

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX  
ET INTERVENTIONS SOCIALES



# La santé en réseaux

Explorations des approches  
relationnelles  
dans la recherche sociale  
au Québec

Sous la direction de  
**Baptiste Brossard**  
**Deena White**

 Presses  
de l'Université  
du Québec





COLLECTION

**PROBLÈMES SOCIAUX  
ET INTERVENTIONS SOCIALES**

**FONDÉE PAR HENRI DORVIL (UQAM)  
ET ROBERT MAYER (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)**

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

DIRECTEUR

**HENRI DORVIL, PH. D.**

*École de travail social, Université du Québec à Montréal*

CODIRECTRICE

**GUYLAINE RACINE, PH. D.**

*École de travail social, Université de Montréal*

# La santé en réseaux

Membre de  
L'ASSOCIATION  
NATIONALE  
DES ÉDITEURS  
DE LIVRES

## Presses de l'Université du Québec

Le Delta 1, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone: 418 657-4399

Télécopieur: 418 657-2096

Courriel: puq@puq.ca

Internet: www.puq.ca

### *Diffusion/Distribution:*

**CANADA** Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Tél.: 450 434-0306 / 1 800 363-2864

**FRANCE** AFPU-D – Association française des Presses d'université  
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77 403 Lagny, France – Tél.: 01 60 07 82 99

**BELGIQUE** Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél.: 02 736 68 47

**SUISSE** Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél.: 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# La santé en réseaux

Explorations des approches  
relationnelles  
dans la recherche sociale  
au Québec

Sous la direction de  
**Baptiste Brossard**  
**Deena White**



Presses de l'Université du Québec

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Vedette principale au titre:

La santé en réseaux: explorations des approches relationnelles  
dans la recherche sociale au Québec

(Problèmes sociaux et interventions sociales; 79)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4550-2

I. Réseaux sociaux – Emploi en thérapeutique – Recherche.

I. Brossard, Baptiste, 1985- . II. White, Deena, 1951- .

III. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales; 79.

RA418.S26 2016

362.1'042

C2016-941390-X

---

Financé par le  
gouvernement  
du Canada

Funded by the  
Government  
of Canada

**Canada**



Conseil des arts  
du Canada

Canada Council  
for the Arts

**SODEC**

**Québec**

---

*Révision*

**Gislaine Barrette**

*Correction d'épreuves*

**Mélissa Guay**

*Conception graphique*

**Richard Hodgson et Michèle Blondeau**

*Mise en pages*

**Interscript**

*Image de couverture*

**Shutterstock**

**Dépôt légal: 4<sup>e</sup> trimestre 2016**

› Bibliothèque et Archives nationales du Québec

› Bibliothèque et Archives Canada

© 2016 – Presses de l'Université du Québec

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

Imprimé au Canada

D4550-1 [01]

# Table des matières

Liste des figures et tableaux .....	XIII
Introduction .....	1
<i>Deena White et Baptiste Brossard</i>	

## PARTIE 1 /

### **LE RÉSEAU COMME PERSPECTIVE MÉTHODOLOGIQUE**

---

#### Chapitre 1 /

<b>L'analyse de réseaux sociaux en évaluation de programme: une introduction</b> .....	15
<i>Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob</i>	
1/ Concepts et technicités de l'analyse de réseaux .....	17
2/ Concepts de base appliqués à l'étude d'un cas.....	18
2.1/ Quelles sont les organisations les plus centrales dans le réseau? .....	23
2.2/ Certains membres du réseau ont-ils des liens avec des organisations externes qui pourraient profiter aux autres membres? .....	25
2.3/ Est-ce que les relations entre les différentes organisations ont toutes la même force?.....	26

2.4 /	Existe-t-il des regroupements d'organisations à l'intérieur du réseau qui détiennent des relations fortes?.....	28
3 /	Exemples d'application tirés de la littérature .....	29
3.1 /	Exemple 1. Compréhension des relations sociales préexistantes dans un milieu donné ...	29
3.2 /	Exemple 2. Prévention du risque de propagation d'agents pathogènes .....	32
3.3 /	Exemple 3. Le réseau comme résultat d'une intervention.....	34
3.4 /	Exemple 4. L'analyse de réseaux en analyse statistique multivariée.....	35
4 /	Utilisations en évaluation des processus et des effets .....	36
	Conclusion.....	38
	Annexe 1.1 / Outil de collecte de données sur les relations entre acteurs (traduit et adapté de Provan, Veazie et Staten, 2005).....	40
	Annexe 1.2 / Questions génériques pour guider l'analyse de réseaux (traduit et adapté de Provan <i>et al.</i> , 2005) .....	41
	Annexe 1.3 / Ressources disponibles.....	42
	Bibliographie .....	43
Chapitre 2 /		
	<b>Des savoirs au pouvoir? La mobilisation d'approches relationnelles pour la recherche-action .....</b>	<b>45</b>
	<i>Deena White</i>	
1 /	Contexte et processus de coconstruction d'une recherche-action .....	47
2 /	L'approche relationnelle: des savoirs pour mobiliser le pouvoir.....	49
3 /	Trois volets d'action.....	55
3.1 /	Volet 1: Consolider l'identité du CDP .....	56
3.2 /	Volet 2: Identifier les cibles d'action .....	59
3.3 /	Volet 3: Apprécier l'étendue et le potentiel des liens du CDP .....	64
	Conclusion.....	68
	Bibliographie .....	70

Chapitre 3 /

<b>Quand les idées font réseau : combiner l'analyse de réseau et la cartographie conceptuelle</b> .....	73
<i>Michael Cantinotti, Alexandre Naud et Yan Kestens</i>	
1/ Processus de création d'une carte conceptuelle .....	77
2/ Représentation par cartographie conceptuelle .....	81
3/ Apports du couplage de l'analyse en réseau avec la cartographie conceptuelle.....	85
3.1/ Concordance entre participants au sujet des regroupements d'idées .....	87
3.2/ Degré d'appartenance des idées aux agrégats .....	90
Conclusion.....	94
Bibliographie .....	95

PARTIE 2 /

**LE RÉSEAU COMME INSPIRATION THÉORIQUE**

---

Chapitre 4 /

<b>Comprendre les pratiques de collaboration entre médecins : une approche relationnelle</b> .....	101
<i>Nassera Touati, Charo Rodríguez et Jean-Louis Denis</i>	
1/ État des connaissances.....	103
1.1/ Les études de variance : facteurs impliqués dans la dynamique des réseaux de collaboration médicale .....	104
1.2/ Les études organisationnelles : enjeux politiques, identitaires et cognitifs .....	107
2/ Une grille d'analyse de la dynamique des réseaux de collaboration médicale .....	111
2.1/ Les dynamiques identitaires .....	113
2.2/ Les dynamiques cognitives .....	114
2.3/ Les dynamiques politiques .....	115
3/ Une application empirique.....	116
Conclusion.....	117
Bibliographie .....	120

Chapitre 5 /

<b>Repenser l'interactionnisme à travers les réseaux : l'exemple des relations entre préposés et résidents en centre d'hébergement.....</b>	<b>125</b>
<i>Baptiste Brossard</i>	
1/ Cadre théorique.....	127
2/ Méthodologie .....	129
3/ Le réseau potentiel .....	132
4/ Les formes de traduction .....	134
5/ Routine, crise et normalisation.....	138
Conclusion.....	143
Bibliographie .....	145

