeur :

Jean-Louis Denis, Professeur titulaire
Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé
ENAP, École Nationale d'Administration publique
TÉLÉPHONE, COURRIEL

Invitation à participer : Je suis une doctorante qui fait des recherches pour ma thèse à l'Université d'Ottawa. Je vous invite à participer à l'étude susmentionnée.

Objet de l'étude : L'objectif de ce projet de recherche est de mieux comprendre les processus de collaboration et d'action intersectoriels dans les stratégies visant à agir sur les déterminants de la santé. Nous cherchons à répondre aux questions suivantes : Quelles stratégies déclenchent la mise en place de processus intersectoriels? Quels mécanismes et incitatifs favorisent

leur développement? Quels impacts ont les processus intersectoriels sur le développement de règlements, législation et politiques publiques ayant un effet sur les déterminants de la santé? En particulier, nous tenterons de cerner le rôle que joue l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) dans la région de Chaudière-Appalaches dans le cadre de ses activités visant l'actualisation du mandat de responsabilité populationnelle octroyé aux réseaux locaux lors de la création des CSSS en 2004.

Participation : Nous vous demandons d'accepter la présence de la chercheuse (Alejandra Dubois) à titre d'observatrice non participante à la réunion qui aura lieu le _____. Seulement avec le consentement de tous les participants, la réunion sera enregistrée sous fichier audio digital (aucun enregistrement vidéo).

Vous avez le droit de refuser la présence de la chercheuse, et/ou l'enregistrement de la réunion. Par ailleurs, même si vous acceptez sa présence en tant qu'observatrice non participante, et l'enregistrement de la réunion vous pouvez demander en tout temps que certains propos ne soient pas enregistrés ni notés sur papier.

Risques : Selon votre point de vue, il pourrait ne pas vous convenir de parler des processus de collaboration et d'action intersectoriels dans votre région. Si vous avez déjà exprimé un point de vue à ce sujet, il est possible que des personnes puissent vous reconnaître.

Avantages : Cette étude nous permettra de mieux documenter les processus de collaboration et d'action intersectoriels dans votre région. Si nous comprenons mieux quels facteurs déterminent ce genre de processus, ainsi que leurs bénéfices, il sera possible d'améliorer les stratégies pouvant répondre aux besoins de la population.

Confidentialité et anonymat : Le nom des initiatives intersectorielles pourrait être mentionné dans les rapports de recherche ou les publications. Tous les renseignements concernant votre identité (c.-à-d. votre nom ou votre poste spécifique actuel) resteront confidentiels. La désignation générale de personnes participantes aux différentes réunions observées (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé) pourra être mentionnée. Pour protéger votre anonymat, votre nom ne sera pas associé à vos réponses ni mentionné de quelque façon que ce soit. Un code unique vous sera attribué pour vous identifier de façon anonyme lors de la transcription de la réunion. Les résultats qui seront publiés seront agrégés de sorte que votre identité ne sera pas révélée dans un rapport ou une publication. Vous aurez l'occasion de lire la transcription de la réunion au cas où il y aurait des renseignements que vous ne voudriez pas voir mentionnés directement. Si vous souhaitez vous prévaloir de l'option de réviser la transcription de la réunion, je vous ferai parvenir une copie du texte dans le format de votre choix (version électronique par courriel accessible seulement avec mot de passe ou version papier par télécopieur). Vous aurez deux semaines suite à la réception de votre copie pour lire et approuver/désapprouver la transcription. Avec votre autorisation seulement, des citations

directes tirées de vos interventions lors de la réunion pourront être utilisées dans les rapports et les publications des résultats de l'étude. Encore une fois, ces citations ne seront pas associées à votre nom ni à votre poste spécifique actuel, mais plutôt à une désignation générale (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé).

Conservation des données : Tous les renseignements recueillis auprès de vous (fichiers audio, transcription) seront conservés dans un classeur fermé à clé à l'Université d'Ottawa. Tous les ordinateurs où seront entreposées les données de l'étude seront protégés par un mot de passe. Les données ne pourront être consultées que par la chercheuse, le directeur de thèse doctorale et la personne qui fera la transcription des fichiers audio. Il est possible que les données de l'étude soient utilisées pour une analyse secondaire après la fin de l'étude par la chercheuse. Les données de l'étude seront conservées pendant cinq (5) ans après la fin de l'étude, après quoi tous les fichiers audio seront effacés et les transcriptions sur papier seront déchiquetées.

Participation volontaire : Vous n'avez pas l'obligation de participer à l'étude et, si vous choisissez de le faire, vous pouvez vous retirer en tout temps, pour quelque raison que ce soit, sans qu'il y ait de conséquence. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, vous pouvez demander que toutes les données vous concernant recueillies jusqu'au moment de votre retrait soient détruites.

À la fin de la réunion, la chercheuse pourra vous demander l'autorisation de communiquer de nouveau avec vous pour clarifier des points soulevés pendant la réunion. Toutefois, si vous deviez participer encore une fois à notre étude, nous vous demanderions un autre consentement et vous ne seriez aucunement tenu de le faire.

Autres renseignements :

Si vous avez des questions à poser ou si vous souhaitez avoir plus de renseignements au sujet de l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec moi :

Alejandra Dubois, M. Sc, DEPA santé publique, PhD (c), Santé des populations,
Université d'Ottawa, ADRESSE, TÉLÉPHONE, COURRIEL

Si vous avez des questions au sujet des normes éthiques de cette étude, vous pouvez communiquer avec le responsable de la déontologie en recherche, Université d'Ottawa, pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) K1N 6N5, téléphone : (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca

Support et financement

Le présent projet de recherche a été approuvé par la Direction de la santé publique de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Chaudière-Appalaches et par l'Initiative de partage de compétences et développement de connaissances (IPCDC).

La chercheuse (A. Dubois) bénéficie du support financier offert par l'Institut de recherche en Santé publique et des populations du Canada, le Réseau en Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP), ainsi que l'Initiative de partage de compétences et développement de connaissances (IPCDC).

Consentement

Je soussigné (e) (*en caractères d'imprimerie*) : _____,

consent à participer à l'étude susmentionnée intitulée Analyse des processus intersectoriels en tant que stratégie visant à influencer les déterminants de la santé : une étude de cas régionale au Québec.

Je consens à ce que la chercheuse (Alejandra Dubois) soit présente à la réunion en tant qu'observatrice non participante : ☐ Oui ☐ Non

Je consens à ce que la composante audio de la réunion soit enregistrée :

☐ Oui ☐ Non

(Prière d'apposer vos initiales après l'une ou l'autre des mentions ci-après)

Je souhaiterais que mon nom soit mentionné dans les rapports et les publications concernant cette recherche. _____

Je souhaiterais que tous les renseignements d'ordre personnel soient éliminés de façon à protéger mon anonymat dans les rapports et les publications concernant cette recherche. _____

Je consens à être cité sous une désignation générale (p. ex., gestionnaire, professionnel de la santé) _____

Je ne consens pas à être cité du tout. _____

(Si vous consentez à être cité, prière d'apposer vos initiales après l'une ou l'autre des mentions ci-après)

Je veux lire la transcription de la réunion avant que des citations de mes propos ne soient utilisées. _____

Je ne veux pas lire la transcription de mon entrevue avant que des citations de mes propos ne soient utilisées. _____

(Si vous avez consenti à être cité et que vous voulez lire la transcription de la réunion, prière de choisir l'une des mentions ci-après)

Je souhaiterais que la transcription me soit envoyée pour lecture par :

Courriel (document WORD protégé par mot de passe) : _____

Autre moyen (p. ex., par la poste, par télécopieur) : _____

Je conserve une copie de cette feuille de renseignements et formulaire de consentement.

☐ Oui

☐ Non

Par votre signature sur ce formulaire, vous affirmez que vous avez bien compris les renseignements au sujet de votre participation au projet de recherche et que vous consentez à y participer en tant que sujet. Vous ne renoncez pas pour autant à vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs ou les établissements concernés de leurs obligations légales et professionnelles.

Signature [du/de la] participant (e) : _____ Date : _____

Coordonnées [du/de la] participant (e) :

Tél. : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

Adresse postale : _____

Veuillez faire parvenir ce formulaire rempli à :

XXXXXXX

(Nom et coordonnées du responsable de l'organisation de la réunion)

ou à

Alejandra Dubois, PhD. (c)

Institut de la santé des populations, Université d'Ottawa, 1, rue Stewart,

ADRESSE, TÉLÉPHONE

AVANT LE _____ (DATE)

Si vous avez des questions à poser ou si vous souhaitez avoir plus de renseignements au sujet de l'étude avant de consentir à participer, n'hésitez pas à communiquer avec moi par téléphone

TÉLÉPHONE, COURRIEL

Appendix G

University of Ottawa Ethics Board Certificates (2011-2012 and 2012-2013)

File Number: 06-11-23

Date (mm/dd/yyyy): 08/12/2011



Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Ethics Approval Notice

Social Science and Humanities REB

Principal Investigator / Supervisor / Co-investigator(s) / Student(s)

<u>First Name</u>	<u>Last Name</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Role</u>
Doug	Angus	Telfer School of Management	Supervisor
Jean-Louis	Denis	École nationale d'administration publique	Co-Supervisor
Alejandra	Dubois	Institute of Population Health	Student Researcher

File Number: 06-11-23

Type of Project: PhD Thesis

Title: Studying Intersectoral Processes as a Strategy to Influence the Determinants of Health: A Regional Nested Case-Study

Approval Date (mm/dd/yyyy)	Expiry Date (mm/dd/yyyy)	Approval Type
08/12/2011	08/11/2012	Ia

(Ia: Approval, Ib: Approval for initial stage only)

Special Conditions / Comments:
N/A



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Ethics Approval Notice
Social Science and Humanities REB

Principal Investigator / Supervisor / Co-investigator(s) / Student(s)

<u>First Name</u>	<u>Last Name</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Role</u>
Doug	Angus	School of Management / School of	Supervisor
Jean-Louis	Denis	Others / Others	Co-Supervisor
Alejandra	Dubois	Others / Others	Student Researcher

File Number: 06-11-23

Type of Project: PhD Thesis

Title: Studying Intersectoral Processes as a Strategy to Influence the Determinants of Health: A Regional Nested Case-Study

Renewal Date (mm/dd/yyyy)	Expiry Date (mm/dd/yyyy)	Approval Type
08/12/2012	08/11/2013	Ia
(Ia: Approval, Ib: Approval for initial stage only)		

Special Conditions / Comments:
N/A

Appendix H

List of interviews and meeting observed, per case study

cas #	Initiative	Code du répondant	Genre	Durée (min)	# Pages	Sous-total	
1	Agriculteurs	1	M	92	31	Minutes	Heures
1	Agriculteurs	2	M	78	29		
1	Agriculteurs	3	M	77	23		
1	Agriculteurs	4	M	47	17		
1	Agriculteurs	5	M	14	5	308	5.13
2	Parc de jeu	6	F	79	31		
2	Parc de jeu GG	7	M	74	30	153	2.55
3	Cuisines collectives	8	F	79	31		
3	Cuisines collectives	9	F	82	27		
3	Cuisines collectives	10	F	31.5	14	192.5	3.21
4	Alcool	11	F	133	33		
4	Alcool	12	M	94	37		
4	Alcool	13	F	40	17		
4	Alcool	Réunion		165			
4	Alcool	14	M	47	21		
4	Alcool	Group interview	M + M	102	37		
4	Alcool	Réunion		87	33		
5	Alcool	Réunion		90	pas transcrit	758	12.63
		17	F				

	Autres entretiens et enregistrements	18 et 19 conférence groupe groupe 20	F + F F	69 75 17 32 28	24 25 6 12 11	221	3.68
	Grand total	20 répondants	10 F / 10 H			1632.5	27.21

Appendix I

List of nodes that emerged during the NVivo analysis

Level 1	Level 2
Autres projets intersectoriels	
Avantages et défis de l'intersectorialité	
Avenir des initiatives	
Barieres et conditions facilitantes	Avenir des initiatives\Avenir cuisines
	Avenir des initiatives\Avenir de l'initiative agr
	Avenir des initiatives\Avenir de l'initiative alc
	Avenir des initiatives\Avenir Parc
	Barieres et conditions facilitantes alcool
	Barieres et conditions facilitantes alcool\Barrières alcool
	Barieres et conditions facilitantes alcool\Conditions facilitantes alcool
	Barieres et conditions facilitantes
	Barieres et conditions facilitantes\Barrières cuisines
	Barieres et conditions facilitantes\Barrières Parc
	Barieres et conditions facilitantes\Barrières agr
	Barieres et conditions facilitantes\Barrières alc
	Barieres et conditions facilitantes\Conditions propices au partenariat
	Barieres et conditions facilitantes\Facilitateur agr
	Barieres et conditions facilitantes\Conditions facilitantes alc
	Barieres et conditions facilitantes\Conditions facilitantes cuisines
	Barieres et conditions facilitantes\Conditions facilitantes Parc
	Barieres et conditions facilitantes\Incitatifs financiers agr
	Barieres et conditions facilitantes\Incitatifs financiers alc
	Barieres et conditions facilitantes\Incitatifs financiers projets municipaux
	Barieres et conditions facilitantes\Leviers agr
	Barieres et conditions facilitantes\Leviers Cuisines
Ce qui pourrait etre exportable de l'initiative	
Contexte	
	Contexte\caractéristiques uniques des initiatives qui seraient utiles pour d'autres
	Contexte\Colloque Drummonville
	Contexte\Contexte alcool
	Contexte\Contexte cuisines
	Contexte\Contexte Parc
	Contexte\Découpage territorial
	Contexte\Définition du probleme et enjeux alc
	Contexte\Enjeux agr
	Contexte\Enjeux cuisines et parc
	Contexte\IPCDC
	Contexte\Origine
	Contexte\Origine alcool

	Contexte\Origine cuisines
	Contexte\Origine Parc
Définition de termes	
	Définition de termes\Collaboration VERSUS Action
	Définition de termes\Concept de partenaire
	Définition de termes\Concept de secteur
	Définition de termes\concept d'integration
	Définition de termes\Concept d'intersectorialité
	Définition de termes\Concept et approche d'intégration
	Follow up needed
Logic Framework boxes	
	Logic Framework boxes\Activités agr
	Logic Framework boxes\Activités cuisines
	Logic Framework boxes\Activités Parc
	Logic Framework boxes\Obj Cuisine
	Logic Framework boxes\Obj Parc
	Logic Framework boxes\Obj sousjacents cuisines
	Logic Framework boxes\Obj sousjacents Parc
	Logic Framework boxes\Objectives sousjacents agr
	Logic Framework boxes\Objectives, outputs, impacts agr
	Logic Framework boxes\Objectives, outputs, impacts agr (2)
	Logic Framework boxes\Objectives, outputs, impacts alc
	Logic Framework boxes\Outputs, impacts Cuisines
	Logic Framework boxes\Outputs, impacts Parc
	Logic Framework boxes\RR Cuisines
	Logic Framework boxes\RR Parc
	Logic Framewrk Alcool
	Logic Framewrk Alcool\Activités alc
	Logic Framewrk Alcool\Obj alcohol
	Logic Framewrk Alcool\Obj alcohol\Obj sousyacents alcool
	Logic Framewrk Alcool\Outputs, impacts alcool
	Logic Framewrk Alcool\RR alcool
Management	
	Management\Communications, prise de décision
	Management\Dynamique des comités
	Management\Évolution du comité
	Management\Gestion alcool
	Management\Gestion cuisines
	Management\Gestion Parc
	Management\Gouvernance
	Management\Gouvernance\Gouvernance alc
	Management\Gouvernance\gouvernance CLD
	Management\Gouvernance\Gouvernance cuisines
	Management\Gouvernance\Gouvernance Agr
	Management\Lignes d'autorité alc
	Management\Organization des réunions et du comité agr
	Management\Organization des réunions et du comité alc
	Management\Outils de planification
	Management\Styles de gestion

Partenaires	
	Partenaires\Partenaires Agr
	Partenaires\Partenaires alcool au volant
	Partenaires\Partenaires alcool au volant\Perception des partenaires
	Partenaires\Partenaires avec CLD
	Partenaires\Partenaires comité B
	Partenaires\Partenaires comité L
	Partenaires\Partenaires cuisines
	Partenaires\Partenaires Parc