Chapitre 6 /

<b>Attirer et retenir des bénévoles: comment la théorie de l'acteur-réseau permet de mieux comprendre le processus.....</b>	<b>147</b>
<i>François Aubry, Louise Belzile, Olivier Moreau, Maxime Guillette et Paul Morin</i>	
1/ Facteurs à considérer pour le recrutement et la rétention des bénévoles aînés .....	149
1.1/ Composantes collectives et sociales présidant à l'implication bénévole.....	149
1.2/ Stratégies organisationnelles d'attraction .....	151
1.3/ Stratégies organisationnelles de rétention .....	153
2/ L'enrôlement des bénévoles, ou la traduction des intérêts pour l'intégration dans un réseau.....	156
2.1/ Penser l'implication dans le bénévolat avec la théorie de l'acteur-réseau .....	156
2.2/ Un déséquilibre dans la relation d'enrôlement .....	158
Conclusion.....	160
Annexe 6.1 / Stratégies de gestion des ressources bénévoles ...	161
Stratégies d'attraction .....	161
Stratégies de rétention .....	162
Stratégies de gestion .....	162
Bibliographie .....	164

PARTIE 3 /

**LE RÉSEAU COMME OBJET D'ÉTUDE**

---

Chapitre 7 /

**Les réseaux mis en contexte: une perspective comparative sur la prise en charge du VIH en France et au Québec.....** 169

*Gabriel Girard*

1/	Éléments de contexte: le VIH/sida en France et au Québec.....	170
2/	Faire face à l'épidémie (1981-1995).....	171
2.1/	En France: les patients prennent la parole .....	171
2.2/	Au Québec: l'organisation d'une réponse exceptionnelle.....	175
2.3/	Des réseaux d'acteurs face à l'urgence .....	178
3/	Reconfigurations des réseaux de lutte contre le sida (1996-2015).....	180
3.1/	Faire avec le nouveau contexte thérapeutique .....	180
3.2/	Au Québec: des partenariats introuvables .....	182
3.3/	En France: professionnalisation et réformes de la représentation des usagers.....	183
3.4/	La gestion des risques comme nouvel enjeu ....	185
	Conclusion.....	187
	Bibliographie .....	188

Chapitre 8 /

**Un réseau pour préserver l'action communautaire: l'expérience du RQIIAC.....** 191

*René Lachapelle*

1/	Gouvernance en réseau, systèmes locaux d'action, innovation sociale et fonction de liaison.....	192
2/	Le RQIIAC, un réseau professionnel et une communauté de pratiques en soutien aux SLA.....	196
3/	Les transformations de la fonction de liaison pratiquée par les OC .....	198
3.1/	L'établissement des CLSC: soutenir l'émergence des communautés locales .....	198

3.2/	L'institutionnalisation des CLSC: soutenir les concertations .....	200
3.3/	L'intégration des CLSC dans le CSSS: soutenir le développement des communautés .....	203
4/	Le réseau du RQIIAC pour maintenir le fil conducteur des pratiques d'OC.....	208
	Conclusion.....	210
	Bibliographie .....	213
 Chapitre 9 /		
	<b>Un accès limité? Les réseaux de l'aide médicale internationale en Haïti .....</b>	<b>217</b>
	<i>Pierre Minn</i>	
1/	Contexte et méthodologie.....	218
2/	Les limites du réseau .....	220
2.1/	L'espace .....	221
2.2/	La langue .....	222
2.3/	La technologie.....	224
	Conclusion.....	226
	Conclusion .....	229
	<i>Deena White et Baptiste Brossard</i>	
	Notices biographiques.....	237

# Liste des figures et tableaux

## Figures

1.1/ Sociogramme du métaréseau (quatre réseaux simples superposés) formé des relations entre les organisations du Suroît .....	19
1.2/ Réseau de relations de type échange d'information.....	20
1.3/ Réseau de relations de type partage de ressources .....	20
1.4/ Réseau de relations de type orientation d'utilisateurs (dirigés, reçus ou les deux).....	21
1.5/ Sociogramme du métaréseau formé des relations entre les organisations du Suroît, auxquelles ont été ajoutées les autres organisations supplémentaires identifiées par certains répondants.....	26
1.6/ Sociogramme du métaréseau illustrant la multiplicité des relations entre les 20 organisations du Suroît.....	27
1.7/ Cliques (1-3) présentes dans le réseau de relations de type orientation d'utilisateurs entre les organisations du Suroît .....	28
1.8/ Réseau sociocentrique de recherche de conseils basé sur des liens confirmés.....	31
1.9/ Réseau égocentrique d'agents multiplicateurs (aînés bénévoles) et de leur réseau social personnel pendant la transmission d'information préventive.....	33
1.10/ Sociogramme du réseau de liens entre les étudiants et les professeurs de deux programmes de formation doctorale en sciences infirmières, avant et après l'implantation d'une stratégie de rapprochement interculturel .....	35

2.1/	La trajectoire-réseau de François.....	61
2.2/	Le réseau des réseaux .....	67
3.1/	Proximité sémantique du mot «alcoolisme» avec d'autres termes dans un dictionnaire francophone en ligne .....	74
3.2/	Évolution temporelle du nombre de publications incluant la cartographie conceptuelle qui sont référéncées dans la banque de données Scopus (1993 à 2013).....	76
3.3/	Exemple de carte conceptuelle.....	82
3.4/	Représentation en réseau de la matrice symétrique.....	86
3.5/	Représentation graphique des liens entre les idées filtrées en fonction du pourcentage de répondants qui ont effectué les regroupements (les numéros correspondent aux agrégats) .....	89
3.6/	Réseau avec la taille des nœuds pondérée en fonction de la métrique d'appartenance .....	91
5.1/	Le réseau potentiel .....	133
5.2/	Les réseaux de routine .....	139
5.3/	Les réseaux de crise .....	141
5.4/	Les réseaux de normalisation .....	143

## Tableaux

1.1/	Caractéristiques des relations existantes entre les organisations du Suroît .....	22
1.2/	Mesures de centralisation du réseau de relations de type orientation d'usagers (dirigés, reçus ou les deux) entre les organisations du Suroît .....	24
1.3/	Caractéristiques des relations existantes dans une école albertaine.....	30
1.4/	Utilisation de l'analyse de réseau en évaluation de programme .....	38
2.1/	Outil d'animation .....	58
3.1/	Exemple de matrice d'association ( $N = 31$ ).....	79
3.2/	Liste des idées et catégorisation en agrégats .....	83
3.3/	Moyenne, écart type et coefficient de variation de la métrique d'appartenance par agrégat .....	92

# Introduction

*Deena White et Baptiste Brossard*

---

Au cours des dernières décennies, d'importantes transformations sociales sur les plans de la démographie, de la famille et du travail ont bouleversé les régimes d'intervention sociosanitaires. Des enjeux d'émergence relativement récente, comme le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques dans le champ de la santé, ont conduit à des réformes répétées. À ces changements sociaux s'ajoutent des transformations conceptuelles, notamment dans l'organisation des services, qui tend à être plus structurée pour faire face à des situations multidimensionnelles d'intervention. Afin d'élaborer et de mettre en œuvre leurs politiques et leurs interventions, les décideurs, les gestionnaires et les praticiens des secteurs social et de la santé sont aujourd'hui appelés à travailler en réseaux, et ce, avec divers ensembles d'acteurs, de structures, de logiques et de cultures différentes - voire divergentes. Quant aux personnes et aux familles en quête de soutien communautaire ou professionnel parce qu'elles souhaitent maintenir leur autonomie ou celle de leur proche, ou encore parce qu'elles souhaitent se soigner, avoir accès à des informations médicales ou autres, elles doivent naviguer dans cette complexité. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) interviennent désormais dans les relations entre les personnes et les systèmes, redéfinissent les relations entre les usagers, leurs proches et les intervenants. En définitive, des systèmes d'intervention parfois lourds et sclérosés, sujets aux limites budgétaires qui affectent le secteur public, agissent sur un tissu social diversifié, mouvant, précarisé et exigeant. L'accroissement des collaborations interpersonnelles, interprofessionnelles, interorganisationnelles et intersectorielles est au cœur

de toutes les réformes récentes, en cours et à venir. L'action en réseau, soutenue et incitée par les instances gouvernementales et philanthropiques, est également pratiquée, de manière spontanée ou planifiée, par des acteurs communautaires et professionnels. En fait, nous vivons dans une « société en réseaux » (Castells, 1998), et le présent ouvrage vise à rendre compte de cette configuration.

Dans plusieurs domaines de la recherche, le concept de réseau est couramment utilisé comme une métaphore du social. Cette métaphore permet de décrire les collaborations entre acteurs « appartenant à » des institutions et groupes divers, ainsi que les types de relations, hiérarchiques ou non, marchands ou non, qui constituent leurs liens. L'analyse relationnelle, qui réfère à cette approche en réseau, tend à être de plus en plus utilisée par les sciences sociales, comme une orientation autant théorique que méthodologique. L'analyse des réseaux, perçus comme des toiles de communication, d'interactions et de transactions, a suscité un grand intérêt dans la littérature au cours des vingt dernières années (Degenne et Forsé, 2004; Lemieux et Ouimet, 2004; Scott et Carrington, 2011; Mercklé, 2011; Lazega, 2014). Cette approche a marqué plusieurs champs des sciences sociales appliquées, tels que la criminologie (Carrington, 2011; Boivin, 2013; Décary-Héту et Dupont, 2012), la santé publique (Valente, 2010; Christakis et Fowler, 2007; Luke et Harris, 2007), l'administration publique (Isett *et al.*, 2011; Lecy, Mergel et Schmitz, 2014) et l'éducation (Daly, 2010; Eberle, Stegmann et Fischer, 2015). Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, une littérature anglophone existe depuis très longtemps (Gottlieb, 1981; Wallston *et al.*, 1983; Morrissey, 1992; Berkman et Glass, 2000; Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000; Valente, 2010; Fattore *et al.*, 2009). Bien qu'il en soit question dans certains ouvrages (Poirier *et al.*, 2001; Chanut *et al.*, 2005; Aubry et Potvin, 2012; Bilodeau *et al.*, 2014), l'application de cette approche demeure rare, surtout dans la littérature francophone, même si sa contribution aux connaissances sur le sujet aiderait à saisir les transformations que nous venons d'évoquer.

C'est d'autant plus le cas qu'elle devient également une inspiration pour les politiques publiques, par exemple avec le projet de développement des « réseaux locaux de services » au Québec, ou des « réseaux de santé » en France. Des évolutions conséquentes de ce milieu, telles que la désinstitutionnalisation, la multiplication des structures (institutions publiques ou privées, organismes communautaires, etc.), les restructurations répétées et la diminution des moyens matériels semblent rendre incontournables des collaborations interprofessionnelles,

interorganisationnelles et intersectorielles visant à partager des informations, des ressources et parfois des usagers ou des clientèles, soit le travail en réseau, parce que si les moyens diminuent, la demande de services augmente. Par ailleurs, les réseaux émergent souvent dans le monde social en interaction (mais pas en adéquation immédiate) avec les politiques. Un bel exemple au Québec est la durabilité des territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans l’imaginaire de la population urbaine en tant qu’espaces de développement des liens et des projets communautaires. Les CLSC, petits établissements publics ayant pour mandat, entre autres, l’organisation communautaire, ont officiellement disparu de la carte institutionnelle depuis leur fusion dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004. Malgré la définition administrative de nouveaux territoires plus larges associés aux CSSS - et, depuis 2015, aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) -, les réseaux locaux de service continuent à émerger et à évoluer à l’intérieur des anciennes frontières des territoires des CLSC, un phénomène lié à la dynamique des réseaux développés pendant des décennies à cette échelle. Ainsi, l’approche réseau peut contribuer à notre compréhension des services sanitaires et sociaux, d’autant plus que les avancées en la matière sont conséquentes. Tandis que cette approche est de plus en plus mobilisée pour expliquer les comportements des individus ou des groupes, des organisations ou des réseaux d’organisations (Scott et Carrington, 2011; Borgatti et Lopez-Kidwell, 2011; Kilduff et Tsai, 2003; les revues *Social Networks* et le *Journal of Social Structure*), on note une diversification inouïe dans les manières de concevoir les réseaux d’acteurs et, par conséquent, une multiplication des innovations théoriques et méthodologiques qui y sont associées (Emirbayer, 1997; Pescosolido, 1998; Pescosolido, 2001; Eve, 2002; Latour, 2006; Callon et Ferrary, 2006; Mützel, 2009; Mische, 2011; Hollstein, 2011). Utiliser l’approche relationnelle dans l’étude des réseaux de l’action sociale débouche sur des pistes d’analyse peu explorées jusqu’à maintenant et propices au développement de connaissances dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Qu’est-ce qui caractérise une approche dite de réseau? Cet ouvrage montre avant tout que la richesse et la pertinence de cette approche découlent de la multitude de possibilités qu’elle renferme. Les approches réseau, même si leurs usages du mot «réseau» diffèrent, convergent néanmoins lorsqu’elles abordent une question qui préoccupe les sciences sociales depuis leur émergence: quel **cadre d’analyse** doit-on choisir pour construire une analyse du monde social qui tient compte de sa

complexité? Selon la plupart des approches traditionnelles, nous aurions tendance à hésiter entre la société ou l'individu, le groupe ou l'institution. Afin de dépasser ces antagonismes, certains ont déjà proposé des concepts permettant de penser ces cadres en interaction, de l'habitus à l'épreuve, de l'*agency* à l'intersectionnalité. Mais la plupart de ces initiatives théoriques nous laissent orphelins de méthode : comment faire de la recherche? L'approche réseau est l'une de ces perspectives théoriques qui porte en elle des pratiques d'enquête, des pistes applicables dès maintenant pour expérimenter la théorie.

Le principe de base est simple. Il consiste à s'abstenir de choisir une échelle de grandeur *a priori* pour privilégier l'étude des **relations** (liens, connexions et déconnexions, communications, interactions, transactions, échanges, négociations, vecteurs, intermédiaires, médiations, dépendances et interdépendances, conflits, ruptures, résistances, etc.), de leurs effets durables (la mobilisation, la coordination, la collaboration, l'organisation, l'institutionnalisation, la gouvernance, etc.) et de ce qui est transmis à travers elles (les ressources telles que l'argent, les informations, l'accès, les idées; la culture telle que les connaissances, les identités, les pratiques, les valeurs, les normes, le prestige ou le stigmaté). Si dans toute forme d'analyse du social, il est question de relations, ici, la structure et la dynamique des relations constituent l'**objet à observer**.

En un sens, une telle approche fait suite à la conception du **capital social** tel que défini par Pierre Bourdieu. Pour ce dernier, le capital social est une ressource dont disposent les individus, une ressource composée de tous les contacts avec qui ils sont en relation ou pourraient avoir des relations - et par là, toutes les institutions, groupes, milieux sociaux, etc. -, auxquels ils ont accès, étant donné le capital social de chacun de ces contacts. Cette façon d'envisager le capital social a été discutée de deux façons. Il a été reproché à Bourdieu d'avoir sous-estimé, d'une part, l'intervention des individus sur leur capital social et, d'autre part, leur réflexivité sur le sujet. «Avoir un réseau», «se faire un réseau», «réseauter»: ces expressions de sens commun témoignent, par exemple, d'une certaine action sur le capital social et d'une conscience de ce capital social chez les acteurs sociaux. Parce qu'elle permet d'appréhender dans un même mouvement la dynamique relationnelle du réseau, la façon dont ce réseau détermine les possibilités des individus et leurs actions, en retour, sur le réseau, l'approche relationnelle apparaît comme une des manières d'intégrer ces questions théoriques à une pratique de recherche, soulignant la dimension indissociablement structurée et structurante des liens sociaux.