Appendix J - List of substantive definitions retained at the end of the exercise

#1: Intersectoral Action

Def. #	Author	Year	Definition	Frame work	Sector Origin	Country	Language	Institution
1 IA	Zunzunegui, M. V & Béland, F.	2010	La idea que subyace en la definición de acción intersectorial es atractiva. Se trata de unir esfuerzos para conseguir mejores resultados que los que se obtendrían trabajando de forma aislada.	No	Health	Canada	Spanish	University of Montreal
2 IA	Vieira, J. M. R., Garnelo, L., & Hortale, V. A.	2010	Segundo Campos (2000), a ação intersectorial não é um processo espontâneo, e sim organizado e coletivo; tem a ver com a criação de espaços comunicativos, com a capacidade de negociar e gerenciar conflitos. A análise dessa dimensão buscou apreender as formas de concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde.	No	Health	Brazil	Portuguese	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazona, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, FIOCRUZ.
3 IA	El Ansari, W., & Phillips, C. J.	2001	Intersectoral action , defined as the concerted programming and joint development of health, social and educational policies has become increasingly compelling in national planning. In many policy areas the call for partnerships across sectors, and the recognition that the ‘deeply seated’ problems cannot be solved by one agency on its own, has encouraged both public participation and intersectoral working. Health—as Radford and colleagues (1997) have noted—‘is everyone’s business’.	No	Health	UK	English	University of Wales Swansea
4 IA	Lal, S. & Mercier, C.	2009	Collaboration between different sectors of the community, otherwise referred to as intersectoral action, is widely recognized as an effective approach to address the unemployment needs of persons with mental illness (p. 427) Intersectoral collaboration can occur between government sectors at the central and regional levels, as well as local action between agencies representing different sectors in the community. Intersectoral collaboration and intersectoral action are often defined synonymously and/or used interchangeably in policy documentation. For the purpose of this discussion, the terms action, collaboration, and partnership are utilized interchangeably. (p 428) Collaboration between different sectors of the community, otherwise referred to as intersectoral action, is widely recognized as an effective	No	Health	Canada	English	University of British Columbia and University of Montreal

			approach to address the unemployment needs of persons with mental illness Intersectoral action first emerged in the field of public health and is now widely recognized as a critical approach to addressing a diverse range of social determinants. This approach evolved through the influence of principles and driving forces that initiate and sustain local development, a global movement spearheaded by the World Health Organization. Within this perspective, communities are encouraged to develop intersectoral initiatives that target public health determinants, such as poor environment and housing conditions, as well as unemployment.					
5 IA	Rissel, C., & Rowling, L.	2000	Linking diverse stakeholders from a range of sectors including public and private agencies and organizations - called intersectoral action is increasingly being recognized as a feature of “best practice” in contemporary health promotion	No	Health	Australia	English	University of Sydney
6 IA	Stewart, M. J. et al.	2006	Intersectoral action ‘in which the health sector and other relevant sectors of the economy collaborate, or interact to pursue health goals’ (World Health Organization Europe 2004)	No	Health	Canada	English	University of Alberta
7 IA	Lawrence, R. J.	2005	Intersectoral action can be defined as A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by health sector alone.	No	Health	Canada	English	Faculté des sciences économiques et sociales Institut des Sciences de l'Environnement, Groupe Ecologie humaine Département de Géographie, Université de Genève
8 IA	Geneau, R. Public Health Agency of Canada; WHO	2009	For this study, we adopted the definition contained in a 2008 Senate Report on Population Health Policy in Canada. This definition distinguishes between the horizontal and vertical dimensions of intersectoral action: “The horizontal dimension links different sectors such as education, health, the environment, etc. Within a single government, this can be referred to as an interdepartmental or whole-of-government approach. The vertical dimension links sectors at different levels; for example, the federal, provincial/territorial, regional, and local or municipal governments are linked both together and with groups, institutions, and organizations in the community.” (Senate Report, 2008) [11]	Few elements	Health	Canada	English	PHAC

9 IA	Health Canada	2000	Intersectoral action toolkit: the cloverleaf model for success Intersectoral Action (ISA) means working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest. Sectors may include government departments such as health, education, environment and justice; ordinary citizens; non-profit societies or organizations; and business.	Few elements	Health	Canada	English/Fr ench	Health Canada
10 IA	WHO (2010 b) In Blas E., Kurup A. S. (Eds.)	2010	Intersectoral action can be defined as a recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. (no explicit citation but WHO mentioned in the paragraph)	No	Health	Internet	English	WHO
11 IA	Perera, M.A.L.R.	2006	Thus, intersectoral action (ISA) is one of the main principles of PHC.¹ 3.1. What is Intersectoral Action? ISA means working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest. Sectors may include government departments such as health, education, environment and justice; ordinary citizens; non-profit societies or organizations; and business.² Two definitions are provided by Harris, E. et al, 1995 in their report “Working Together: Intersectoral Action for Health”: a) Activities by part or parts of the health sector that involve a direct relationship or partnership with another sector and that involve joint planning or action as an issue of common concern. This definition was developed further during the review to read as follows: b) A recognized relationship between part or parts of the health sector and part or parts of another sector that has been formed to take action as an issue or to achieve health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector	No	Health	SRI LANKA / internati onal (WHO)	English	Health Systems Knowledge Network

			working alone.³ (NB: in fact , in the original Harris's et al. 1995 doc., these are the definitions for intersectoral action for health) ¹ World Health Organization and United Nations Children's Fund: Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care Alma- Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva & New York; 1978 ²Working Group on Population Health Strategy, Health Canada (1996) Citing Health Canada 1996 but reproducing text from Health Canada (2000) Intersectoral action toolkit: the cloverleaf model for success ³Harris E, Wise M, Howe P, et al (1995) Working together: intersectoral action for health, AGPS					
12 IA	Keon / Fourth Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology Chair: The Honourable Wilbert J. Keon Deputy Chair: The Honourable Lucie Pépin	2008	A population health policy or population health approach refers to public policy the purpose of which is to improve or enhance the health of the population and to reduce health disparities by addressing, in a coordinated fashion, the range of determinants that influence health. Such an approach requires intersectoral action, that is, coordination among and collaboration with a variety of stakeholders. . (p. 3) Intersectoral action for population health has two dimensions: horizontal and vertical. The horizontal dimension links different sectors such as education, health, the environment, etc. Within a single government, this can be referred to as an interdepartmental or whole-of-government approach. The vertical dimension links sectors at different levels; for example, the federal, provincial/territorial, regional, and local or municipal governments are linked both together and with groups, institutions, and organizations in the community. . Intersectoral action is most successful when it results in a “win-win” situation, whereby the participants at every level gain something. (p.4)	No	Health	Canada	English/French	Senate
13 IA	Lebeau, A.; Vermette, C & Viens, C.	1995	L' action intersectorielle est définie comme «réunissant 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» citing Ouellet, F.,	No	Health	Canada	French	Direction de la santé publique, de la planification et de

			Paiement, M. et Tremblay, P.H., 1995 (Intersectoral action is defined as bringing together resources from various sectors, with complementary mandates and sometimes different operational systems to implement a comprehensive action plan to solve a complex problem - Free translation)						l'évaluation, Montérégie
14 IA	White et al.	2002	Ces auteurs avaient malgré tout constaté l'existence d'un consensus dans la littérature pour définir l'action intersectorielle «comme l'implication de tous les secteurs ayant un impact sur la santé de manière à prendre cette dernière en considération dans leur fonctionnement concret» citing Fortin et al., 1994 (These authors had still found the existence of a consensus in the literature to define intersectoral action "as the involvement of all sectors having an impact on health in a way to take it into account in their practical operation" - Free translation)	No					
15 IA	White et al.	2002	L'action intersectorielle consiste en des stratégies développées par ou dans des secteurs autres que celui de la santé mentale, axées sur des problématiques ambiguës, complexes ou laissés-pour-compte, visant des résultats de santé ou de santé mentale effectifs et durables, problématiques orientées, entre autres, sur les conditions de vie et les déterminants socioéconomiques, culturelles, politiques de celles-ci. (Intersectoral action consists of strategies developed by or in areas other than mental health, focusing on issues ambiguous, complex, or left-to-account, aiming effective and sustainable health or mental health results, issues directed, among other things, to the living conditions and socioeconomic, cultural, and political determinants - Free translation)	No	Health	Canada	French		Comité de la santé mentale du Québec

#2 : Intersectoral Action for Health

Def. #	Author	Year	Definition	Framework	Sector Origin	Country	Language	Institution
1 IAH	Kreisel, W	1997	A Definition of IAH There was little formal discussion of the definition of IAH although several of the conference working documents provided definitions. The following definition appeared to reflect the consensus of participants: A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. National Centre for Health Promotion (referring to Harris et al, 1995)	Few elements	Health	Canada	English	WHO
2 IAH	Mannheimer, L. et al.	2007	Intersectoral Action for Health (IAH), which is defined as ‘action in which the health sector and other relevant sectors of the economy collaborate or interact to pursue health goals’.	No	Health	Finland	English	University of Tampere, etc.
3 IAH	Rose, V. & Harris, E.	2004	The intersectoral action for health framework (reference to Harris et al, 1995) identifies mechanisms that facilitate the ability of the Australian health sector to work with other sectors in addressing health issues in a way that is more effective and efficient than working alone.	No	Health	Australia	English	University of New South Wales and Division of Population Health

4 IAH	PHAC , WHO	2008	Based on these and other observations from the analysis of these case studies, therefore, we understand “intersectoral action for health” to refer to actions undertaken by sectors outside the health sector, possibly, but not necessarily, in collaboration with the health sector, on health or health equity outcomes or on the determinants of health or health equity. (P.2) Intersectoral action for health for this study is defined as: “a recognised relationship between part or parts of different sectors to take action on issues to improve health and health equity” (p.25)	Few elements	Health	Canada	English/ French	PHAC
5 IAH	Rachlis, M	2008	Intersectoral action for health has been described by the World Health Organization as: A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes, (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. Citing WHO International Conference on Intersectoral Action for Health 1997. Halifax.	No	Health	Canada	English	
6 4 IAH	Rachlis, M	2007	Intersectoral action for health has been described by the World Health Organization as: A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes, (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. Citing WHO International Conference on Intersectoral Action for Health 1997. Halifax.	No	Health	Canada	English	

7 IAH	Harris E, Wise M, Hawe P, Finlay P, Nutbeam D.	1995	Harris E, Wise M, Hawe P, Finlay P, Nutbeam D. Working together: intersectoral action for health. Canberra: National Centre for Health Promotion and Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995. Intersectoral action for health: A recognized relationship between part or parts of the health sector and part or parts of another sector, that has been formed to take action on an issue or to achieve health outcomes, (or intermediate health outcomes) in a way which is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector working alone.	Few elements	Health	Australia	English	Department of Human Services and Health
8 IAH	World Health Organization	1998	Reference: modified from Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997 : Intersectoral action for health is seen as central to the achievement of greater equity in health, especially where progress depends upon decisions and actions in other sectors, such as agriculture, education, and finance. A major goal in intersectoral action is to achieve greater awareness of the health consequences of policy decisions and organizational practice in different sectors, and through this, movement in the direction of healthy public policy and practice. Not all intersectoral action for health need involve the health sector. For example, in some countries the police and transport sectors might combine to take action to reduce road transport injury. Such action, although explicitly intended to reduce injury, will not always involve the health sector. Increasingly intersectoral collaboration is understood as cooperation between different sectors of society such as the public sector, civil society and the private sector.	No	Health	WHO	English	WHO/HPR/HEP/98.1

9 IAH	Health Canada	1999	Intersectoral Action for Health . . . What Is It? A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone.(P.10) WHO International Conference on Intersectoral Action for health, 1997	No	Health	Canada	English/Fr ench	Health Canada
10 IAH & 9 IA	Health Canada	2000	<i>Intersectoral action toolkit: the cloverleaf model for success</i> Intersectoral Action (ISA) for Health is a mutually beneficial and well-defined relationship entered into by two or more sectors, intending to take action on an issue to achieve health outcomes in a way that is more effective, efficient and sustainable than could be achieved by any one sector alone.	Few elements	Health	Canada	English/Fr ench	Health Canada
11 IAH	Zunzunegui, M. V	2010	La OMS define la acción intersectorial para la salud como una relación, reconocida por una parte del sector salud con parte de otro sector, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados de salud de una forma más efectiva, eficiente y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud⁵. No siempre las acciones intersectoriales son iniciadas por el sector salud, aunque éste suele ser uno de los actores clave en los equipos intersectoriales. ⁵World Health Organization. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report to the International Conference, April 1997, Halifax, Nova Scotia. Geneve: WHO; 1997. p. 39.	No	Health	Canada	Spanish	University of Montreal

12 IAH Et 4 IA	Lal, S	2009	Drawing from the School of Public Health at the University of Sydney, Australia, participants at the 1997 World Health Organization conference utilized the following working definition for intersectoral action in health (p. 428) : A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. [22, p. 3]. A sector is a “broad field of activity” such as health, justice, education, employment. Sectors can refer to a group of organizations, actors, and activities that work within specific boundaries defined by the sector’s mission and clientele [21]. Intersectoral collaboration can occur between government sectors at the central and regional levels, as well as local action between agencies representing different sectors in the community. Intersectoral collaboration and intersectoral action are often defined synonymously and/or used interchangeably in policy documentation. For the purpose of this discussion, the terms action, collaboration, and partnership are utilized interchangeably. (p 428)	No	Health	Canada	English	University of British Columbia and University of Montreal
13 IAH	Winnipeg Regional Health Authority	unspecific	Intersectoral Action for Health: exists when "the formalized institutional structures which constitute a sector, develop a recognized relationship between part or parts of the health sector and part or parts of another sector, that has been formed to take action on an issue or achieve health outcomes in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector working alone." (WHO, 1992, as cited in WRHA, Community Development and Public Participation Paper, 2003).	No	Health	Canada	English	Winnipeg Regional Health Authority
14 IAH et	Vieira, J. M. R	2010	A intersectorialidade em saúde já foi definida como uma prática articuladora de sujeitos e setores com intervenção nas condições sanitárias, integrando saberes, poderes e vontades que se complementam e interagem, visando a uma abordagem mais complexa e qualificada dos problemas de saúde (Wimmer e Figueiredo, 2006). (A	No	Health	Brazil	Portuguese	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazona, Faculdade de Medicina da

2 IA			practice articulating subjects and sectors with intervention in sanitary conditions, integrating knowledge, power and wills that complement and interact, aiming at a more complex and qualified approach to health problems- Free translation)					Universidade Federal do Amazonas, FIOCRUZ.
------	--	--	---	--	--	--	--	--

#3 : Intersectoral Collaboration

Def. #	Author	Year	Definition	Framework	Sector Origin	Country	Language	Institution Origin
IC 1	Wagemakers, A. et al.	2010	Intersectoral collaboration can be defined as “a recognized relationship between part or parts of different sectors of society which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient and sustainable than might be achieved by the health sector acting alone” (Nutbeam, 1998a, p. 360).’ Intersectoral collaboration focuses more on the organizational and coalition level, whereas participation focuses mostly on the community level. By participating and collaborating, stakeholders, both community members and professionals, take part in a learning process, develop skills and competences, and gain power to take decisions that affect their lives.	Few elements	Health	The Netherlands	English	Health and Society, Department of Social Sciences,
IC 2	Axelsson, R. & Bihari-Axelsson	2005	Intersectoral collaboration has been described as networks of actors, healthy alliances or “socio-ecological” approaches to prevention and health promotion	No	health	Sweden	English	Health Management, Nordic School of Public Health
IC 3	Vaandrager, H. et al.	1993	Intersectoral collaboration is considered to be an action between sectors through a series of negotiations where personal, face-to-face contacts play an important role.	No	Agriculture	The Netherlands	English	Department of Communication and Innovation Studies, Agricultural University Wageningen
IC 4	Yuan, L. et al.	2005	Intersectoral collaboration involves working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest,	No	Health	Australia	English	University of Melbourne
IC 5	World Health Organization	1998	Intersectoral collaboration (p24) A recognized relationship between part or parts of different sectors of society which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by the health sector acting alone. Reference: modified from Intersectoral Action for Health: A	No	Health	WHO	English	WHO/HPR/HEP/98.1

			Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997 Intersectoral action for health is seen as central to the achievement of greater equity in health, especially where progress depends upon decisions and actions in other sectors, such as agriculture, education, and finance. A major goal in intersectoral action is to achieve greater awareness of the health consequences of policy decisions and organizational practice in different sectors, and through this, movement in the direction of healthy public policy and practice. Not all intersectoral action for health need involve the health sector. For example, in some countries the police and transport sectors might combine to take action to reduce road transport injury. Such action, although explicitly intended to reduce injury, will not always involve the health sector. Increasingly intersectoral collaboration is understood as cooperation between different sectors of society such as the public sector, civil society and the private sector.					
IC 6	Alliance for healthy cities	unspecific	Intersectoral collaboration: A recognized relationship between part or parts of different sectors of society which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than might be achieved by the health sector acting alone. Citing Health Promotion Glossary, WHO, 1998	No	HEALTH	International network Secretariat based in Tokyo	English	
IC 7	Health Nexus	2006	Intersectoral Collaboration Definition: "A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes ... in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone." WHO International Conference on Intersectoral Action for Health, 1997 It may take different forms such as cooperative initiatives, alliances, coalitions or partnerships... What distinguishes it from other processes is the explicit intention of participants from different sectors, and different levels and parts of a particular sector, to address a common purpose.	No	HEALTH	Canada	English	The Health Promotion Assessment Tool was developed for the Canadian Health Network (CHN) by Health Nexus staff in 2006

			Source: "Intersectoral Action: Towards Population Health". Report of the Federal/ Provincial/ Territorial Committee on Population Health, June 1999. Health Canada, Ottawa. Section 2, Page 8 [PDF] Link: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/collab1.html#def_isa OR http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/inters_eng.pdf					
IC 8	Adeleye, O. A., & Ofili, A. N.	2010	In the health literature, the term <i>intersectoral collaboration</i> frequently refers to the collective actions involving more than one specialised agency, performing different roles for a common purpose. But the point must be made that <i>multisectoral actions</i> are necessary but not sufficient to constitute ISC. Thus, vertical but related multisectoral actions do not constitute ISC. The coordination of efforts of sectors as an essential requirement for ISC is highlighted in the 1978 Declaration of Alma Ata, Article VII (4): <i>(PHC) involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;</i> and Article VIII: <i>All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch, and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.</i> More recently, the WHO promoted the concept of intersectoral action for health (IAH) as “a recognised relationship between part or parts of the health sector with parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone” [2]. Being a recognised relationship suggests that IAH is a managed process. The involvement of parts of sectors may be understood as pointing to the structural and functional nature of the relationship, not just a conceptual one. Improved effectiveness, efficiency and sustainability refer to the benefits expected from the relationship based on specified roles and responsibilities played. For the purpose of this	No	Health	Nigeria	English	Department of Community Health, School of Medicine, University of Benin, Benin City, Nigeria

			article, IAH may conveniently be taken as synonymous with ISC for health. It must be borne in mind that the collaboration can be between different departments and bodies within the government, between actors within and outside government, such as civil society organisations, for-profit private organisations and communities; all the actors may be outside the government. 2. WHO. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. In: Proceedings of International Conference on Intersectoral Action for Health; April 1997; Halifax, Canada. World Health Organization					
IC 9	Ramsden et al.	unspecific	The World Health Organization defines inter-sectoral collaboration as: “A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes ... in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone.” (Health Promotion, WHO, 1998, glossary)	Few elements	Health	CANADA	English	Multi-jurisdictional Collaboration
IC 10	Frankish et al.	2007	Intersectoral collaboration (i.e., collaboration between diverse segments of the health system, and between the health system and other sectors of society. For the purpose of this project, we defined intersectoral collaboration as: “A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector that has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes ... in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone.”² ²World Health Organization. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report on an International Conference held in Halifax, April 20-23, 1997.					
IC 11	Nutbeam, D.	1998	Intersectoral Collaboration: A recognized relationship between part or parts of different sectors of society which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes or intermediate health outcomes in a way which is more effective, efficient or sustainable than	No	Health	Australia	English	WHO CC Health Promotion

			might be achieved by the health sector acting alone.					
			Reference :modified from WHO (1997) Intersectoral Action for health: A Cornerstone for Health-for-All in the 21 st Century					

#4: **Intersectoral Policy**

Def. #	Author	Year	Definition	Framework	Sector Origin	Country	Language	Institution Origin
	Nutbeam D.	1986	Inter-sectoral policy Health-orientated policy affecting sectors outside health services but usually evolved in collaboration with the health sector	No	Health	Australia	English	

#4b (derived) : **Intersectoral Action in Health Policy**

Def. #	Author	Year	Definition	Framework (Yes, No)	Sector Origin	Country	Language	Institution Origin
	Mooy, J	2001	Intersectoral action in health policy has been widely acclaimed. It implies the cooperation of politicians outside the health sector, so there will inevitably be a trade-off of sectoral interests	No	Health	Netherlands	English	University of Amsterdam

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

*Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS)
Chaudière-Appalaches*

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Note de A. Dubois : Veuillez noter qu'il s'agit d'un document de travail obtenu à l'automne 2011 dans le cadre de la présente recherche. Le document original fut reformaté en éliminant les noms et coordonnées.

SANTÉ

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches (TROCCA)	141 membres : Organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux et des regroupements sectoriels ou régionaux de ces organismes communautaires desservant la région de la Chaudière-Appalaches.	Mission : Informé, concerter, former, animer et représenter. Mandats/Objectifs : Reconnue comme interlocutrice privilégiée depuis 1999 à titre de regroupement régional représentatif de l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux auprès de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. À ce titre, il est entendu que la TROCCA est l'organisme à qui l'Agence, notamment : • Se réfère pour la désignation d'organismes communautaires pour la participation à divers comités ou instances de consultation • Se réfère pour faire connaître des orientations générales de la région • Transmet des informations destinées aux organismes communautaires de la région • Échange sur les orientations/décisions relatives aux crédits de développement	1999

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table régionale des organismes communautaires actifs en santé mentale (TROCASM)	11 organismes communautaires en santé mentale membre de la table.	Mission : Concertation, formation, échange, représentation. Mandats/Objectifs	1996
Regroupement des associations de personnes handicapées région Chaudière-Appalaches (RAPHRCA)	➤ Association d'entraide communautaire de la Fontaine ➤ Association de loisirs pour personnes handicapées de l'Islet-Sud (ALPHIS) ➤ Association des personnes handicapées de la Chaudière (APHC) ➤ Association des personnes handicapées de Lévis (APHLévis) ➤ Association pour l'intégration sociale région Beauce-Sartigan (AISRBS) ➤ Association renaissance de la région de l'Amiante ➤ Atelier occupationnel Rive-sud (AORS) ➤ L'Entraide Pascal Taché ➤ Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPRT) ➤ Regroupement des sourds de Chaudière-Appalaches (RSCA) ➤ Services externe de main d'œuvre Chaudière-	Mission : L'inclusion sociale et la participation sociale des personnes handicapées supposent que celles-ci puissent pleinement prendre part aux activités courantes de toutes personnes vivant en société, que ce soit au niveau scolaire, parascolaire, professionnel, culturel, sportif et communautaire. C'est pourquoi, la mission du Regroupement est <i>l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées et leur famille vivant en Chaudière-Appalaches.</i> Mandats/Objectifs • Représentation des personnes ayant une limitation et leur famille auprès des instances régionales; • Soutien technique aux associations de personnes handicapées dans leur vie associative; • Information et référence; • S'occupe de la défense des droits, de la promotion des intérêts et de l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées	1986

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Appalaches (SEMO-CA)		
Regroupement des organismes communautaires en soutien à domicile (ROCSAD)	➤ Association bénévole Beauce-Sartigan ➤ Association de l'action volontaire de l'Amiante ➤ Baluchon Alzheimer Québec ➤ CAB Beauce-Etchemins ➤ CAB-Concert'action Beaulac Garthby ➤ CAB-SERS de Lévis ➤ CPAL ➤ CECB de Montmagny-l'Islet ➤ Entraide Solidarité Bellechasse ➤ Groupe d'accompagnement Jonathan ➤ Nouvel Eclair ➤ Présence Lotbinière ➤ RPAL ➤ RPAB ➤ Services d'entraide (9) ➤ Société Alzheimer Chaudière-Appalaches ➤ TROCCA	Mission : Mandats/Objectifs	
Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie de Chaudière-Appalaches en lien avec le plan d'action gouvernemental (TSHV)	➤ Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; ➤ Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA); ➤ Centraide Québec, Chaudière-Appalaches; ➤ Conférence régionale des élu(e)s; ➤ Forum jeunesse régional	Mission : La TSHV a pour mission d'assurer la mise en œuvre et le suivi du <i>Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids</i> (PAG). Mandats/Objectifs Les membres de la TSHV ont identifié quatre priorités régionales pour 2009-2012 : - accessibilité aux aliments sains - déplacements actif	2008

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Chaudière-Appalaches; ➤ Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation; ➤ Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; ➤ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; ➤ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; ➤ Ministère des Transports; ➤ Québec en forme Chaudière-Appalaches; ➤ Regroupement des CPE des régions de Québec et Chaudière-Appalaches; ➤ Table agroalimentaire Chaudière-Appalaches; ➤ TROCCA; ➤ Unité régionale de loisir et de sport (URLS);	- politiques municipales - communications Quatre (4) groupes de travail ont été mis en place et leur mandat consiste à présenter à la TSHV le fruit de leur réflexion quant à l'identification et à la mise en œuvre d'actions régionales potentielles visant les quatre (4) priorités régionales.	
Comité Chaudière-Appalaches en santé	➤ Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; ➤ Services en organisation communautaire des CSSS : ➤ CSSS de Beauce; ➤ CSSS du Grand Littoral; ➤ CSSS des Etchemins; ➤ CSSS de Montmagny-L'Islet; ➤ CSSS de la région de Thetford.	Mission : Mandats/Objectifs - Contribuer au développement social et à la lutte à la pauvreté dans la région de Chaudière-Appalaches en rejoignant les familles, notamment les familles vulnérables; - Développer et consolider dans les MRC des projets qui visent le développement social et la lutte à la pauvreté (comité Chaudière-Appalaches en santé, CAS).	1999

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité intersectorielle en matière d'agression sexuelle	- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - Centre Ex-æquo; - CALACS CA; - Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; - CSSS de Beauce; - CSSS de Montmagny-L'Islet; - CSSS de la région de Thetford; - CSSS des Etchemins; - CSSS du Grand-Littoral; - D'homme à homme; - Entraide au masculin Côte-Sud; - Espace Chaudière-Appalaches; - Sûreté du Québec; - TROCCA.	Mission : Mandats/Objectifs - Assurer la cohérence, la complémentarité et la continuité de services d'aide, de protection et d'encadrement dans le domaine des agressions sexuelles; - Travail en sous-groupes pour les victimes et les agresseurs.	2002
Santé des hommes	- Entraide au masculin; - D'homme à homme; - Partage au masculin; - Ministère de la Santé et des Services sociaux (dossier des hommes); - CSSS de la région de Thetford; - Direction de la santé publique; - Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - Ministère de la Santé et des Services sociaux, santé publique.	Mission : Mandats/Objectifs - Soutenir une démarche de sensibilisation du milieu; - Veiller à l'adaptation des services s'adressant à une clientèle masculine; - Élaborer la stratégie régionale à partir des orientations nationales.	2005
Comité régional MELS-MSSS	Éducation - Commission scolaire des	Mission :	?

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Appalaches; - Commission scolaire de la Beauce-Etchemin; - Commission scolaire de la Côte-du-Sud; - Commission scolaire des Navigateurs; - Juvénat Notre-Dame-du-St-Laurent; - MELS, direction régionale de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches. Santé - Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; - CRDP; - CRDI; - CSSS de Beauce-CHBE; - CSSS des Etchemins; - CSSS du Grand Littoral; - CSSS de Montmagny-L'Islet; - CSSS de la région de Thetford; - Direction de la santé publique; - Hôtel-Dieu de Lévis, services de pédopsychiatrie.	Mandats/Objectifs - Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action régional conjoint; - Table de partage d'expertise et d'échange d'information; - Clarifier et acquérir certains concepts, notamment la protection de la jeunesse, la promotion de la santé et l'ouverture à la communauté; - Mise en place d'un mécanisme commun permettant l'accès aux services à partir d'un plan de services individualisé et intersectoriel pour des situations complexes nécessitant l'intervention de deux réseaux.	
Services Intégrés en périnatalité et petite enfance (S.I.P.P.E.)	Communautaire - L'ABC des Hauts Plateaux Montmagny-L'Islet (éveil à la lecture et l'écriture); - Centre communautaire de la Normandie; - Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny;	Mission : Mandats/Objectifs - Soutenir les familles et jeunes enfants fortement défavorisés; - Offrir à cette clientèle les <i>programmes Naître égaux- Grandir en santé</i>; - Programme de soutien aux jeunes parents;	2002

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-CPE de la MRC de L'Islet; -CPE de la MRC de Montmagny; -Maison de la famille de la MRC de L'Islet. Éducation -Commission scolaire de la Côte-du-Sud (Passe-Partout). Santé -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; CSSS de Montmagny-L'Islet.	-O.L.O. (Œuf-Lait-Orange); -Soutien à la famille.	
Ensemble on D-Tox	Communautaire -Action jeunesse Côte-Sud; -ASEC. Éducation -Direction de 4 écoles secondaires. Justice -Sûreté du Québec. Santé CSSS de Montmagny-L'Islet.	Mission : Mandats/Objectifs Projet de prévention de consommation abusive de drogues chez les jeunes de 12 à 17 ans.	2005
Regroupement des intervenantes et des intervenants en organisation communautaire – Région 12	L'ensemble des intervenantes et intervenants en organisation communautaires œuvrant dans les CSSS de la région qui sont - CSSS Alphonse-Desjardins - CSSS Montmagny-L'Islet		

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	- CSSS de Beauce - CSSS des Etchemins		

COMMUNAUTAIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Association des maisons des jeunes de Chaudière-Appalaches	Les maisons de jeunes sur le territoire de la Chaudière-Appalaches (14).	Mission : Mandats/Objectifs Structure de soutien permettant aux maisons de jeunes du territoire de s'informer, d'échanger, de partager et d'unir leurs forces et leurs compétences pour travailler des dossiers en commun.	1990
Inter - Corporation de développement communautaire (CDC)	CDC Lotbinière CDC L'Amiante CDC Beauce-Etchemins CDC Lévis CDC Bellechasse	Mission : Favoriser la concertation, le partage d'information, l'offre de services et la participation active du mouvement communautaire au développement régional Mandats/Objectifs - Regrouper les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale qui desservent la population du territoire; - Susciter la concertation entre les groupes communautaires et avec d'autres partenaires publics, privés, associatifs et	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		communautaires; - Favoriser le développement communautaire par la promotion des activités et services des organismes communautaires locaux, le développement de partenariat, la mise en commun de ressources et le développement de services susceptibles de répondre aux besoins du milieu; Soutenir et promouvoir des initiatives de développement local qui favorisent une plus grande vitalité socio-économique, dans une perspective de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale ainsi que de développement durable.	
Groupe de réflexion et d'action contre la pauvreté (GRAP)			

EMPLOYABILITÉ ET RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table régionale de concertation pour la formation et l'emploi des personnes	Communautaire - Association des personnes handicapées de Bellechasse; - CETAL; - Oasis Lotbinière;	Mission : Mandats/Objectifs - Contribuer à améliorer la situation socioprofessionnelle des personnes handicapées de la région de la Chaudière-	1995