Enfin, la perspective relationnelle interroge ce qui est usuellement appelé le **contexte**. Aux phrases débutant par « dans un contexte... » (de restrictions budgétaires, de nouvelle gestion publique, de néolibéralisme, de standardisation des pratiques de soin, etc.), l'approche réseau tend à substituer une analyse pragmatique interrogeant la constitution de ce contexte : qui a fait quoi et par quels moyens ? Le contexte n'est pas un environnement à part, surplombant, externe au comportement individuel ou à la dynamique d'un réseau donné. Il est une série d'actions en chaîne, répercutée par chaque point du réseau. Par exemple, le « contexte organisationnel » influe sur l'accès à l'aide sociale par le biais d'une dynamique comprenant les relations hiérarchiques dans les organisations concernées, l'imposition de logiciels et la présence de manuels d'application de la loi mise à jour quotidiennement afin de tenir compte de toute éventualité. Le peu de marge de manœuvre que peut déployer un agent d'aide social pour répondre aux exigences face au nombre de cas traités eu égard aux résultats attendus. L'accès à l'aide sociale dépend ainsi d'un réseau complexe d'acteurs ou d'actants qui affectent directement et indirectement le comportement - et la décision - de l'agent auquel un demandeur d'aide fait face. De la même façon, le « contexte économique » dans lequel évolue une entreprise se concrétise dans les relations auxquelles elle participe directement ou indirectement : les relations interorganisationnelles (par exemple de compétition sur le marché), la dynamique des relations avec le réseau syndical, ou celle entre les réseaux d'affaires et les réseaux politiques qui les touchent à travers l'adoption de lois ou des régimes de taxation, leur place au sein des réseaux mondiaux de la finance, etc. Dans cette perspective, la **structure** (par exemple dans l'approche néo-institutionnaliste, les normes et autres contraintes) n'existe pas séparément ou en dehors des réseaux. Les normes sont, d'une part, transmises par certains acteurs et, d'autre part, appropriées par d'autres. Puis, dans la foulée, elles sont « traduites » ou interprétées et parfois manipulées à des fins qui ne sont pas prévues. Ces considérations transforment un contexte abstrait en rapport de force qui dépend du positionnement relatif des acteurs dans ses réseaux, mais également, de leur marge de manœuvre et de leur capacité à mobiliser des ressources ailleurs, dans d'autres réseaux.

Le présent ouvrage se donne comme objectif de documenter la pertinence de l'analyse relationnelle des réseaux pour la recherche sociale dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il offre aux lecteurs une gamme d'exemples et d'expérimentations en ce sens, illustrant la manière dont cette approche est utilisée à l'heure actuelle au Québec.

N'étant ni un manuel méthodologique ni un traité théorique, il cherchera plutôt à diffuser le paradigme relationnel comme un ensemble d'outils conceptuels et méthodologiques variés, utiles, flexibles, mais qui restent à interroger et à améliorer; ainsi, nous espérons susciter un intérêt pour cette perspective, en particulier parmi les nouveaux chercheurs. Les contributions de ce livre mettent notamment l'accent sur la capacité de cette approche à révéler des processus interactionnels et relationnels qui demeurent invisibles dans les analyses traditionnelles basées sur l'individualisme méthodologique (les traits et comportements associés aux individus), l'institutionnalisme (les arrangements normatifs) ou le positivisme empirique (l'analyse par variable). L'analyse relationnelle des réseaux offre une solution de remplacement pour étudier les liens interpersonnels et interorganisationnels, ainsi que les médiations qui sous-tendent les actions, leurs effets et la dynamique de leur évolution.

Afin de réaliser ce projet, nous avons mobilisé des auteurs d'horizons disciplinaires variés. Sociologues, spécialistes en évaluation de programme, psychologues, anthropologues et chercheurs en travail social y présentent leur utilisation particulière du concept de réseau comme méthode de recherche, inspiration théorique ou objet d'étude - ces trois possibilités organisant l'ouvrage en trois parties.

La première se centre sur **le réseau comme perspective méthodologique**. Elle s'ouvre sur le chapitre de Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob, qui y offrent une introduction très pédagogique aux concepts clés et à l'intérêt de l'analyse structurale de réseaux sociaux en évaluation de programme. À l'aide de divers exemples tirés de la littérature dans ce domaine, leur exposé permettra à tout lecteur intéressé par ce type d'analyse d'en acquérir les premières bases et de comprendre son utilité, autrement dit, de saisir à quelles questions de recherche peut répondre l'analyse de réseaux en particulier. Le deuxième chapitre invite, sous la plume de Deena White, à s'interroger sur les recherches-actions et les recherches participatives, c'est-à-dire des projets où les chercheurs se chargent d'accompagner les acteurs par la coconstruction de nouvelles connaissances répondant aux besoins exprimés par ces derniers. Montrant que la coconstruction de connaissances ne garantit pas systématiquement des retombées pertinentes et durables pour les communautés, Deena White propose de mobiliser plusieurs aspects de la théorie de l'acteur-réseau et de l'analyse des réseaux égocentriques et complets afin de favoriser la réflexivité des acteurs, aussi bien sur eux-mêmes que sur leur environnement de travail et sur les situations complexes auxquelles

ils sont quotidiennement confrontés. Michael Cantinotti, Alexandre Naud et Yan Kestens reprennent ensuite le flambeau méthodologique dans un horizon plus expérimental. Ils proposent d'utiliser des indicateurs provenant de l'analyse de réseaux dans les modélisations par cartographies conceptuelles. Ces cartographies consistent en des représentations graphiques de concepts tels qu'ils sont employés par un groupe social donné sur un sujet donné, et des proximités sémantiques entre ces idées. À partir de la production d'une carte conceptuelle par un groupe de cliniciens et de chercheurs en psychologie et en psychiatrie sur la problématique des jeux de hasard et d'argent, ces auteurs montrent comment les indicateurs provenant des analyses de réseaux favorisent l'interprétation des données (comparaison des agrégats d'idées selon le niveau de compréhension commune qui s'en dégage, exploration de l'hétérogénéité d'appartenance des idées d'un même agrégat, etc.).

La deuxième partie approche **le réseau comme inspiration théorique**. Nassera Touati, Charo Rodríguez et Jean-Louis Denis ouvrent la marche et se donnent pour but de produire un cadre théorique permettant d'analyser - et par là, de favoriser - les collaborations entre médecins dans le système de santé québécois. Pour ce faire, ils procèdent à une revue élargie de la littérature afin de recenser comment la collaboration entre médecins a été traitée et conceptualisée jusque-là. Alliant de nombreuses tendances théoriques, dont l'analyse de réseau, ils aboutissent à la proposition d'une « approche relationnelle » de la collaboration médicale, attentive à la fois aux dimensions cognitives, identitaires et politiques de ces collaborations. Baptiste Brossard tente quant à lui de développer une extension de l'approche interactionniste en sciences sociales, traditionnellement focalisée sur les relations de face à face, en y intégrant les apports récents des théories des réseaux. Il prend l'exemple des relations entre préposés aux bénéficiaires et résidents en centre d'hébergement afin de décrire comment chaque interaction mobilise un réseau d'acteurs impliqués plus ou moins directement, et donc un réseau d'interactions. Cette conceptualisation permet de penser de façon inédite ce qui est couramment appelé la « qualité des soins ». François Aubry, Louise Belzile, Olivier Moreau, Maxime Guillette et Paul Morin ferment cette partie théorique en posant la question suivante : comment font les organismes communautaires, et plus particulièrement ceux du domaine de la santé, pour recruter des bénévoles et les maintenir engagés dans la durée ? Ils recensent les travaux qui se sont attelés à la tâche de relever les facteurs qui favorisent l'engouement des citoyens pour le bénévolat, puis livrent

une perspective critique sur ce corpus en mobilisant la théorie de l'acteur-réseau, notamment la notion de traduction développée par Michel Callon. Ils montrent en définitive que l'analyse des multiples problématisations produites par les acteurs selon leur position dans un réseau donné constitue une clé pour comprendre comment les différents besoins de chaque acteur du bénévolat (bénévoles potentiels, bénévoles actifs et membres d'organisation) s'articulent et peuvent être mis en cohérence.

Dans la troisième partie, les auteurs saisissent **le réseau comme un objet d'étude**. Gabriel Girard se centre sur les réseaux militants et sanitaires de prévention du VIH dans une perspective comparative, puisque ses recherches se situent en France et au Québec. Cette histoire comparée interroge les conditions sociales d'émergence des réseaux. En effet, en mettant en perspective la création et le développement des réseaux du VIH (structurés par un équilibre mouvant entre médecins, activistes, communautés, etc.) avec les caractéristiques nationales des deux pays, Gabriel Girard peut analyser les différentes formes des réseaux en question au fil de l'épidémie, des premiers moments de «panique» aux premières thérapies, de l'attention au soin à l'accent mis sur la prévention. René Lachapelle retrace quant à lui l'histoire du secteur communautaire au Québec et examine la fonction prise par le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC) dans un contexte de réformes successives du système de santé. Il démontre que cette organisation en réseaux, parce qu'elle fonctionne en réseau, a permis aux intervenants communautaires de préserver leur mission d'origine, soit créer des liens entre la communauté et les institutions, et de perpétuer leur approche innovante des soins et de l'accompagnement social même si les politiques publiques tendent à décourager de telles initiatives. Nous prendrons de la distance grâce au chapitre de Pierre Minn, qui a pu observer la constitution d'un réseau d'aide médicale internationale à destination d'Haïti et ainsi étudier la composition, le fonctionnement et surtout les modalités pratiques de la communication (langues utilisées, configuration matérielle des réunions, etc.) dans ce réseau. Il trace le portrait d'un type d'organisation au potentiel prometteur, par la mutualisation des moyens qu'il permet, pour finalement signaler que de nombreuses limites compromettent la réalisation de ses objectifs initiaux, la principale étant l'exclusion indirecte des membres haïtiens d'une initiative censée aider leur pays.

Ainsi, le présent ouvrage ne constitue pas un bilan qui vanterait les avantages idéalisés d'une perspective que les chercheurs discutent toujours abondamment, quelle que soit leur discipline. Ce livre propose

plutôt une série de mises en pratique, de tâtonnements, d'expérimentations et de montages théoriques effectués par des chercheurs contemporains au Québec. Il montre cette pluralité de perspectives et de créativité qui caractérisent les interprétations variées de l'approche réseau dans les universités et les établissements de santé et services sociaux. Il se veut donc un encouragement et une source d'inspiration pour les recherches et innovations pratiques à venir.

## Bibliographie

- AUBRY, F. et L. POTVIN (dir.) (2012). *Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- BERKMAN, L. F. et T. GLASS (2000). «Social integration, social networks, social support, and health», *Social Epidemiology*, n° 1, p. 137-173.
- BILODEAU, A. et al. (2014). *Analyse des réseaux d'action locale pour le développement social dans neuf territoires montréalais*, Rapport de recherche, Montréal, Centre Léa-Roback.
- BOIVIN, R. (2013). *Drug Trafficking Networks in the World-Economy. Crime and Networks*, Londres et New York, Routledge.
- CALLON, M. et M. FERRARY (2006). «Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau», *Sociologies pratiques*, n° 13, p. 37-44.
- CARPENTIER, N. et D. WHITE (2001). «Le soutien social», dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux - Tome I: Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 277-304.
- CARPENTIER, N. et D. WHITE (2002). «Cohesion of the primary social network and sustained service use before the first psychiatric hospitalization», *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 29, n° 4, p. 404-418.
- CARRINGTON, P. J. (2011). «Crime and social network analysis», dans J. Scott et P. J. Carrington (dir.), *The Sage Handbook of Social Network Analysis*, Thousand Oaks, Sage, p. 236-255.
- CASTELLS, M. (1998). *La société en réseaux*, Paris, Fayard.
- CHAMBERS, D. et al. (2012). «Social network analysis in healthcare settings: A systematic scoping review», *PLOS ONE*, vol. 7, n° 8, e41911.
- CHANUT, C. et al. (2005). «L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé», *Santé publique*, vol. 17, n° 3, p. 403-415.
- CHRISTAKIS, N. A. et J. H. FOWLER (2007). «The spread of obesity in a large social network over 32 years», *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 4, p. 370-379.
- COHEN, S., B. H. GOTTLIEB et L. G. UNDERWOOD (2000). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, Oxford, Oxford University Press.
- DALY, A. J. (2010). *Social Network Theory and Educational Change*, Harvard, Harvard Education Press.
- DÉCARY-HÉTU, D. et B. DUPONT (2012). «The social network of hackers», *Global Crime*, vol. 13, n° 3, p. 160-175.
- DEGENNE, A. et M. FORSÉ (2004). *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin.

- EBERLE, J., K. STEGMANN et F. FISCHER (2015). «Moving beyond case studies: Applying social network analysis to study learning-as-participation», *Learning: Research and Practice*, vol. 1, n° 2, p. 100-112.
- EVE, M. (2002). «Deux traditions d'analyse des réseaux sociaux», *Réseaux*, n° 5, p. 183-212.
- FATTORE, G. et al. (2009). «Social network analysis in primary care: The impact of interactions on prescribing behaviour», *Health Policy*, vol. 92, n° 2, p. 141-148.
- GOTTLIEB, B. H. (1981). «Social networks and social support in community mental health», *Social Networks and Social Support*, n° 4, p. 11-42.
- ISETT, K. R. et al. (2011). «Networks in public administration scholarship: Understanding where we are and where we need to go», *Journal of Public Administration Research and Theory*, n° 21, p. 57-73.
- KILDUFF, M. et W. TSAI (2003). *Social Networks and Organizations*, Thousand Oaks, Sage.
- LATOUR, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte.
- LAZEGA, E. (2014). *Réseaux sociaux et structures relationnelles*, Paris, Presses universitaires de France.
- LECY, J. D., I. A. MERGEL et H. P. SCHMITZ (2014). «Networks in public administration: Current scholarship in review», *Public Management Review*, vol. 16, n° 5, p. 643-665.
- LEMIEUX, V. et M. OUIMET (2004). *L'analyse structurale des réseaux sociaux*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- LUKE, D. A. et J. K. HARRIS (2007). «Network analysis in public health: History, methods, and applications», *Annual Review of Public Health*, n° 28, p. 69-93.
- MERCKLÉ, P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte.
- MISCHE, A. (2011). «Relational sociology, culture, and agency», dans J. Scott et P. J. Carrington (dir.), *The Sage Handbook of Social Network Analysis*, Thousand Oaks, Sage, p. 80-97.
- MORRISSEY, J. P. (1992). «An interorganizational network approach to evaluating children's mental health service systems», *New Directions for Program Evaluation*, n° 54, p. 85-98.
- MÜTZEL, S. (2009). «Networks as culturally constituted processes: A comparison of relational sociology and actor-network theory», *Current Sociology*, vol. 57, n° 6, p. 871-887.
- PESCOSOLIDO, B. (2001). «The role of social networks in the lives 19 of persons with disabilities», dans G. L. Albrecht, K. D. Seelman et M. Bury (dir.), *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks, Sage, p. 468-489.
- PESCOSOLIDO, B. A., C. B. GARDNER et K. M. LUBELL (1998). «How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers"», *Social Science & Medicine*, vol. 46, n° 2, p. 275-286.
- POIRIER, L.-R. et al. (2001). *Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté*, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation.
- PROVAN, K. G. et H. B. MILWARD (1995). «A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems», *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, n° 1, p. 1-33.
- PROVAN, K. G. et al. (2004). «Network analysis as a tool for assessing and building community capacity for provision of chronic disease services», *Health Promotion Practice*, vol. 5, n° 2, p. 174-181.
- SCOTT, J. et P. J. CARRINGTON (dir.) (2011). *The Sage Handbook of Social Network Analysis*, Thousand Oaks, Sage.