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
handicapées de la Chaudière-Appalaches	- Regroupement des personnes handicapées région 12; - Regroupement des sourds de Chaudière-Appalaches. Éducation - Cégep de Sainte-Foy; - Commission scolaire des Navigateurs. Emploi - Emploi-Québec; - SEMO Chaudière-Appalaches; - SPHÈRE-Québec; - Service Canada. Santé - Agence de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches; - Centre de réadaptation en déficience physique de Chaudière-Appalaches; - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches. Organismes gouvernementaux Office des personnes handicapées du Québec.	Appalaches, par la formation qualifiante, l'intégration au travail, le maintien en emploi et la création d'emplois adaptés; - Créer et maintenir un lieu de concertation pour les membres et pour les réseaux associés à l'objectif de la Table; - Réaliser ou collaborer à la réalisation d'activités de promotion de l'emploi des personnes handicapées; - Réaliser ou collaborer à la réalisation d'activités d'analyse et de planification du développement de l'emploi des personnes handicapées, selon les quatre axes de la politique active du marché du travail : 1. La préparation à l'emploi; 2. L'insertion en emploi; 3. Le maintien en emploi; 4. La création d'emplois; 5. La stabilisation de l'emploi. - Soutenir des projets concrets de formation, d'intégration au travail, de maintien à l'emploi et de création d'emplois adaptés pour les personnes handicapées de la région; - Offrir aux partenaires un lieu d'expertise et de référence pour la sélection et le financement de projets de création d'entreprises ou de création d'emplois visant la clientèle des personnes handicapées; Favoriser l'accès à l'information en misant sur la mise en commun des connaissances et des pratiques susceptibles de favoriser et de promouvoir l'intégration en emploi des personnes handicapées.	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table des organismes œuvrant en employabilité			

IMMIGRATION

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
MICC\E-Q	- Direction régionale d'Emploi-Québec; - Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.	Mission : Mandats/Objectifs - Suivi des planifications des deux ministères; - Suivi des activités régionales et locales en immigration; - Le volet clientèle immigrante, entreprises et partenariats divers sont au cœur des échanges.	2004
Table régionale de concertation en immigration (TRCI)	- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire - Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale - Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport - Conférence régionale des élu(e)s de la Chaudière-	Mandats/Objectifs - Mobiliser les acteurs concernés par la régionalisation de l'immigration en Chaudière-Appalaches; - Mettre en commun et discuter de thématiques en fonction des objectifs généraux de l'Entente Immigration; s'assurer d'être à jour dans l'information stratégique sur l'immigration; - Collaborer à la conception et à la réalisation du plan d'action de l'Entente;	2011

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Appalaches - Agence de la santé et des services sociaux - MRC des Appalaches - MRC de Beauce-Sartigan - MRC de Bellechasse - MRC des Etchemins - MRC de L'Islet - MRC de Lotbinière - MRC de Montmagny - MRC de Nouvelle-Beauce - MRC de Robert-Cliche - Ville de Lévis - Commissions scolaires de la Chaudière-Appalaches - Cégeps de la Chaudière-Appalaches - Corporations des services universitaires des Appalaches - Université du Québec à Rimouski – Campus de Lévis - Intégration communautaire des immigrants (ICI) - Chaudière-Appalaches Économique - Chambre de commerce régionale de Chaudière-Appalaches - CSSS de la Chaudière-Appalaches - Forum des organismes communautaires œuvrant en employabilité - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches - Union des producteurs agricoles (UPA)		

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

ÉDUCATION

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité régional de l'adaptation scolaire et des services complémentaires (sous-comité du comité régional des services éducatifs)	- Direction régionale du MELS; - Commissions scolaires; - 3 représentants de la direction régionale du MELS; - Représentants des services éducatifs des 10 commissions scolaires de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches.	Mission : Mandats/Objectifs - Traiter des dossiers connexes à l'adaptation scolaire et aux services éducatifs complémentaires, nécessitant une coordination régionale; - Émettre des recommandations au CRSE relatives à l'adaptation scolaire et aux services éducatifs complémentaires.	2007
Table éducation de la région de la Chaudière-Appalaches	- Agence de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches ; - Cégep de Lévis-Lauzon ; - Cégep de Thetford ; - Centre d'études collégiales de Montmagny ; - Cégep de Beauce-Appalaches ; - Centre universitaire des Appalaches ; - Commission scolaire des Navigateurs ; - Commission scolaire des Appalaches ; - Commission scolaire de la Beauce-Etchemin ; - Commission scolaire de la Côte-du-Sud ; - Conférence régionale des élus de	Mission : Mettre en œuvre un plan d'aménagement de l'offre de formation professionnelle et technique Mandats/Objectifs - Intervenir dans les dossiers régionaux ou nationaux qui comportent des enjeux importants en matière d'éducation ou de formation de la main d'œuvre; - Promouvoir les intérêts des établissements scolaires et des autres organismes qui interviennent dans le secteur de l'éducation; - Élaborer un plan d'action afin de mettre en œuvre des mesures pour résoudre les problématiques régionales en matière d'éducation et de développement de la main d'œuvre; - Préparer des avis et les soumettre aux organismes ayant un intérêt pour l'éducation et la formation de la main d'œuvre;	1999

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	la Chaudière-Appalaches ; - Corporation des services universitaires en Chaudière-Appalaches ; - Emploi-Québec ; - Juvénat Notre-Dame du Saint-Laurent ; - Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; - Commission scolaire Central Québec ; - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches ; - Université du Québec à Rimouski (Campus de Lévis) ; - Université Laval	- Par la mission spécifique de ses membres, contribuer au développement social, économique et culturel de la région, par la mise en commun et l'optimisation des ressources de ses membres.	

FAMILLE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Regroupement des Centres de la petite enfance		Mission : Regrouper et soutenir les organismes communautaires Famille de la région Chaudière-Appalaches tel que défini dans le cadre de reconnaissance et de financement. Mandats/Objectifs - Promouvoir la vision Famille des organismes communautaires Famille de Chaudière-Appalaches, et ce, afin de contribuer au mieux-être des familles de	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		la région. - Informer et soutenir les organismes membres sur les dossiers les concernant. - Favoriser la collaboration, l'échange, les débats et la concertation entre les membres. - Défendre les intérêts communs des organismes communautaires Famille et des populations qu'ils desservent. - Représenter les organismes communautaires Famille dans les lieux régionaux de concertation. - Représenter les organismes communautaires Famille de la région Chaudière-Appalaches auprès de la Fédération des organismes communautaires Famille.	
Regroupement des maisons de la famille de la Chaudière-Appalaches		Mission : Mandats/Objectifs	

AÎNÉS

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de concertation des aîné(e)s de la Chaudière-Appalaches	➤ ASSSS ➤ AQDR Lévis Rive-Sud ➤ AREQ ➤ CAB-SERS ➤ FADOQ ➤ Institut du 3^e âge de Thetford	Mission : Rechercher le mieux-être des aînés en rassemblant, pour l'échange et la concertation, les associations et les organisations de retraités ou d'aînés de même que les organisations et les	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	➤ Table de concertation locale (10) ➤ Retraités infirmiers et infirmières du réseau de la santé ➤ Retraités de Desjardins ➤ Société Alzheimer ➤ URLS de Chaudière-Appalaches	institutions qui interviennent au sujet des aînés en Chaudière-Appalaches en vue d'unir leur voix pour mieux faire connaître leurs besoins et dégager les enjeux relatifs aux personnes aînées. Mandats/Objectifs - Devenir la voix des aînés au niveau régional de façon permanente et autonome; - Constituer dans la région un lieu d'échange entre les divers organismes d'aînés et de services pour les personnes aînées; - Favoriser la mobilisation des aînés et des organisations de services pour personnes aînées de façon concertée et efficace; - Créer un milieu d'animation dynamique qui favorise la participation sociale des aînés au sein de leur communauté; - Faciliter la coordination et l'harmonisation des actions et des activités dans lesquelles les aînés entendent s'impliquer; - Reconnaître et s'assurer du respect de la personne humaine eu égard à son autonomie et à sa dignité; - Servir de référence pour les organismes régionaux, conseils et ministères lors des consultations menées dans la région Chaudière-Appalaches.	
Maltraitance des aînés		Mission : Mandats/Objectifs	
Aidants des aînés		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

FEMMES

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches	Le <i>Réseau</i> rassemble et représente 23 groupes de femmes répartis dans les neuf municipalités régionales de comté (MRC) de la région de la Chaudière-Appalaches et de la Ville de Lévis. Tous ces groupes travaillent à améliorer les conditions de vie des femmes dans une perspective d'égalité et d'une plus grande justice sociale. Ceux-ci interviennent dans diverses sphères susceptibles d'influencer les conditions de vie des femmes, notamment en matière de santé, de développement local, de périnatalité, d'employabilité, de lutte contre la pauvreté et de lutte contre la violence sous toutes ses formes.	Mission : Le Réseau a pour mission première de développer une instance régionale représentant les groupes de femmes. Il favorise la réflexion, la concertation, la circulation de l'information et l'action sur les questions mettant en jeu les intérêts et les droits des femmes. Le Réseau s'inscrit comme le seul interlocuteur politique régional afin d'assurer des interventions efficaces et concertées en matière de condition féminine. Mandats/Objectifs - Favoriser la concertation, la prise de position et l'action régionale en faveur de l'égalité et de l'amélioration des conditions de vie des femmes; - Contribuer à l'augmentation de la présence des femmes en politique; - Coordonner des actions communes en matière de condition féminine; - Intervenir auprès des responsables régionaux afin de s'assurer de la prise en considération des réalités et des besoins des femmes par toutes les instances de la région.	1991

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

ÉCONOMIE SOCIALE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table régionale d'économie sociale de la Chaudière-Appalaches (TRÉSCA)	Les partenaires signataires de l'entente (26 partenaires) - Le ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire (MAMROT); - Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS); - Le ministre responsable de la Chaudière-Appalaches; - La Conférence régionale des élu(e)s (CRÉ) de la Chaudière-Appalaches; - La Table régionale d'économie sociale (TRÉSCA); - La Coopérative de développement régional Québec-Appalaches (CDRQA); - Le Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches (FJRCA); - Les commissions scolaires de la Beauce-Etchemins, de la Côte-du-Sud, des Appalaches et des Navigateurs; - Les Centres locaux de développement des MRC de Beauce-Sartigan, Bellechasse, Etchemins, L'Islet, Lotbinière, Montmagny, Nouvelle-Beauce, Robert-Cliche, ainsi	Mission : La Table régionale d'économie sociale est un regroupement d'entreprises et d'organisations ayant de l'intérêt au développement de l'économie sociale en Chaudière-Appalaches. Mandats/Objectifs La TRÉSCA est mandataire de l'entente spécifique sur le développement de l'économie sociale dans la Chaudière-Appalaches. Cette entente a pour objet de favoriser la concrétisation et la consolidation d'initiatives d'économie sociale dans la région. Les 4 volets de l'entente spécifique - La promotion de l'économie sociale -Comprenant un volet jeunesse - Le soutien technique et financier aux promoteurs d'initiatives d'économie sociale - Le développement des compétences - La concertation et le réseautage des partenaires	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	que les Sociétés de développement économique (SDÉ) de Lévis et de la Région de Thetford; - Les Corporations de développement communautaire (CDC) de Beauce-Etchemins, Bellechasse, L'Amiante, Lévis et Lotbinière. <u>Les membres</u> Dans la dernière année, 55 entreprises d'économie sociale, partenaires et organisations en développement économique ont adhéré à la TRÉSCA.		

GOUVERNEMENTAL/DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Conférence administrative régionale	- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - Commission des normes du travail; - Conseil du statut de la femme; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Financière Agricole du Québec;	Mission : Mandats/Objectifs - Assurer la concertation et l'harmonisation des actions et des politiques des ministères et organismes; - Favoriser le développement économique, social et culturel de la région.	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	- Investissement Québec; - Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine; - Ministère de la Famille et des Aînés; - Ministère de la Justice; - Ministère de la Sécurité publique; - Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation; - Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; - Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles; - Ministère des Affaires Municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - Ministère des Relations Internationales; - Ministère des Ressources naturelles et de la Faune; - Ministère des Transports; - Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs; - Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation; - Ministère du Tourisme; - Office des personnes handicapées du Québec; - Régie du bâtiment du Québec; - Régie du logement; - Revenu Québec;		

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	- Services Québec; - Société Immobilière du Québec.		

JEUNES

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table des Carrefours jeunesse-emploi Chaudière-Appalaches		Mission : Mandats/Objectifs	

MUNICIPAL

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Conférence des préfets	Les préfets et la mairesse de la Ville de Lévis en sont les administrateurs votants alors que les directeurs généraux sont des administrateurs dits « participants ».	Mission : La Conférence des préfets des MRC de Chaudière-Appalaches est un organisme sans but lucratif et dûment constitué par charte en vertu de la volonté de chacune des neuf MRC de la région Chaudière-Appalaches et de la Ville de Lévis dans le but de discuter de dossiers communs et d'appuyer les démarches nécessaires à leur réalisation.	

Appendix K

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS RÉGIONALES PAR SECTEUR

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		Mandats/Objectifs Plus spécifiquement, les buts de la Conférence, sont : - Positionner le secteur municipal dans des grands dossiers nationaux et régionaux; - D'assurer la concertation municipale à l'échelle de la région; - D'établir des lignes de conduite communes à l'égard des principaux partenaires socio-économiques de la région; - D'assumer tous les aspects de la mise au point de dossiers communs	
Réseau des agents ruraux de la Chaudière-Appalaches		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

*Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS)
Chaudière-Appalaches*

MRC de Montmagny-L'Islet

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Services Intégrés en périnatalité et petite enfance (S.I.P.P.E.)	Communautaire - L'ABC des Hauts Plateaux Montmagny-L'Islet (éveil à la lecture et l'écriture); - Centre communautaire de la Normandie; - Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny; - CPE de la MRC de L'Islet; - CPE de la MRC de Montmagny; - Maison de la famille de la MRC de L'Islet. Éducation - Commission scolaire de la Côte-du-Sud (Passe-Partout). Santé - Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; CSSS de Montmagny-L'Islet.	Mission : Soutenir les familles et les jeunes fortement défavorisés Mandats/Objectifs : - Offrir à cette clientèle les programmes <i>Naître égaux-Grandir en santé</i>; - Programme de soutien aux jeunes parents; - O.L.O. (Œuf-Lait-Orange); - Soutien à la famille.	2002
Ensemble on D-Tox	Communautaire - Action jeunesse Côte-Sud; - ASEC. Éducation - Direction de 4 écoles secondaires. Justice - Sûreté du Québec.	Mission : Mandats/Objectifs Projet de prévention de consommation abusive de drogues chez les jeunes de 12 à 17 ans.	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Santé -CSSS de Montmagny-L'Islet.		
GRAP Montmagny-L'Islet	Communautaire - Les 3 organismes en alphabétisation; - A.C.E.F.; - A.Q.D.R.; - Centre-Femmes La Jardilec; - Les Nouveaux Sentiers; - Unité de pastorale de Montmagny-L'Islet. Santé - CSSS de Montmagny-L'Islet.	Mission : Mandats/Objectifs - Informer et sensibiliser la population à la pauvreté; - Mener des actions concertées (salaire minimum, budget, etc.); - Faire de la prévention.	2001
Projet clinique DI-TED	Communautaire - Action jeunesse Côte-Sud Éducation - École secondaire L'Islet Santé - CRDI; - CRDP; - CRAT - ALTO; - CSSS de Montmagny-L'Islet.	Mission : Mandats/Objectifs	2006
Projet clinique jeunes en difficulté	Communautaire - Action jeunesse Côte-Sud; - Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny; - Les bureaux des coordonnateurs	Mission : Mandats/Objectifs - Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	des CPE et milieux de garde familiaux; -Les 3 maisons des jeunes du territoire Montmagny-L'Islet; -Maison de la famille de la MRC de L'Islet. Éducation -Directeur école Saint-Jean-Port-Joli; -Directeur École secondaire Saint-Paul. Santé -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; -CSSS de Montmagny-L'Islet; -Équipe inter-jeunesse.	ligne; -Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles.	
Table prévention promotion famille enfance jeunesse école en santé	Communautaire -Action jeunesse Côte-Sud; -L'Ancre; -Carrefour jeunesse-emploi de la MRC de L'Islet; -Carrefour jeunesse-emploi de la MRC de Montmagny; -Bureau du coordonnateur des CPE et milieux de garde familiaux de la MRC de L'Islet; -Bureau du coordonnateur des centres d'entraide familiale de la MRC de Montmagny; -CPE et milieux de garde familiaux de la MRC de Montmagny; -Groupe en alphabétisation L'A.B.C. des Hauts Plateaux Montmagny-L'Islet; -Maison des jeunes de Montmagny;	Mission : Favoriser la promotion du bien-être et la prévention primaire des problèmes psychosociaux et de santé chez les enfants, les jeunes et leur famille. Mandats/Objectifs	1990

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-Maison des jeunes patriotes de L'Islet-Nord; -Maison des jeunes de Saint-Pamphile; -Maison de la famille de la MRC de L'Islet. Éducation -Commission scolaire de la Côte-du-Sud; -Écoles primaires; -Écoles secondaires; -Service de l'éducation aux adultes. Municipalités et région -Municipalité de Ste-Perpétue Justice -Sûreté du Québec de la MRC de L'Islet. Santé -CRDI; -CSSS de Montmagny-L'Islet; -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; - Équipe inter-jeunesse.		
Initiative Communautaire Intersectoriel (ICI Montmagny-L'Islet)		Mission : Mandats/Objectifs	
Table des aînés de Montmagny		Mission : Mandats/Objectifs	
Table des aînés de L'Islet		Mission :	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		Mandats/Objectifs	
Table de concertation des proches aidants		Mission : Mandats/Objectifs	
Carrefour des proches aidants		Mission : Mandats/Objectifs	
Tables en Immigration de Montmagny et l'Islet		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC des Appalaches

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de concertation éducation et main-d'œuvre de la région de L'Amiante (TACÉMO-RA)	Communautaire -Carrefour jeunesse-emploi de Frontenac; -Club de recherche d'emploi de Thetford; -SADC de L'Amiante; -Société de développement économique de la région de Thetford; -Entreprise d'entraînement de L'Amiante Translab; -Chambre de commerce et de l'industrie de L'Amiante. Éducation -Cégep de Thetford Mines; -Centre universitaire des Appalaches; -Commission scolaire des Appalaches. Emploi -CLE Thetford; -Ressources humaines et Développement social Canada.	Mission : Regrouper l'ensemble des intervenants en éducation / main-d'œuvre afin d'harmoniser les services régionaux de formation et d'adapter la formation à l'ensemble des besoins régionaux. Mandats/Objectifs :	1993
Table de concertation jeunesse 16-35 Amiante	Communautaire -CJE Frontenac; -Centre Domrémy Amiante;	Mission : Mandats/Objectifs -Diffuser et partager les informations concernant les programmes et les	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-Maison des jeunes de Thetford; -Mesures alternatives jeunesse Frontenac; -Réseau d'entraide Amiante; -Ressource Le Berceau. Éducation -Commission scolaire des Appalaches Emploi -CLE Thetford; -Services Canada; -SEMO Municipalités et région -Sûreté municipale de Thetford Mines Santé -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; -CSSS de la région de Thetford.	services offerts aux jeunes de 16 à 35 ans; -Favoriser et susciter une mise en commun et une meilleure concertation dans nos offres de services; Partager sur les besoins des jeunes et sur des visions d'intervention auprès des différentes tranches d'âges (16-17, 18-24 et 25-35 ans).	
Table de concertation multisectorielle du secteur sud de la MRC de L'Amiante	Communautaire -CJE Frontenac; -Centre d'entraide de la région de Disraeli; -CPE Parc-en-Ciel; -Société de développement économique de Thetford; -SADC Amiante. Éducation -Commission scolaire des Appalaches - Éducation des adultes;	Mission : Mandats/Objectifs -Partenariat dans le but de favoriser et renforcer les liens afin d'accroître et d'accélérer les réponses aux besoins de la population cible du secteur sud de la MRC de L'Amiante, soit les jeunes et les jeunes familles; -Cerner et identifier les problèmes alarmants et trouver des solutions; -Contribuer à améliorer la qualité de vie des jeunes et de leur famille; -Favoriser et réfléchir sur	2004

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-Polyvalente de Disraeli. Emploi -CLE Thetford; -Service Canada. Municipalités et région -Beaulac-Garthby; -Disraeli (paroisse); -St-Fortunat; -St-Jacques-le-Majeur; -St-Joseph de Coleraine; -St-Julien; -Ste-Praxède; -Disraeli (ville). Justice -Sûreté du Québec. Santé -CSSS de la région de Thetford.	l'engagement et l'établissement d'actions communes en partenariat; -Participation active dans le développement et le soutien destinés au secteur sud de la MRC de L'Amiante.	
Table en immigration	Communautaire -Chambre de commerce; -CDC; -ICI. Éducation -Commission scolaire des Appalaches; -Cégep de Thetford. Immigration -Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. Municipalités et région -CLD.	Mission : Mandats/Objectifs -Lieux d'échanges sur l'immigration pour les MRC de L'Amiante, Nouvelle-Beauce et Robert-Cliche; -Préparer les milieux afin de favoriser la venue, l'intégration et la rétention d'immigrants en adaptant les services afin de mieux répondre à leurs besoins.	2003

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Santé -CSSS de la région de Thetford.		
Table de concertation Dépendances-Santé mentale		Mission : Instance de concertation regroupant les partenaires intersectoriels en matière de santé mentale et de dépendance - Mandats/Objectifs : Actualiser les priorités du programme –services	
Table de concertation DI-TED-DP		Mission : Instance de concertation regroupant les partenaires intersectoriels agissant en Déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement et en déficience physique. Mandats/Objectifs : Actualiser les priorités du programme services	
Table sur le Développement des communautés de la MRC des Appalaches	CSSSRT CDC Amiante SDE Région de Thetford CLE ACEF Beauce-Amiante-Etchemins	Mission : Regrouper les organisations intéressées par le développement des communautés de la MRC. Mandats/Objectifs : Arrimer les actions en matière de développement des communautés. Actualise le plan d'action du GRAP Chaudière-Appalaches sur le territoire de la MRC des Appalaches	
Comité d'action régional pour une jeunesse persévérante, active et en santé. CARJPAS		Mission : Instance de concertation régionale regroupant les partenaires intersectoriels en matière de saines habitudes de vie ainsi qu'au niveau de la persévérance scolaire. Mandats/Objectifs : Arrimer les actions qui touchent les jeunes et	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité de diversification socio-économique du secteur Sud de la MRC des Appalaches	8 municipalités du secteur Sud de la MRC des Appalaches SDE CSSSRT Commission Scolaire des Appalaches Chambre de commerce MRC des Appalaches MAMROT MDEIE	leurs familles particulièrement en matière de prévention/promotion des différents programmes issus de la FLAC (Québec en forme, Avenir d'enfants, Réunir et Réussir) Mission : Instance de concertation regroupant les partenaires intersectoriels du secteur Sud de la MRC interpellés par le développement socio-économique Mandats/Objectifs : Actualiser le plan d'action en matière de tourisme, de l'économie, de l'agro alimentaire et de la qualité de vie.	
Comité du pacte rural de la MRC des Appalaches	Les municipalités rurales de la MRC des Appalaches (18)	Mission : Actualiser la Politique de la ruralité sur le territoire de la MRC des Appalaches.	
Comité transport collectif en milieu rural MRC des Appalaches	SDE MRC des Appalaches CSSSRT Commission scolaire des Appalaches Coopération du Cégep de Thetford Services Canada	Mission : Mandats/Objectifs : Réaliser une enquête sur les besoins en matière de transport collectif auprès des citoyens des municipalités de la MRC des Appalaches	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Corporation de développement communautaire de L'Amiante. CDC	Les organismes communautaires et bénévoles de la MRC des Appalaches (40 membres)		
Comité MELs-MSSS. MRC des Appalaches.		Mission : Mandats/Objectifs : Regroupement des organismes communautaires et bénévoles	
Comité Vieillir en santé MRC des Appalaches	Cinq comités regroupant les organisations communautaires, de la santé et des services sociaux et du monde municipal.	Mission : Mandats/Objectifs : Instance de concertation locale Éducation-Santé	
Table des aînés et des retraités de la MRC des Appalaches.	CSSSRT OMH de Thetford Clubs de l'Âge d'or MRC des Appalaches AAVA	Mission : Mandats/Objectifs : Actualiser l'approche « Vieillir en santé » impliquant tous les partenaires intéressés au mieux être des personnes âgées du territoire de la MRC. Actualiser les priorités du programme-services personnes âgées.	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Onde Amitié Organismes	Mission :	
Comité « Objectif démographique 30/50 »	communautaires et bénévoles du territoire SDE MRC CSSSRT	Mandats/Objectifs : Regrouper et coordonner les actions des organismes membres, voir à la défense des droits des aînés et des retraités de la MRC des Appalaches.	
Table de concertation en violence conjugale	CSA Partenaires économiques CSSSRT La Gîtée D'Hommes à Hommes Centre Femmes des Appalaches	Mission Mandats/Objectifs : Coordonner et actualiser les actions visant l'augmentation de la population de la Ville de Thetford et de la MRC des Appalaches. Mission : Mandats/Objectifs : Instance de concertation dont l'objectif est d'agir en prévention en matière de violence conjugale.	
Comité sur la politique jeunesse de Thetford Mines	Communautaire -CJE Frontenac. Municipalités et région -Thetford Mines.	Mission : Élaborer une politique jeunesse pour la ville de Thetford Mines. - Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC des Etchemins

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table prévention-promotion jeunesse	Communautaire AFMRC Centre Ex-æquo Centre de parrainage de Beauce CPE à la Bonne Garde L'essentiel des Etchemins Groupe Alpha des Etchemins Havre l'Éclaircie Maison de jeunes L'Olivier Maison du Tournant Nouvel Eссор Parentaime Maison de la Famille des Etchemins Partage au masculin Le Sillon Éducation Écoles primaires Écoles secondaires Santé CJCA CSSS des Etchemins <u>Membres partenaires</u> Communautaire Carrefour jeunesse-emploi les Etchemins Justice	Instance de concertation locale favorisant la promotion du bien-être et la prévention primaire des problèmes psychosociaux et de santé chez les enfants, les jeunes entre 0 et 17 ans et leur famille.	1984

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Sûreté du Québec Municipalités et région MRC des Etchemins Santé Centre hospitalier Beauce-Etchemin, pédopsychiatrie; CRDI		
Équipe/chantier programme jeunes en difficulté	Communautaire AFMRC Maison de jeunes L'Olivier Parentaïme Maison de la Famille des Etchemins Éducation CS de la Beauce-Etchemin : 4 écoles Santé CJCA et CRDI CSSS des Etchemins Municipalités et région CLD et MRC des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005
Équipe/chantier	Centrale Info-Santé CSSS de Beauce	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
programme services généraux	Municipalité de Saint-Louis MRC des Etchemins CSSS des Etchemins	ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	
Équipe/chantier programme santé physique	CSSS de Beauce Fondation Louis-Georges Fortin Groupe Espérance et cancer CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005
Équipe/chantier programme dépendances	La Croisée des chemins Partage au masculin CRATCA CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	
Équipe/chantier programme DI - TED	Communautaire Autisme Chaudière-Appalaches (Nouvel Essor) Maison du Tournant Nouvel Essor Santé CRDI CRDP CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005
Équipe/chantier programme déficience physique	Nouvel Essor Coopérative de solidarité de services à domicile La Maison du Tournant CS Beauce-Etchemin CRDP CRDI CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Équipe/chantier programme PPALV	Nouvel Eссор Service d'Action Bénévole (Nouvel Eссор) Service aux proches aidants (Nouvel Eссор) Coopérative de solidarité de services à domicile La Maison du Tournant La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches Groupe Espérance et cancer CSSS de Beauce CRDP Ressource privée d'hébergement CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005
Équipe/chantier programme santé mentale	Représentant des familles Le Bercaill L'Éveil Le Sillon Partage au Masculin CEPS CSSS de Beauce CSSS des Etchemins	Établir des trajectoires de services et clarifier les rôles de la première et de la deuxième ligne. Travailler sur les priorités locales en lien avec les orientations ministérielles. Objectifs : Améliorer l'accessibilité aux services Améliorer la continuité, la qualité et l'intégration des services	2005

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité Etchemins en Forme	Communautaire Les CPE (2) Parentaïme Maison de la Famille des Etchemins Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins Québec en Forme Éducation Direction des écoles primaires et secondaires Municipalités et région Élu et direction générale Responsables municipaux des loisirs Santé CSSS des Etchemins	Développer un plan d'action triennal visant le développement de saines habitudes de vie en regard de l'alimentation et de l'activité physique pour les enfants de 0 à 17 ans de l'ensemble du territoire de la MRC des Etchemins; Embaucher des personnes ressources susceptibles de mettre en œuvre le plan d'action.	2008
Groupe de réflexion et d'action contre la pauvreté (GRAP) des Etchemins	Communautaire L'Essentiel Groupe Alpha des Etchemins Maison de jeunes L'Olivier Unité de pastorale des Abénaquis Santé CSSS des Etchemins	Concertation et actions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.	2006
		Accessibilité au logement social	2007

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité des partenaires de l'habitation sociale	Communautaire Coopérative d'habitation OBNL Municipalités et région OMH et municipalités SHQ CRÉ (entente spécifique HLM) Santé CRDI CSSS des Etchemins	Alternatives à l'habitation pour les clientèles suivantes : DI-TED, DP, santé mentale, PPALV	
Comité local de concertation Beauce-Etchemins MESS-MELS	Éducation Commission scolaire de la Beauce-Etchemin Santé Centre jeunesse Chaudière-Appalaches CRDI CRDP CSSS de Beauce CSSS des Etchemins CSSS Alphonse-Desjardins Service de pédopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Lévis	Objectifs Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action local conjoint prévoyant des clientèles cibles et des objectifs communs; Table de partage d'expertise et d'échange d'information; Clarifier et acquérir certains concepts, notamment la protection de la jeunesse, la promotion de la santé et l'ouverture à la communauté; Mettre en place un mécanisme commun permettant l'accès aux services à partir d'un plan de services individualisé et intersectoriel pour des situations complexes nécessitant l'intervention de	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		deux réseaux.	
Comité habitudes de vie	Communautaire Etchemins en Forme SAB Nouvel Essor Municipalités et région Santé CSSS des Etchemins Groupe de médecine de famille (GMF)	Objectifs : Développer des liens entre les professionnels de la santé et les autres partenaires du réseau afin d'augmenter l'impact des interventions sur les saines habitudes de vie; Décider des actions concertées à mettre en place concernant les habitudes de vie.	2007
Table de concertation des organismes communautaires des Etchemins	37 organismes communautaires CSSS des Etchemins	Objectifs : Faire connaître et reconnaître le rôle des organismes communautaires. Favoriser le réseautage entre les organismes communautaires et institutionnels. Définir et réaliser des projets communs. Convenir des positions à prendre.	1995
Table de concertation des aînéEs des Etchemins	9 organismes communautaires CSSS des Etchemins	Objectifs : concertation/partenariat Mieux informer la population sur les services et activités disponibles pour les personnes âgées. Susciter des liens	2002

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		intergénérationnels. Faire connaître et promouvoir la participation des aînés à la vie collective et au développement de la MRC des Etchemins. Sensibiliser ... à la réalité que les personnes ont le droit de vieillir dans la sécurité et la dignité. Valoriser la contribution sociale des personnes âgées.	
Comité transport de la MRC des Etchemins	Transport l'Autonomie Transporteurs privés CSSS des Etchemins MRC des Etchemins	Considérer la pertinence et les possibilités d'améliorer le transport des personnes en tenant compte des ressources existantes.	2010