- SMALL, M. L. (2009). *Unanticipated Gains: Origins of Network Inequality in Everyday Life*, Oxford, Oxford University Press.
- VALENTE, T. W. (2010). *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*, Oxford, Oxford University Press.
- VALENTE, T. W. (2012). «Network interventions», *Science*, vol. 337, n° 6090, p. 49-53.
- WALLSTON, B. S. *et al.* (1983). «Social support and physical health», *Health Psychology*, vol. 2, n° 4, p. 367-391.



PARTIE 1 /

# **LE RÉSEAU COMME PERSPECTIVE MÉTHODOLOGIQUE**



# **L'analyse de réseaux sociaux en évaluation de programme: une introduction**

*Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob*

---

De nos jours, la formation de partenariats ou de réseaux d'organisations tend à s'imposer en tant que principe d'action. La recherche d'une concertation et d'une complémentarité d'acteurs d'horizons divers qui mettent en commun leurs expertises et leurs ressources permet d'affronter collectivement des problèmes complexes. En même temps, la pluralité des acteurs, des organisations et des secteurs entraîne la multiplication des points de vue et, conséquemment, des occasions de conflit (Leclerc et Lessard, 2016). L'analyse et la compréhension de tels réseaux sociaux suscitent un vif engouement en sciences sociales et en santé publique comme champ d'études interdisciplinaires.

En évaluation de programme, il est essentiel de décrire et de comprendre la structure complexe du système ou de l'organisation qui fait l'objet d'une évaluation. L'analyse de réseaux est une approche conceptuelle et méthodologique utile à cette fin, en cela qu'elle permet d'étudier la nature et la dynamique des relations entre les parties prenantes d'un programme (Kochan et Teddlie, 2005). Il ne faut pas confondre l'analyse de réseaux avec la modélisation logique (Durland et Fredericks, 2005a). En effet, l'analyse de réseaux révèle la structure d'une organisation au-delà de la simple représentation graphique des composantes d'un programme (que sont les intrants, activités, extrants et résultats) comme le fait la modélisation logique. Elle reflète ce qui se passe sur le plan relationnel dans un programme, par opposition au modèle logique qui indique plutôt ce qui devrait se passer en théorie.

L'analyse de réseaux se fonde sur le postulat que les acteurs sociaux se caractérisent par leurs relations plutôt que par leurs attributs (Mercklé, 2004). Les « acteurs » en question peuvent être des individus ou des organisations et les « relations », des interactions de natures diverses. L'analyse de réseaux permet d'observer, de qualifier et de quantifier les caractéristiques du réseau dans son ensemble, mais également de définir les propriétés de sous-groupes ou d'acteurs en particulier.

Ce type d'analyse a d'abord été appliqué par des chercheurs de nombreuses disciplines, dans des domaines très variés, avant d'être utilisé en évaluation de programmes et de pratiques, aussi bien dans le domaine de l'éducation (Penuel *et al.*, 2006), de la lutte contre les disparités sociales de santé (Gold, Doreian et Taylor, 2008), de la prévention de la violence en milieu scolaire (Cross *et al.*, 2009), des partenariats gouvernementaux de contrôle du tabac (Harris *et al.*, 2008), des collaborations interdisciplinaires (Haines, Godley et Hawe, 2011) que dans celui des pratiques de santé (Mascia, Cicchetti et Damiani, 2013; Yousefi-Nooraie, Dobbins et Marin, 2014). Bien que l'utilisation de la technique en évaluation ait incontestablement augmenté au cours des dernières années, une recension des écrits faite en juin 2014 dans six revues de premier plan en évaluation montre qu'elle n'a pas encore été pleinement explorée dans ce domaine et que beaucoup de chemin reste à parcourir pour la faire connaître aux évaluateurs<sup>1</sup>.

Ce chapitre constitue une introduction à l'analyse de réseaux, appliquée à l'évaluation de programmes et de pratiques, mais qui pourra servir aux lecteurs de toute discipline souhaitant se familiariser avec cette approche. Après un bref rappel des principaux concepts de l'analyse de réseaux, illustrés par des données tirées des travaux des auteurs, il discute de ses utilisations possibles en évaluation et présente des exemples d'application tirés de la littérature récente. Il se termine par une section fournissant quelques ressources méthodologiques pour les évaluateurs.

---

1 Bien que l'occurrence des mots « *social network analysis* » ait été notée dans plusieurs textes, et ce, dès 1981 dans la revue *Evaluation and Program Planning*, encore peu d'articles ont réellement approfondi ce sujet. Aucun article n'a d'ailleurs encore été publié dans la *Revue canadienne d'évaluation de programme*. En revanche, la revue *New Directions for Evaluation* de l'Association américaine d'évaluation y a consacré un numéro entier en 2005.

## 1 / Concepts et technicités de l'analyse de réseaux

L'analyse de réseaux se démarque des méthodes d'analyse traditionnelles par le fait qu'elle s'intéresse moins aux attributs des individus ou des organisations qu'aux relations que ceux-ci entretiennent dans le réseau dont ils font partie. Ainsi, les phénomènes d'intérêt pour le chercheur ou l'évaluateur ne seront pas considérés comme le résultat des acteurs sociaux en tant qu'entité propre, mais plutôt comme celui de leur position dans leur réseau, position qui détermine des possibilités et des contraintes. Cette section rappelle quelques concepts et technicités de l'analyse de réseaux nécessaires à la compréhension des exemples d'application qui suivront.

Un réseau social se compose d'un ensemble d'acteurs appelés **nœuds**, tels que des individus, des groupes d'individus ou des organisations, possiblement reliés entre eux par les liens qui représentent leurs relations directes ou indirectes. On pourra ainsi parler de **dyades** (deux acteurs et leurs liens), de **triades** (trois acteurs et leurs liens) et de **cliques** (tout sous-groupe d'au moins trois acteurs interconnectés).

Selon le type de données collectées, il est possible d'examiner, par exemple, le nombre d'acteurs auxquels un acteur est lié, le nombre total de liens dans le réseau, les types d'interaction entre les acteurs (par exemple le partage de ressources ou d'information) et la **force** de chaque relation. Cette dernière notion peut renvoyer à la fois à l'intensité de la relation, à la fréquence des contacts ou des types d'interaction ainsi qu'à la confirmation des liens (Provan, Veazie et Staten, 2005).

Typiquement, les liens entre les nœuds peuvent être qualifiés de **confirmés** (ou symétriques) si les acteurs concernés ont tous deux indiqué avoir un lien avec l'autre. Les liens peuvent être dits **orientés** (ou asymétriques) si le sens des relations entre les nœuds est orienté vers un nœud particulier, comme dans le cas de référence d'utilisateurs d'une organisation à une autre. Certaines données peuvent également indiquer le **niveau de confiance** que chaque acteur manifeste dans ses relations avec tous les autres ou aux avantages et aux inconvénients perçus de sa participation dans le réseau. Enfin, on désigne par **multiplicité** les multiples formes d'interaction que peuvent prendre les relations existantes entre les acteurs.

Des logiciels d'analyse de réseaux, tels qu'UCINET, permettent de produire une série de cartes qui illustrent la structure relationnelle des réseaux étudiés, communément appelée **sociogramme**, et de calculer différents indicateurs centrés sur des acteurs en particulier ou sur le réseau dans son ensemble.