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC de Bellechasse

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de concertation pour les personnes âgées et leurs proches	☺ Centre vie de Ste-Claire ☺ Coopérative Rive-Sud ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Entraide Solidarité Bellechasse ☺ L'Oasis et OMH St-Damien ☺ Regroupement des proches aidants ☺ Société Alzheimer ☺ Sûreté du Québec	Mission : Veiller à l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des aînés et retraités du territoire de Bellechasse en posant des actions concertées avec les citoyens, organismes et autres intervenants de la communauté. Mandats/Objectifs :	
Table de concertation pour les personnes handicapées (inactif depuis 2010)	Communautaire -Arche le Printemps; -Association des personnes handicapées de Bellechasse; -Association régionale des loisirs pour personnes handicapées Chaudière-Appalaches; -Ferme éducative Chaudière-Appalaches; -Ressource Atelier; -Transport adapté de Bellechasse. Éducation -Commission scolaire de la Côte-du-Sud Emploi -CLÉ; -Semo Chaudière-Appalaches. Municipalités et région -Conseil des maires.	Mission : Mandats/Objectifs -Former les personnes handicapées et les intégrer au marché du travail; -Contribuer au développement et à la consolidation du partenariat entre les diverses organisations publiques et communautaires œuvrant auprès des personnes handicapées du territoire de la MRC de Bellechasse; -Initier des actions et projets en réponse aux besoins des personnes handicapées.	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	Santé -CRDI; -CRDP; - CSSS Alphonse-Desjardins Office gouvernemental ☺ OPHQ.		
Table de concertation Action solidarité Bellechasse (GRAP)	☺ ACEF Rive-Sud ☺ ADDS Rive-Sud ☺ Alpha Bellechasse ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Centre-Femmes ☺ Congrégation des Sœurs du NDPS ☺ Frigos Pleins ☺ La Barre du jour ☺ Ressource alternative des jeunes	Mission : Favoriser le soutien des personnes à faible revenu dans la MRC de Bellechasse Mandats/Objectifs ➤ Regrouper les organisations préoccupées par la pauvreté et l'exclusion sociale; ➤ Sensibiliser la population, les acteurs socio-économiques et politiques à la lutte à la pauvreté; ➤ Favoriser l'implication des personnes en situation de pauvreté.	
Table de prévention et promotion jeunesse de Bellechasse	☺ Action jeunesse Côte-Sud ☺ Alpha Bellechasse ☺ Club Optimiste de Ste-Claire ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ École primaire St-Damien ☺ École secondaire St-Charles ☺ Frigos Pleins ☺ Maison de la famille ☺ Ressource alternative des jeunes de Bellechasse ☺ Sûreté du Québec	Mission : Prévenir l'apparition des problèmes psychosociaux chez les jeunes et les familles d'une communauté. Mandats/Objectifs	
Comité technique de la ruralité	☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ CLD	Mission : Analyser les projets déposés au Pacte rural et	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ MRC	acheminer des recommandations au comité de la ruralité de la MRC Mandats/Objectifs ➤ Augmenter de manière durable et significative le transport collectif pour les citoyens de Bellechasse; ➤ Générer l'implication citoyenne chez les jeunes dans la MRC de Bellechasse; ➤ Favoriser le rapprochement du territoire de Bellechasse avec le CSSS Grand Littoral; ➤ Élaborer un plan d'action territorial en promotion, prévention de la santé pour assurer la santé et le bien être à long terme de la population.	
Comité immigration Bellechasse	☺ SARI ☺ CJE Bellechasse ☺ CDC Bellechasse ☺ CSSS A-D, chef de programme ☺ Personnes immigrantes ☺ Préfet MRC Bellechasse ☺ MRC Bellechasse ☺ MICC ☺ Chambre de commerces et d'entreprises de Bellechasse	Mission : Assurer la concertation des acteurs du milieu en vue de favoriser l'attraction et la rétention des personnes immigrantes dans la MRC de Bellechasse <u>5 axes d'intervention :</u> - Concertation et réseautage - Mise en place d'un service d'accueil, d'accompagnement et de référence des personnes immigrantes dans le réseau de	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ CLD Bellechasse ☺ Alpha Bellechasse ☺ CLÉ de Lévis ☺ CSSS A-D, organisatrice com. ☺ Maire de St-Anselme ☺ Municipalité de St-Damien ☺ Exceldor ☺ Services Canada ☺ Centre de formation agricole ☺ Sûreté du Québec ☺ agente de liaison au projet Liaison immigration Bellechasse ☺ animatrice au projet Place aux immigrantes ☺ SADC Bellechasse-Etchemins ☺ Enseignante à l'école Provencher ☺ CAB L-B-L	services - Mobilisation des entreprises du milieu autour de l'enjeu de l'immigration - Promotion et information - Sensibilisation et formation	
Comité de caractérisation des communautés locales de Bellechasse	☺ CSSS A-D ☺ CLD Bellechasse ☺ MRC Bellechasse ☺ CDC Bellechasse ☺ Entraide Solidarité Bellechasse ☺ Commission scolaire de la Côte-du-Sud	Mission : Soutenir le développement et la mobilisation des communautés de Bellechasse Mandats/Objectifs - s'approprier l'étude de la caractérisation des communautés locales de Bellechasse et ses outils - se faire des outils avec d'autres indicateurs pour	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		compléter les données fournit par l'étude. - Diffusion et accompagnement lors de l'utilisation de la démarche pour la mobilisation des communautés.	
Comité de soutien communautaire à la famille de Bellechasse (Avenir d'enfants)	☺ CDC Bellechasse ☺ CLD Bellechasse ☺ Commission scolaire de la Côte du Sud ☺ CPE l'Aquarelle ☺ CSSS A-D, organisatrice comm. ☺ CSSS A-D, infirmière au SIPPE ☺ École primaire de St-Lazare ☺ Les Frigos Pleins ☺ Maison de la famille de Bellechasse ☺ Maire de St-Gervais ☺ Centre femmes de Bellechasse	Mission : Offrir aux familles des activités et des services adaptés à leurs besoins. Accompagner les parents dans leur rôle fin qu'ils soient partie prenante du bon développement global de leur enfant. Mandats/Objectifs	
Québec en forme (Active-toi !)	☺ CDC Bellechasse ☺ Coopérative La Mauve ☺ Secteur Municipal, St-Michel et Buckland ☺ CDL Bellechasse ☺ CSSS A-D, agent de promotion des saines habitudes de vie ☺ Service des loisirs : St-Henri et St-Damien	Mission : Promouvoir et développer, par l'alimentation et l'activité physique, des valeurs durables de saines habitudes de vie chez les jeunes de 0-17 ans. En accompagnant les milieux par la mobilisation, la concertation et des actions concrètes, le projet Active-toi veut démontrer aux jeunes et à leur	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ CPE L'Escale ☺ Commission scolaire de la Côte du Sud: 1 directeur école primaire et 1secondaire ☺ Alpha Bellechasse	famille le plaisir, le bonheur et la simplicité d'être en forme et en santé. Mandats/Objectifs -Augmenter l'offre de services en activité physique et sportive des jeunes 0-17 ans - D'ici la fin du projet, les jeunes 0-17 ans de la MRC de Bellechasse, Montmagny et L'Islet seront impliqués dans des actions en lien avec l'activité physique et la saine alimentation - D'ici la fin du projet, les acteurs sociaux, communautaires, municipaux, loisirs, etc des MRC de Bellechasse, Montmagny et L'Islet seront mobilisés afin qu'ils priorisent les saines habitudes de vie - D'ici la fin du projet, une offre d'activités intermunicipales aura été développées dans chaque MRC - D'ici la fin du projet, développer un moyen de partage d'information entre les diverses municipalités en lien avec l'activité physique et la saine alimentation - Donner priorité aux milieux	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
		selon leur réalité	
		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC de Lotbinière

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de concertation transport <i>Éco-voiturage</i>	☺ Commission scolaire ☺ CJE ☺ CLD ☺ CPAL ☺ CDC ☺ CSSSGL, secteur Lotbinière ☺ MRC ☺ Transport adapté	Mission : Mandats/Objectifs :	
Table de prévention promotion	☺ CPE l'Envol et Jolibois ☺ Coop. de services à domicile ☺ CSSS Grand Littoral ☺ CS des Navigateurs (école des parents, école secondaire Pamphile-Lemay et accompagnateur École en santé) ☺ Espace Chaudière-Appalaches ☺ Interface ☺ Maison de la famille ☺ Regroupement des jeunes	Mission : Prévenir l'apparition des problèmes psychosociaux chez les jeunes et les familles d'une communauté. Mandats/Objectifs	
Comité MRC famille	☺ Chambre de commerce ☺ Commission scolaire des Navigateurs ☺ CSSSGL ☺ Maison de la famille ☺ Responsable des loisirs	Mission : Soutenir le déploiement de la politique familiale Mandats/Objectifs Déterminer, animer et soutenir les comités locaux familles de chacune des municipalités de la MRC dans leurs actions auprès des familles.	
Table de concertation et de	☺ ABC Lotbinière ☺ ACEF Rive-Sud	Mission : La Table se veut un lieu d'échanges et d'information	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
développement communautaire	☺ APHL ☺ CAB SERS ☺ CAAP Chaudière-Appalaches ☺ Carrefour des personnes âgées ☺ CJE ☺ CDDS ☺ CoSSAL (et GRAP) ☺ Centraide Québec/Chaudière-Appalaches ☺ CPE Jolibois ☺ CPE l'Envol ☺ CSSS Grand Littoral ☺ Centre-Femmes ☺ CDC ☺ CLE Lotbinière ☺ CLD ☺ Comité MRC-Famille ☺ Contrevent ☺ Coopérative de services à domicile ☺ CS des Navigateurs ☺ CS des Bateliers de Lévis ☺ Domaine Joly-de-Lotbinière ☺ Éco-voiturage ☺ Espace Chaudière-Appalaches ☺ Fondation OLO ☺ Gestion travail Chaudière-Appalaches ☺ Jonction pour elle ☺ Office de tourisme ☺ L'OASIS ☺ Maison de la famille ☺ MRC ☺ Regroupement des jeunes ☺ Regroupement des personnes	visant à favoriser la collaboration et la concertation entre les différents organismes sociaux, économiques, communautaires et environnementaux afin de répondre aux besoins de la population de notre région. Mandats/Objectifs ➤ Échanger de l'information sur les réalisations et les projets de l'organisme; ➤ Favoriser une plus grande connaissance et collaboration des groupes entre eux afin de permettre une complémentarité et un réseautage entre ceux-ci; ➤ Mobiliser les différents organismes autour de projets communs (visant le développement de la MRC de Lotbinière).	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	aidantes ☺ Représentants députés provincial et fédéral ☺ Ressourcerie ☺ SADC ☺ Service Canada ☺ Société Alzheimer Chaudière-Appalaches ☺ Sûreté du Québec ☺ Transport adapté Lobicar		
Table de concertation <i>Carrefour des personnes âgées</i>	<u>Deux organismes membres :</u> ☺ Présence Lotbinière ☺ Regroupement des personnes aidantes <u>Sept secteurs d'activités bénévoles :</u> ☺ Clubs FADOQ (5) ☺ Soutien à domicile (4) ☺ Centre de jour (1) ☺ Animation en CHSLD (1) ☺ Viactive (1) ☺ Milieux de vie collectif (1) ☺ Défense de droits (1) <u>Participation ponctuelle :</u> CSSS Grand Littoral	Mission : Promouvoir des activités qui favorisent le maintien à domicile des aînés et soutenir les bénévoles qui veulent s'occuper de leur mieux-être. Sensibiliser aux problèmes des aînés. Regrouper les aînés afin de faire valoir leurs intérêts. Mandats/Objectifs	
Comité soutien continu aux parents	☺ Bureau coordonnateur Rayon de soleil ☺ Carrefour des aînés ☺ Chambre de commerce ☺ Centre femmes ☺ CJE ☺ Commission scolaire des Navigateurs ☺ CPE l'Envol et Jolibois ☺ CLD	Mission : Mandats/Objectifs ➤ Apporter aux parents un accompagnement et un soutien continu en ayant pour eux et avec eux, la présomption de compétences; ➤ Favoriser et harmoniser des projets qui enrichissent l'expérience parentale et le	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ CSSSGL ☺ Écoles primaires ☺ Écoles secondaires (2) ☺ École des parents ☺ Maison de la famille ☺ MRC (préfet) ☺ Responsable des loisirs ☺ Regroupement des jeunes	niveau de soutien social dans une approche préventive et communautaire; ➤ Faciliter l'accès à l'accessibilité aux parents en rapprochant les services; ➤ Inventorier les projets existants pour éviter les doublons, favoriser les partenariats et maximiser les résultats.	
Comité migration	☺ ABC Lotbinière ☺ CDC ☺ Citoyens immigrants (3) ☺ CJE (2) ☺ Place aux jeunes ☺ CLD ☺ CSSS Grand Littoral ☺ CS des Navigateurs ☺ Maison de la famille ☺ Ministère de l'Emploi ☺ Ministère de l'Immigration ☺ MRC (préfet) ☺ Produits de bois St-Agapit ☺ SADC ☺ SARI ☺ Service Canada ☺ Sécurité du Québec	Mission : Trouver des solutions pour augmenter la densité de la population active afin de soutenir le développement économique de la région. Mandats/Objectifs	
GRAP de Lotbinière	☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Centre Femmes ☺ CDC ☺ CDDS	Mission : Actions concertées visant à lutter contre la pauvreté, à conscientiser et sensibiliser la population aux	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ CoSSAL ☺ Éco-Voiturage ☺ L'OASIS ☺ Maison de la famille ☺ Regroupement des jeunes	réalités vécues par les personnes en situation de précarité. Mandats/Objectifs	
Lotbinière en forme	☺ CDC ☺ CS des Navigateurs ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Maison de la famille ☺ Personne-ressource (LEF) ☺ Regroupement des jeunes ☺ Service des loisirs de St-Apollinaire	Mission : Mandats/Objectifs	
Table de concertation et de sensibilisation <i>Vieillir sans abus dans Lotbinière</i>	☺ ACEF Rive-Sud ☺ APHL ☺ CAAP Chaudière-Appalaches ☺ Carrefour des personnes âgées ☺ CAVAC ☺ CDDS ☺ Commission des droits de la personne ☺ CDCEA de Mégantic ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Maison de la famille ☺ Tel-Écoute du Littoral	Mission : Contrer la violence, l'abus, la négligence et l'exploitation envers les personnes âgées et les personnes en situation de vulnérabilité dans la MRC de Lotbinière Mandats/Objectifs	
Comité des 3P	17 organisations responsables de la distribution des paniers de Noël	Mission : Mandats/Objectifs :	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité MRC Santé mentale de Lotbinière	☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Oasis de Lotbinière ☺ Contrevent ☺ Tel-Écoute du Littoral ☺ SRIC ☺ SQ	Mission : Concertation entre les organisations desservant la clientèle présentant des problèmes de santé mentale sur le territoire de la MRC de Lotbinière. Mandats/Objectifs : Échange d'information entre les partenaires, partenariat, organisation et développement de services ou de projets en réponse aux besoins de la clientèle	
Comité d'aide à l'éveil à la lecture et à l'écriture pour les municipalités de St-Narcisse et St-Patrice		Mission : Mandats/Objectifs Vise les familles défavorisées ayant un enfant de moins de 5 ans	
Comité pour la prévention de l'alcool au volant	☺ CJE ☺ CLD ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ École secondaire Beaurivage ☺ École secondaire Pamphile Lemay ☺ MRC (loisir) ☺ Municipalité de Ste-Croix (maire) ☺ Municipalité de St-Agapit (maire) ☺ Propriétaire de bars ☺ Regroupement des jeunes de Lotbinière ☺ Sûreté du Québec	Mission : Prévenir la consommation d'alcool au volant par l'entremise d'activités de sensibilisation et la promotion d'alternatives de transport auprès des groupes-cibles (tenanciers de bars, étudiants, organisateurs de fêtes et festivals, municipalités, etc.) Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC de Nouvelle-Beauce