## 2 / Concepts de base appliqués à l'étude d'un cas

Dans cette section, nous montrerons comment ces différents concepts de l'analyse de réseaux peuvent être appliqués au moyen d'un cas concret, une recherche évaluative en cours auprès d'un réseau de partenaires communautaires et institutionnels, à laquelle participent le Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (CSSS), le CSSS du Suroît, le Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry, le Service alimentaire communautaire de Valleyfield et la Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry. L'objectif de cette recherche est d'arriver à une meilleure intégration de l'action intersectorielle des partenaires dans le but d'améliorer les pratiques collaboratives, la coordination des acteurs locaux et la complémentarité des interventions. L'enjeu est en définitive de mieux répondre aux besoins globaux des usagers des services de sécurité alimentaire en matière de prise en charge, d'accessibilité et d'adéquation des services fournis.

Cette recherche interroge donc les liens constitués par l'organisation des réseaux de services. Pour réaliser ces objectifs, nous avons eu recours à l'analyse d'un réseau **sociocentrique** constitué des relations régulières que chaque organisation a établies avec les autres au cours de l'année précédant la collecte des données. Les données ont été recueillies auprès de chaque organisation au moyen de l'outil reproduit à l'annexe 1.1. Dans le langage de l'analyse de réseaux, on dénomme **générateur de noms** un tel outil ayant pour but de répertorier les relations entre les acteurs. La liste des vingt organisations inscrites sur le formulaire a été produite par les membres du comité réuni pour piloter l'évaluation. Un représentant de chaque organisation interrogée a donc noté ses relations avec les autres organisations du réseau à partir d'une liste identique d'organisations. Le formulaire précise quatre types de relation que les organisations peuvent établir entre elles, à savoir des liens à travers l'échange d'information, le partage de ressources, l'orientation d'usagers vers une organisation et l'accueil d'usagers en provenance d'une autre organisation.

Il en résulte la figure 1.1, réalisée au moyen du logiciel d'analyse de réseaux ORA, qui illustre la structure relationnelle des partenaires communautaires et institutionnels des quatre types de relations étudiés au Suroît (la combinaison de ces réseaux de relations est appelé **métaréseau**). Chaque nœud de la figure représente une organisation et chaque ligne représente une relation, quelle qu'elle soit, entre deux organisations - il s'agit d'un réseau multiplexe puisque ces quatre types de relations ont été inclus. Seuls les noms ont été remplacés par des nombres afin de préserver l'anonymat des organisations.

Les figures 1.2 à 1.4 décomposent le métaréseau de la figure 1.1 en graphes simples ou **uniplexes**, où un seul type de relation est considéré. Les sociogrammes montrent le réseau de relations de type échange d'information (figure 1.2), partage de ressources (figure 1.3) et références d'utilisateurs (figure 1.4) combinant, dans ce dernier cas, l'orientation d'utilisateurs vers une organisation et l'accueil d'utilisateurs référés par une organisation.

FIGURE 1.1 / **Sociogramme du métaréseau (quatre réseaux simples superposés) formé des relations entre les organisations du Suroît**

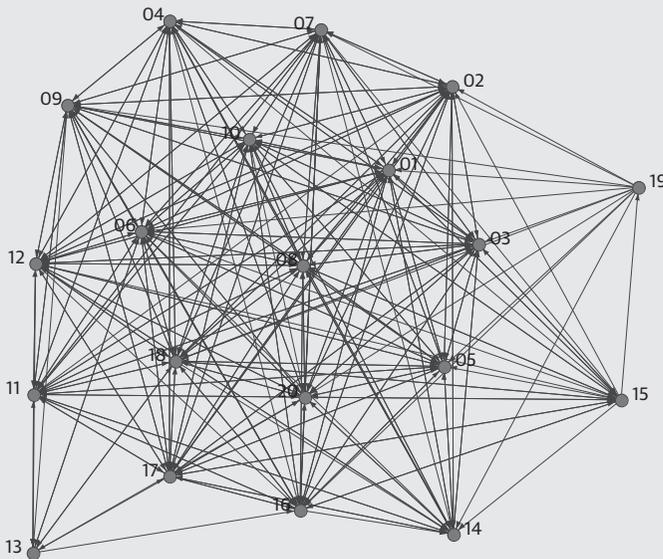


FIGURE 1.2 / Réseau de relations de type échange d'information

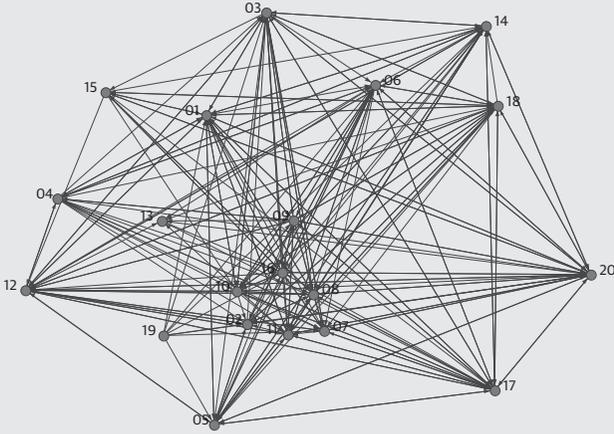


FIGURE 1.3 / Réseau de relations de type partage de ressources

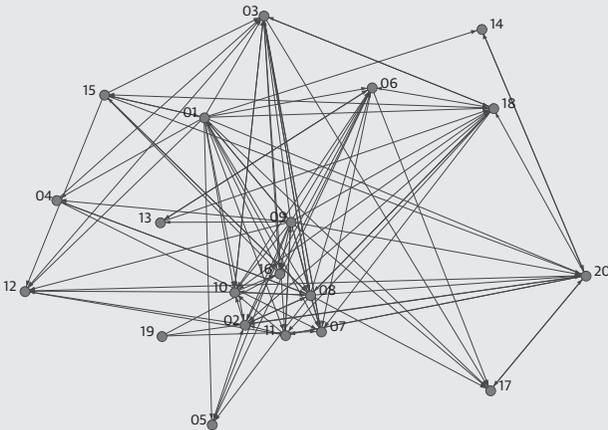
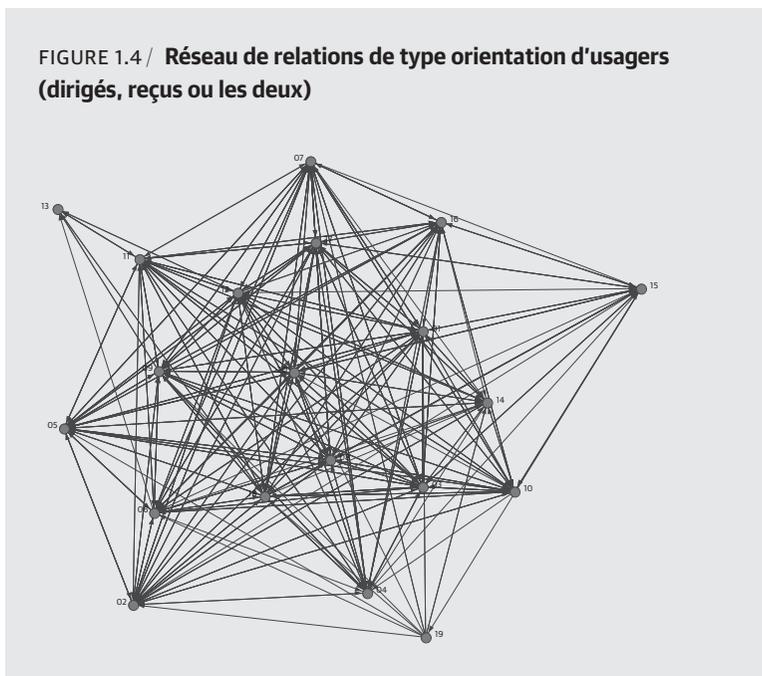


FIGURE 1.4 / Réseau de relations de type orientation d'usagers (dirigés, reçus ou les deux)



Un bref examen des figures 1.2 à 1.3 montre un entrelacement relativement dense de relations entre les organisations, et ce, davantage pour le partage d'information et l'orientation d'usagers que pour le partage de ressources. Par ailleurs, il est possible d'apercevoir dans les trois figures un regroupement de sept organisations beaucoup plus centrales que les autres.