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table des organismes communautaires Comité des ressources humaines	☺ CSSS Grand Littoral ☺ CAAP-CA ☺ Le Berceau ☺ La Fontaine ☺ La Rencontre ☺ Maison de la famille ☺ Maison l'Odyssée ☺ Société Alzheimer ☺ Autres selon besoins	Mission : Permettre la concertation, le partenariat et les projets communs afin de poursuivre les objectifs suivants : consolider et développer les organismes communautaires; recevoir et donner du support; partager l'information et l'expertise de chacun; se regrouper pour établir des stratégies d'intervention; développer notre sentiment d'appartenance au mouvement communautaire; faire connaître et avancer le mouvement communautaire dans notre MRC. Mandats/Objectifs :	
Table des organismes communautaires Comité Lutte à la pauvreté GRAP	☺ CSSS Grand Littoral ☺ Le Berceau ☺ La Rencontre ☺ La Source ☺ Maison de la famille ☺ Maison l'Odyssée	Mission : Mettre en place des moyens concrets pour aider les personnes vivant des situations difficiles sur le territoire. Mandats/Objectifs	
Table de prévention promotion <i>Table de concertation locale jeunesse</i>	☺ Accompagnatrice École en santé ☺ Aide aux jeunes contrevenants ☺ Centre de parrainage de la jeunesse ☺ CJE ☺ CS Beauce-Etchemins ☺ CSSS Grand Littoral ☺ CPE (3)	Mission : Prévenir l'apparition des problèmes psychosociaux chez les jeunes et les familles d'une communauté. Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ École secondaire Benoît-Vachon ☺ École Maribel ☺ Foyer jeunesse Ste-Marie ☺ Havre l'Éclaircie ☺ Le Berceau ☺ Maison de la famille ☺ Maison l'Odyssée ☺ MDJ l'Utopie ☺ Service de police de Ste-Marie ☺ Sûreté du Québec Nouvelle-Beauce ☺ Travail de rue		
Table Prévention Promotion Aînés		Mission : Mandats/Objectifs	
Québec en forme secteur Nouvelle-Beauce	☺ CSSS Grand Littoral ☺ Maison de la famille ☺ MRC Nouvelle-Beauce (DG) ☺ Conseiller municipal de Ste-Marie ☺ Représentants des municipalités ☺ Responsables des services de loisirs municipaux ☺ CPE ☺ MDJ ☺ Directions d'écoles primaires et secondaires	Mission : - Mandats/Objectifs	
Table socio-communautaire Planification stratégique 2025	☺ CAIDI Beauce Nord ☺ Centre municipal St-Isidore ☺ CLE ☺ CJE Beauce Nord ☺ CSSS Grand Littoral ☺ CS Beauce Etchemins	Mission : Établir une vision et un projet de société pour les 15 prochaines années. Mandats/Objectifs ➤ Sous-table santé et services sociaux	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ Designer de Ste-Marie ☺ Gigue en fête, Ste-Marie ☺ Gîte l'aubergine ☺ Maison de la famille ☺ Municipalité Sts-Anges (maire) ☺ Municipalité St-Bernard (maire) ☺ Municipalité St-Isidore (conseiller) ☺ Municipalité de Ste-Marguerite (mairesse) ☺ MRC (préfet) ☺ Professeur de yoga de Ste-Marie ☺ Société du patrimoine beauceron ☺ Travailleuse de rue ☺ Ville de Ste-Marie	➤ Sous-table scolaire, formation et main-d'œuvre ➤ Sous-table culture et bénévolat ➤ Comité de suivi	
		Mission : Mandats/Objectifs	
		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Ville de Lévis

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
GRAP	☺ ACEF Rive-Sud ☺ AQDR Lévis Rive-Sud ☺ Aux Quatre Vents ☺ Centre Femme l’Ancrage ☺ CDC ☺ CJE Chutes Chaudière ☺ Connexion Emploi Ressources Femmes ☺ CSSS Grand Littoral ☺ La Chaudronnée ☺ Le Grenier ☺ PHARS ☺ Ressources Naissances ☺ Service d’entraide Charny ☺ Ville - Socio-communautaire	Mission : Réfléchir et agir pour lutter contre la pauvreté en favorisant la concertation et la mobilisation des organismes communautaires ainsi que les acteurs du milieu Mandats/Objectifs :	
Table Prévention Promotion Aînés	☺ AQDR Lévis Rive-Sud ☺ Association canadienne santé mentale ☺ Coopérative de services Rive-Sud ☺ Citoyens ☺ Chevaliers de Colomb ☺ Clubs de l’Âge d’or ☺ CSSS Grand Littoral ☺ Maison des Aînés ☺ OMH ☺ PHARS ☺ Maison des Aînés ☺ Région pastorale Rive-Sud ☺ Services d’Entraide ☺ Ville de Lévis-socio-communautaire	Mission : Se regrouper en tant que personnes aînées et représentants de personnes aînées afin de se concerter, réfléchir et participer au mieux-être collectif. Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de prévention promotion famille enfance jeunesse – secteur Chutes Chaudière	☺ Alliance Jeunesse ☺ CAFEC St-Étienne ☺ CJE ☺ Centre EX-EQUO ☺ Centre jeunesse ☺ CSSS Grand Littoral ☺ CDC ☺ CS des Navigateurs ☺ École des parents ☺ Espace Chaudière-Appalaches ☺ Contrevent ☺ CPE de St-Jean-Chrysostome ☺ La Chaudronnée ☺ L'Adoberge ☺ L'Interface ☺ Maison de la famille ☺ MDJ (2) ☺ OMH ☺ Ressources Naissances ☺ Service de police de Lévis ☺ Ville	Mission : Prévenir l'apparition des problèmes psychosociaux chez les jeunes et les familles d'une communauté. Mandats/Objectifs	
Table de prévention promotion famille enfance jeunesse – secteur Desjardins	☺ CAB-SERS ☺ CAPJ ☺ Centre jeunesse ☺ CJE Desjardins ☺ Collège de Lévis ☺ CPE ☺ CS des Navigateurs ☺ CSSS Grand Littoral ☺ École de l'Auberivière ☺ École Pointe-Lévy ☺ École Ste-Marie	Mission : Prévenir l'apparition des problèmes psychosociaux chez les jeunes et les familles d'une communauté. Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ École des parents ☺ L'Interface ☺ Maison de la famille Rive-Sud ☺ OMH ☺ Patro de Lévis ☺ Ressources-Naissances ☺ Service d'entraide de Pintendre ☺ Service de police de Lévis ☺ Travail de proximité ☺ Vers le Pacifique ☺ Ville - Direction vie communautaire		
SVP Petite enfance	☺ Centraide Québec ☺ CPE la Chiffonnelle et la petite grenouille ☺ Comptoir le Grenier ☺ CSSS Grand Littoral ☺ Citoyennes (2) parent/grand-parent ☺ Maisons de la famille Chutes Chaudière et Rive-Sud ☺ Ressources-Naissances ☺ Services d'entraide de Pintendre et de St-Jean-Chrysostome ☺ Ville de Lévis	Mission : Sensibiliser, mobiliser et soutenir les communautés de Lévis à s'engager dans des actions qui assurent le bien-être de tous les enfants (0 à 6 ans) de la collectivité. Mandats/Objectifs	
Lévis en forme	☺ CPE la Petite Grenouille ☺ CS des Navigateurs ☺ CSSS Grand Littoral ☺ La Chaudronnée ☺ Le Grenier ☺ Patro de Lévis ☺ OMH ☺ Maison de la famille ☺ MDJ (2)	Mission : Contribuer à favoriser l'adoption et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie actif chez les jeunes de 0 à 17 ans et leurs familles, particulièrement celles vivant dans les zones de défavorisation matérielle et sociale de Lévis.	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ Ressources Naissances ☺ Service d'entraide (2) ☺ SVP-Petite Enfance ☺ Ville - Loisir/Socio-communautaire	Mandats/Objectifs	
Commission consultative « Jeunes et Ville » de Lévis	Communautaire -L'Adoberge Chaudière-Appalaches; -Alliance jeunesse; -Carrefour jeunesse-emploi; -Centre aide et prévention jeunesse; -Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches -Maison des jeunes, arrondissements Est et Ouest; -Patro de Lévis; -Scouts, arrondissement Est et Ouest. Municipalités et région -Ville de Lévis. Santé -CSSS du Grand-Littoral	Mission : Consulter, étudier et formuler des recommandations au Conseil de Ville Mandats/Objectifs Travailler sur les sujets suivants : -Les orientations et les politiques concernant le mieux-être des jeunes; -Les moyens nécessaires à prendre pour s'enquérir de leurs besoins; -Les solutions à adopter pour y répondre; -La diffusion de l'information concernant l'ensemble des services offerts à la population jeunesse.	
Comité « Initiatives de partenariats de lutte contre l'itinérance » de Lévis (IPLI)	Communautaire -L'Adoberge Chaudière-Appalaches; -La Chaudronnée des cuisines collectives; -Comptoir Le Grenier; -La Passerelle, groupe d'entraide	Missions : Mandats/objectifs : -Collaborer à l'élaboration et à la révision du plan d'action communautaire « IPIL » visant	2001

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	en santé mentale. Municipalités et région -OMH de Lévis; -Ville de Lévis, services sociocommunautaires. Office gouvernemental Services Canada. Santé -Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; -CRAT; -CSSS du Grand-Littoral.	la ville de Lévis et les municipalités de St-Étienne de Beaumont et St-Lambert de Lauzon; -Participe à la recommandation de projets dans le cadre du programme de financement SPLI-IPLI de l'entente fédérale-provinciale; -Contribue à la coordination d'un continuum de services, pour assurer les liens entre les services offerts aux personnes itinérantes, des projets financés dans le cadre du programme IPLI.	
Comité concertation logement Lévis	- Centre Femmes L'Ancre - Le Tremplin - ACEF Rive-sud - AQDR - FROHQC - FECHAQC - SARI - OMH Lévis - GRT Habitation Levy - Aux Quatre Vents - CAPJ - Alliance jeunesse - PHARS - CDC Lévis	Objectifs - Assurer le développement du logement social et communautaire auprès de la Ville de Lévis dans le but de favoriser l'accessibilité des logements aux ménages à revenu modeste - Contribuer à améliorer l'accessibilité et les conditions de logements des ménages locataires, avec une attention particulière pour les ménages à revenus modestes - Sensibiliser et mobiliser la communauté sur les enjeux liés au logement	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Secteur Grand littoral

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Table de concertation en matière de violence conjugale	☺ À Tire-d'Aile, CALACS ☺ Bureau des procureurs aux poursuites criminelles et pénales ☺ CAVAC Lévis ☺ Centre EX-EQUO ☺ Centre Femmes L'Ancre Lévis ☺ Centre Femmes Bellechasse ☺ Centre Femmes Lotbinière ☺ CSSSAD, secteur Desjardins ☺ Espace Chaudière-Appalaches ☺ Jonction pour elle ☺ Ressource Alternative des jeunes de Bellechasse ☺ Service de police de Lévis ☺ Service de police de Ste-Maire ☺ Sûreté du Québec MRC Bellechasse ☺ Sûreté du Québec MRC Lotbinière	Mission : Favoriser la concertation et la collaboration entre les différents organismes représentés afin de réduire l'incidence de la violence conjugale sur le territoire. Toutes nos discussions et nos orientations doivent être en lien avec la violence conjugale, par la promotion et la prévention, tant chez les jeunes dans leurs relations amoureuses qu'auprès des adultes et leurs enfants. Mandats/Objectifs	
Table du Projet RÉMI	☺ CAMBI ☺ Centrale Urgence Détresse ☺ Centre jeunesse ☺ CSSSAD, secteur Lotbinière ☺ CSSSAD, secteur Bellechasse ☺ CSSSAD, secteur Nouvelle-Beauce ☺ CSSSAD, secteur Grand Lévis ☺ Desercom ☺ Hôtel-Dieu de Lévis ☺ SQ (Lotbinière) ☺ SQ (Bellechasse)	Mission : Mandats/Objectifs ➤ Offrir des services continus et de qualité aux personnes manifestant des intentions suicidaires, à leurs proches et personnes endeuillées; ➤ Circonscrire les rôles et responsabilités des partenaires dans la trajectoire des services;	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ SQ (Nouvelle-Beauce) ☺ SQ Capitale Nationale ☺ Service de police de Lévis ☺ Service de police de Ste-Marie ☺ TEL-Écoute du Littoral	➤ Assurer la concertation et la complémentarité des services en matière de prévention, de dépistage, de référence, d'intervention de crise, de suivi thérapeutique et de postvention.	
Comité pour les proches aidants	☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Lien-Partage ☺ Service d'entraide Breakeyville ☺ Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière ☺ Regroupement des proches aidants de Bellechasse ☺ Société Alzheimer	Mission : Mandats/Objectifs ➤ Favoriser une concertation entre les différents acteurs concernés par les services de répit offerts aux proches aidants du territoire du Grand Littoral; ➤ Établir avec le CSSS du Grand Littoral des rapports de collaboration satisfaisants; ➤ Se tenir informé des services et des programmes touchant les personnes aidantes; ➤ Mieux connaître les besoins et les préoccupations portés par les personnes aidantes du territoire; ➤ Assurer la représentation des droits et des intérêts des personnes aidantes auprès des principales instances concernées.	
Comité d'expert en matière d'abus, de négligence et violence envers les aînés	☺ Aide juridique ☺ AQDR Lévis Rive-Sud ☺ CSSS Alphonse-Desjardins ☺ Commission des droits de la personne ☺ Curatelle publique ☺ Entraide Solidarité	Mission : Développer une approche concertée dans le milieu de Lévis afin de soutenir toute initiative qui a pour but de contrer les abus individuels et collectifs envers les aînés vulnérables. Le groupe a un rôle	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	☺ OMH ☺ Hôtel-Dieu de Lévis ☺ Service d'entraide ☺ Service de Police	conseil, sans rapport d'autorité, qui émet des avis et des suggestions soit à des intervenants qui font appel à ses services, à des ressources donnant des services à des aînés, à des décideurs politiques de tous les paliers ou à la population en général Mandats/Objectifs	
Comité logement social	☺ CSSSAD, secteur Lotbinière ☺ CSSSAD, secteur Bellechasse ☺ CSSSAD, secteur Nouvelle-Beauce ☺ CSSSAD, secteur Desjardins ☺ CSSSAD, secteur Chutes Chaudière ☺ OMH de Lévis ☺ Résidence Au Cœur de Marie ☺ Société d'habitation du Québec	Mission : Offrir un lieu de concertation entre les intervenants du réseau de l'habitation en logement social et ceux du réseau de la santé dans l'optique de développer le soutien communautaire en HLM. Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC Beauce-Sartigan

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité socio-économique Beauce-Sartigan	<i>Communautaire</i> -Chambre de commerce de St-Georges; -Conseil économique de Beauce; -CDC Beauce-Etchemins; -Maison du tourisme; -UPA. Éducation -Cégep Beauce-Appalaches; -Centre universitaire des Appalaches; -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin. Emploi -CLE St-Georges; -Services Canada. Municipal et région -CLD Beauce-Sartigan; -MRC Beauce-Sartigan; -Ville de St-Georges. Santé -CSSS de Beauce. <u>Membres invités</u> -Représentation député provincial; -Représentation député fédéral.	Mission : Contribuer à l'avancement de divers projets collectifs majeurs ayant pour impact le développement global et durable de la Beauce. Mandats/Objectifs :	2001

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
GRAP Beauce-Sartigan		Mission : Mandats/Objectifs	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

MRC de Robert-Cliche

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité sur le développement social et les situations de pauvreté en Robert-Cliche (GRAP)	Communautaire -Club Parentaide; -Curé St-Victor; -Pastorale régionale; -Vicaire St-Frédéric. Emploi -CLE St-Joseph Santé -CSSS de Beauce	Mission : Mandats/Objectifs : -Déterminer les manifestations de la pauvreté dans la MRC; -Identifier les conséquences locales; -Cerner les causes; -Soutenir les actions qui visent à lutter contre cette pauvreté.	2000

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Secteur de la Beauce

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Tables de concertation 0 - 5 ans du territoire du CSSS de Beauce	Communautaire -Aide aux jeunes contrevenants; -A.F.M.R.C.; -CABBE; -CPE Calou; -CPE Beauce-Sartigan; -CPE Boutons d'or; -CPE au Jardin de Dominique; -CPE la Nichouette; -CPE au Palais des merveilles; -CPE Pantamousse; -CPE P'tits Griffons; -Comité ÉLÉ; -PACE; -Club Parentaide; -Coup d pouce famille Ressource Le Berceau; Éducation -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin (Passe-Partout). Santé -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; -CLSC St-Georges; -CRDI; -CSSS de Beauce.	Mission : Mandats/Objectifs : -Concerter des projets de prévention et promotion de la santé; -Lieu privilégié d'échange d'information entre les partenaires.	
Tables de concertation 6 - 18 ans du territoire du CSSS de Beauce	Communautaire -L'Adoberge Chaudière-Appalaches; -Aide aux jeunes contrevenants;	Mission : Mandats/Objectifs -Concerter des projets de prévention et promotion de la	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-A.F.M.R.C.; -Cadets; -Centre de parrainage; -Coup d’pouce famille; -CABBE; -AQETA-CA; -Carrefour jeunesse-emploi Beauce-Nord; -Carrefour jeunesse -emploi Beauce-Sud; -CEPS; -CALACS; -Centre Ex-æquo; -Club Parentaide; -Espace Chaudière-Appalaches; -GRIS Chaudière-Appalaches; -Havre L’Éclaircie; -Maison de la famille Beauce-Etchemins; -Maison des jeunes de Beauce-Sartigan; -Maison des jeunes de la MRC Robert-Cliche; -Partage au masculin; -Travailleuse de rue Éducation -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin; -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin - Polyvalente St-François; -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin - Polyvalente St-Georges; -École Jésus-Marie. Emploi -CLE; -CSSS de Beauce / École Trinité;	santé; -Lieu privilégié d'échange d'information entre les partenaires.	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
	-CSSS de Beauce. Justice -Sûreté municipale; -Sûreté du Québec. Municipal et region -CLD Beauce-Sartigan; -OMH; -Service des loisirs de Saint-Georges; -Ville Saint-Georges. Santé -ALTO -Centre jeunesse Chaudière-Appalaches; -CLSC St-Georges;		
Comité de projet SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) – ACCÈS FAMILLE	Communautaire -Camp Les Étoiles; -Maison de la famille Beauce-Etchemins; -Ressource Le Berceau; -4 parents répartis sur le territoire. Santé -CSSS de Beauce.	Mission : Mandats/Objectifs -Mettre en œuvre des activités et des projets qui favorisent la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants et à la réalisation du projet de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables; Faire naître de la communauté des projets qui visent à améliorer les conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	2007

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom des instances	Composition	Mission et mandats	Existe depuis
Comité des partenaires SARCA (services d'accueil, de référence, de conseil et d'accompagnement)	Communautaire -Réhabilitation de Beauce; -CJE Beauce-Nord; -CJE Beauce-Sud; -CJE Etchemins; -Club de recherche d'emploi; -Passeport Travail; -SAEMO. Éducation -Commission scolaire de la Beauce-Etchemin. Emploi -Emploi-Québec; -Tandem international. Santé -CSSS de Beauce; -CSSS des Etchemins.	Mission : Mandats/Objectifs -Développer une vision et une façon de faire communes en lien avec les services d'accueil, de référence, de suivi et d'accompagnement offerts à l'adulte sur le territoire; Concerter les différents organismes du milieu afin de développer un projet commun qui rejoindrait les adultes dont les services actuels ne desservent pas.	2006

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
Entente spécifique sur le développement de l'économie sociale dans la Chaudière-Appalaches	- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; - Ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Table régionale d'économie sociale de Chaudière-Appalaches; - Coopérative de développement régional Québec-Appalaches; - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches; - Commission scolaire de la Beauce-Etchemin; - Commission scolaire de la Côte-du-Sud; - Commission scolaire des Appalaches; - Commission scolaire des Navigateurs; - CLD Beauce-Sartigan; - CLD Bellechasse; - CLD Etchemins; - CLD L'Islet; - CLD Lotbinière; - CLD Montmagny; - CLD Nouvelle-Beauce; - CLD Robert-Cliche; - Société de développement économique de la région de Thetford (CLD); - Société de développement économique de Lévis (CLD);	Objet Les parties s'entendent pour favoriser la concertation, les échanges et la collaboration entre eux et pour harmoniser leurs actions afin de faciliter l'atteinte des objectifs de l'entente et d'en optimiser les retombées, et ce, dans le respect des principes du développement durable. Objectifs ◆ La promotion de l'économie sociale; ◆ Le soutien technique et financier; ◆ Le développement des compétences; ◆ La concertation et le réseautage.

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
	- Corporation de développement communautaire de Beauce-Etchemins; - Corporation de développement communautaire de Bellechasse; - Corporation de développement communautaire de L'Amiante; - Corporation de développement communautaire de Lévis; - Corporation de développement communautaire de Lotbinière.	
Entente spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité de vie et des services offerts pour différentes clientèles dans les HLM de la région de la Chaudière-Appalaches	- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - La Société d'habitation du Québec; - Le ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches; - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; - Ministère de la Famille et des Aînés; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral; - Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford; - Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet; - Centre de santé et de services sociaux des Etchemins; - Centre de santé et de services	Objet Cette entente a pour objet l'amélioration de l'accessibilité en HLM en termes de diversité de clientèles, l'amélioration des services offerts et l'amélioration de la qualité de vie dans les HLM de toute la région de la Chaudière-Appalaches. Plus particulièrement, l'entente aura pour objet de développer des interventions en action communautaire et en animation de milieu dans les secteurs ruraux et de consolider les milieux urbains. La présente entente s'inscrit, entre autres, dans le cadre du <i>Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale</i>, ministère de

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
	sociaux de Beauce; - Commission scolaire de la Beauce-Etchemin; - Commission scolaire de la Côte-du-Sud; - Commission scolaire des Appalaches; - Commission scolaire des Navigateurs; - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches; Table de concertations des aînés de Chaudière-Appalaches	l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2004.
Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes dans la région de la Chaudière-Appalaches	- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine; - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches; - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches; - Conseil du statut de la femme; - Le ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches.	Objet La présente entente a pour objet de définir les engagements des parties et des intervenants en vue de favoriser la mise en œuvre régionale de la politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes par la mise en commun des ressources financières et techniques des parties concernées. Elle détermine le rôle et les responsabilités de chacun. Objectifs ◆ Favoriser l'atteinte de l'égalité économique des femmes de la région; ◆ Promouvoir et favoriser le développement de

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
		l'entrepreneuriat féminin; ◆ Accroître le nombre de femmes siégeant au sein des instances décisionnelles en encourageant et en soutenant une plus grande participation des femmes dans les structures décisionnelles locales et régionales.
Entente spécifique en matière d'immigration dans la Chaudière-Appalaches	- Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles; - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; - Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; - Ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Agence de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches; - MRC de L'Amiante; - MRC de La Nouvelle-Beauce; - MRC de L'Islet; - MRC des Etchemins; - MRC de Bellechasse; - MRC de Lotbinière; - MRC de Montmagny; - MRC de Beauce-Sartigan; - MRC de Robert-Cliche; - Ville de Lévis;	Objet Les parties s'entendent pour favoriser la concertation afin de susciter la réalisation d'activités visant la régionalisation de l'immigration, tant en ce qui a trait à la promotion de l'immigration mais aussi à l'attraction des personnes immigrantes, à leur établissement durable en Chaudière-Appalaches, qu'au développement de relations interculturelles harmonieuses avec la société d'accueil. Objectifs ◆ Reconnaître l'immigration comme facteur de développement économique, social et culturel; ◆ Sensibiliser les différents milieux à l'apport de l'immigration; ◆ Faire connaître la région de

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
	- Commission scolaire des Navigateurs; - Commission scolaire de la Côte-du-Sud; - Commission scolaire des Appalaches; - Commission scolaire de la Beauce-Etchemin; - Cégep de Beauce-Appalaches; - Cégep de Lévis-Lauzon; - Cégep de Thetford; - Université du Québec à Rimouski; - Corporation des services universitaires des Appalaches inc.	la Chaudière-Appalaches afin de favoriser l'attraction des personnes immigrantes et des futurs immigrants; ◆ Faciliter l'arrimage entre les besoins du marché du travail et les compétences des personnes immigrantes; ◆ Doter et consolider la région de services d'accueil et d'intégration correspondant aux réalités des immigrants et celles de la région.
Entente spécifique dans le cadre de la stratégie d'action en faveur des aînés	- Conférence régionale des élu(e)s de la Chaudière-Appalaches - Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire - Ministre responsable de la région - Ministre responsable des aînés - Table de concertation des aîné(e)s de la Chaudière-Appalaches	Objet L'entente a pour but d'adapter les services et les infrastructures régionales dans le but d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées par la mise en commun des ressources financières et techniques des partenaires et des acteurs du territoire Objectifs A) <u>Mettre en un carrefour d'information à l'intention des aînés</u>, notamment en réalisant un portrait de situation sur les

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
		actions d'information touchant les aînés et en mettant en place un carrefour régional d'information ainsi que des centres d'information, dans chacune des MRC, à partir des ressources du milieu et visant à renseigner et mieux outiller les personnes aînées. B) <u>Favoriser le développement du loisir actif</u>, notamment en réalisant un état de situation de l'offre de services en loisir actif et culturel pour la clientèle «aînée», en soutenant l'offre de services existante en loisir afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins variés des personnes âgées et en sensibilisant et en informant les aînés de la région sur les loisirs culturels et les loisirs santé. C) <u>Favoriser le développement du bénévolat et valoriser la contribution des aînés</u>, notamment en mettant en œuvre une campagne de promotion visant à encourager et favoriser le bénévolat chez les aînés et les impacts positifs de leur implication et en valorisant la participation des

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
		aînés en publicisant leurs réussites et la portée de leur contribution.
Action jeunesse structurante sur la migration des jeunes de la région de la Chaudière-Appalaches	- : Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches; - Ministre du Secrétariat à la jeunesse; - Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire; - Conférence régionale des élus de la Chaudière-Appalaches; - Place aux jeunes du Québec; - Carrefour jeunesse-emploi de Beauce-Sud; - Carrefour jeunesse-emploi de Bellechasse; - Carrefour jeunesse-emploi des Etchemins; - Carrefour jeunesse-emploi de L'Islet; - Carrefour jeunesse-emploi de Lotbinière; - Carrefour jeunesse-emploi de Montmagny; - Centre local de développement de la MRC de Robert-Cliche; - Place aux jeunes Amiante.	Objet La présente entente a pour objet d'améliorer le bilan migratoire chez les jeunes de 15 à 35 ans dans la région de la Chaudière-Appalaches par la mise en commun de ressources financières ou autres dans le respect des mesures, programmes et normes de gestion applicables aux parties concernées. Elle détermine le rôle et les responsabilités des parties. Objectifs Les signataires conviennent de travailler en étroite collaboration, dans le respect de leurs mandats respectifs, en vue d'atteindre les objectifs suivants : ◆ Favoriser le retour, l'établissement et le maintien en région des jeunes; ◆ Maintenir le lien entre le jeune et la région de la

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
		Chaudière-Appalaches.
Action jeunesse structurante visant la prévention du suicide auprès de la clientèle des centres de formation professionnelle et d'éducation des adultes de la région de la Chaudière-Appalaches		
Action jeunesse structurante sur la participation citoyenne en Chaudière-Appalaches		
Engagement jeunesse Chaudière-Appalaches	- Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches - Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire - Agence de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches - Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles - Emploi-Québec, direction régionale de la Chaudière-Appalaches	
Projet régional sur les saines habitudes de vie	-	

Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
Recherche-action sur les besoins des familles	- Conférence régionale des élu(e)s de la Chaudière-Appalaches - Forum jeunesse régional Chaudière-Appalaches - Ministère de la Famille et des Aînés	Objet Le but de la recherche-action est d'identifier les besoins prioritaires des familles des neuf Municipalités régionales de comté (MRC) et du territoire équivalent (TE) de la ville de Lévis constituant la région de la Chaudière-Appalaches dans le contexte de la conciliation travail famille-milieus de vie. Objectifs Afin de mieux connaître et comprendre les préoccupations et les besoins des familles de tout le territoire, les partenaires ont le grand souci d'être le plus près possible de l'action et des familles de chacun des territoires de la région. Dans cette optique, il ne s'agissait pas de produire une étude ni une enquête mais bien une recherche-action qui impliquera les familles dans tout le processus de la recherche, de l'identification de leurs besoins jusqu'aux moyens d'action pour y répondre. C'est dans ce cadre qu'a été mise en œuvre la recherche-action sur les

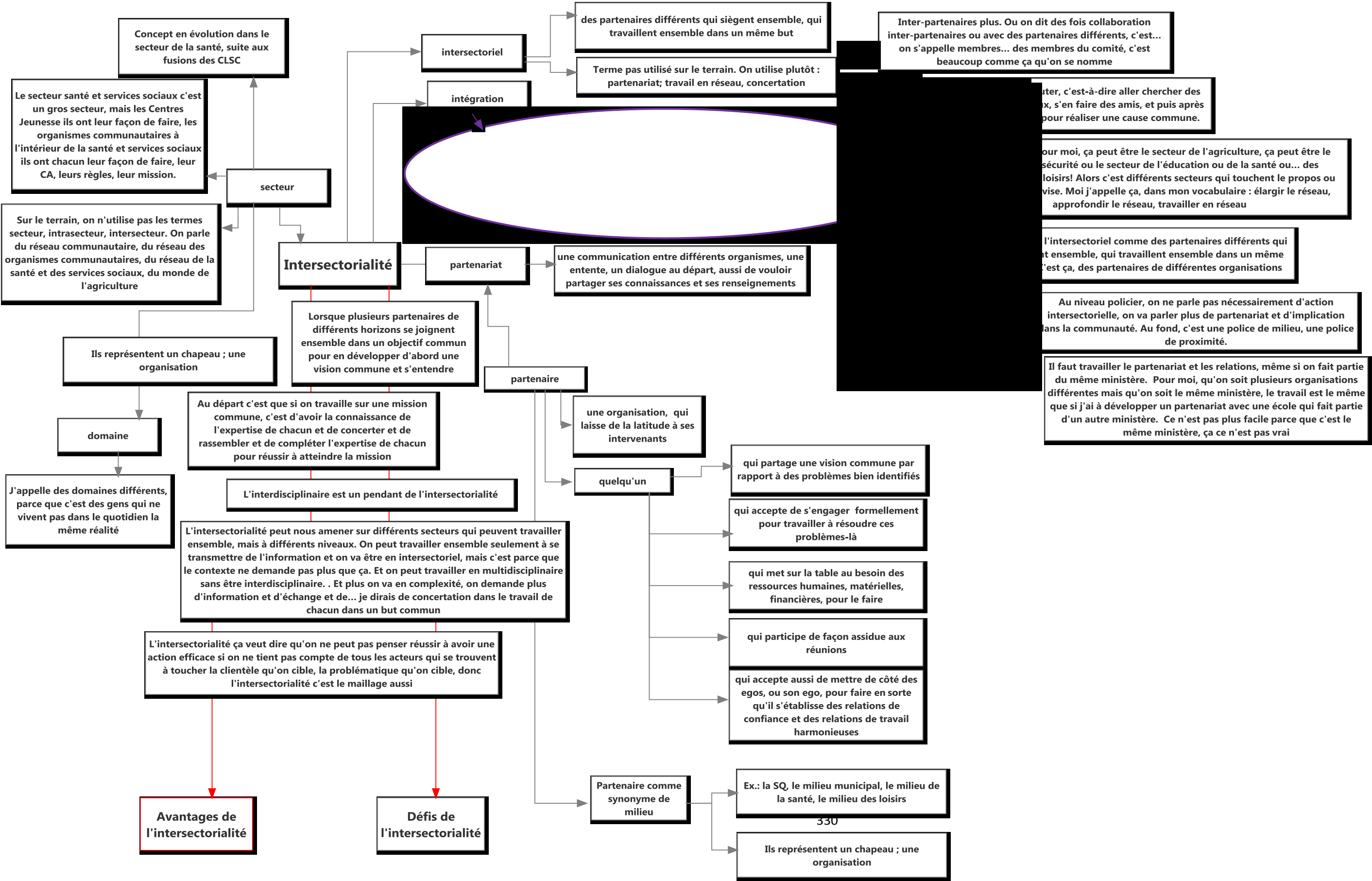
Appendix L

INVENTAIRE DES CONCERTATIONS LOCALES PAR TERRITOIRE

Nom de l'entente	Partenaires impliqués	Objet de l'entente
		besoins et les priorités des familles de la Chaudière Appalaches.
Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale	-	
Projet d'expérimentation Gouvernance territoriale intégrée	-	

Appendix M

Figure 8 : Le concept d'intersectorialité sur le terrain et ses ramifications



Annexes N, O, P, Q

Les quatre études de cas

Les quatre études de cas

Appendix N — Étude de cas n° 1 : Programme de prévention de la détresse psychologique auprès des agriculteurs

Appendix O — Étude de cas n° 2 : Construction du parc de jeu destiné aux enfants de 0 à 5 ans

Appendix P — Étude de cas n° 3 : Programme de cuisines collectives à Beauce-Sartigan

Appendix Q — Étude de cas n° 4 : Programme de prévention de l'alcool au volant