L'analyse de la visualisation des réseaux des sociogrammes peut être bonifiée par des statistiques descriptives destinées à caractériser la structure d'un réseau social (tableau 1.1). La **densité** indique la proportion de liens existants entre les organisations du réseau par rapport au nombre total de liens possibles (Valente, 2010). Si chaque organisation était liée directement avec chaque autre, la densité de degré du réseau serait de 100%. La densité varie évidemment en fonction du type de relation considéré. Par exemple, on note au tableau 1.1 que près de trois organisations sur quatre (73,5%) sont liées par l'orientation d'usagers, mais proportionnellement moins partagent des ressources (27,1%). Alors que

TABLEAU 1.1 / **Caractéristiques des relations existantes entre les organisations du Suroît**

Relations	Densité de degré (%)	Centralité de degré (%)	Centralité d'intermédialité (%)	Réciprocité (%)
Métaréseau (figure 1.1)	80,5	18,5	9,4	81,1
Échange d'information (figure 1.2)	63,9	28,4	3,9	59,9
Partage de ressources (figure 1.3)	27,1	25,4	16,2	18,4
Orientation d'utilisateurs (figure 1.4)	73,5	18,9	7,9	80,4

les organisations se recommandent réciproquement des usagers, le faible partage de ressources pourrait indiquer l'existence de contraintes relationnelles importantes limitant l'assistance mutuelle.

En règle générale, certains acteurs (personnes ou organisations, selon le cas) jouent un rôle plus important que d'autres dans un réseau. Ces acteurs occupent une position avantageuse ou stratégique en raison de leur position, de leurs contacts, de leurs rôles, de leur influence ou de leur notoriété. Cette notion est représentée en analyse de réseau par divers indicateurs de **centralité** (Valente, 2010). Parmi ceux-ci, la **centralité de degré** représente la forme la plus simple de centralité. Elle est basée sur l'idée que la centralité d'un acteur dans un groupe dépend du nombre total d'acteurs qu'il connaît ou avec lesquels il interagit directement. À la centralité de degré, on peut ajouter la **centralité de prestige** et la **centralité de pouvoir** en distinguant les liens entrants (degré entrant) des liens sortants (degré sortant). La façon la plus simple de mesurer la centralité de prestige et la centralité de pouvoir est de calculer le degré entrant, qui représente le nombre de liens directs vers un nœud, et le degré sortant, qui est estimé par le nombre de liens sortant d'un nœud, dans la direction d'autres nœuds.

La **centralité d'intermédialité** est une autre mesure de centralité. Elle représente la propension d'un acteur à servir d'intermédiaire à deux autres et, de là, à contrôler l'information. Lorsqu'un acteur a une forte centralité d'intermédialité, un grand nombre d'interactions entre des

acteurs non adjacents dépendent de lui. Il est alors très probable qu'il possède une position stratégique dans le réseau et dans la circulation de l'information. La centralité d'intermédiation est parfois utilisée comme mesure du capital social d'un acteur : plus un individu est intermédiaire, plus son capital social sera important. Compris comme représentant les «ressources» qu'un acteur peut mobiliser à travers son réseau (Mercklé, 2004), un nœud jouant un rôle d'intermédiaire (reliant d'autres nœuds ensemble sans que ces derniers soient liés eux-mêmes) est plus à même de se connecter à une variété de contacts et d'expériences sociales, et de multiplier ses voies d'information et de communication en cas de besoin.

Sur le plan global, les scores de centralisation indiquent à quel point un réseau est centré sur quelques personnes ou à quel point il se trouve «influencé» par celles-ci. Dans le cas du Suroît, par exemple, le réseau d'échanges d'information est le plus centralisé des quatre réseaux examinés sur le plan de la centralité de degré (plus grand nombre de liens directs), mais le moins centralisé quant à la centralité d'intermédiation (moins grand nombre de liens indirects). Ainsi, l'analyse de la centralité de degré révèle que c'est dans le réseau d'échanges d'information que les acteurs communiquent le plus entre eux, alors que celle de la centralité d'intermédiation montre le peu d'influence qu'ont ces échanges sur l'information. Dans ces circonstances, une organisation qui voudrait imposer une façon de faire différente de celle développée par le partenariat aurait bien du mal à y arriver.

À quelles interrogations permet de répondre une analyse de réseau? Pour aller plus loin, nous nous inspirerons de Provan *et al.* (2005), qui ont élaboré une série de huit questions génériques (reproduites à l'annexe 1.2) pour guider l'analyse de réseaux et décrire les relations d'un partenariat. Nous en reprendrons quatre.

## 2.1/ **Quelles sont les organisations les plus centrales dans le réseau?**

La position des organisations et leurs interactions avec les autres peuvent être quantifiées et comparées entre elles. Le tableau 1.2 présente la position des vingt organisations du réseau du Suroît selon différentes mesures de centralité relatives aux relations de type orientation d'usagers. Par exemple, la centralité de degré veut que celui qui a le plus grand nombre de liens directs soit considéré comme celui qui est le plus actif à créer des contacts pour orienter les usagers dans le réseau. Selon cette définition et les données du tableau 1.2, le centre du réseau serait constitué des

organisations n<sup>os</sup> 3 et 18, à savoir les nœuds dans le sociogramme de la figure 1.3 ayant le plus de connexions. À l'opposé, l'organisation n<sup>o</sup> 13 est en contact avec quelques autres seulement. Par ailleurs, le centre, selon la notion de centralité d'intermédiarité, est l'organisation qui peut servir le plus souvent d'intermédiaire aux autres acteurs pris deux à deux. L'organisation ayant la plus forte centralité d'intermédiarité est ainsi la n<sup>o</sup> 15 (tableau 1.2), dont la valeur associée (9,9%) demeure néanmoins faible. On comprend que le réseau comporte peu d'acteurs intermédiaires puisque sa densité est élevée et que l'intermédiarité est faible pour des organisations déjà directement connectées entre elles.

**TABLEAU 1.2 / Mesures de centralisation du réseau de relations de type orientation d'usagers (dirigés, reçus ou les deux) entre les organisations du Suroît**

Rang	Centralité de degré		Centralité d'intermédiarité		Centralité de pouvoir		Centralité de prestige
	(%)	Acteur	(%)	Acteur	(%)	Acteur	(%)
1	82,9	3	9,9	15	89,5	12	81,6
2	82,9	18	6,7	14	89,5	18	81,6
3	81,6	17	5,9	11	86,8	3	81,6
4	80,3	8	5,5	6	86,8	17	81,6
5	78,9	1	4,8	10	84,2	1	81,6
6	78,9	7	3,1	4	84,2	9	78,9
7	78,9	9	2,6	2	84,2	11	76,3
8	77,6	5	1,7	7	81,6	7	76,3
9	77,6	12	1,7	20	78,9	8	76,3
10	77,6	20	1,4	1	73,7	5	73,7
11	76,3	11	1,3	16	73,7	20	73,7
12	71,1	2	1,1	18	68,4	2	73,7
13	71,1	6	0,8	8	63,2	10	68,4
14	65,8	16	0,5	3	60,5	6	65,8
15	64,5	10	0,4	5	55,3	4	65,8
16	56,6	4	0,4	9	50,0	16	57,9
17	44,7	14	0,4	19	42,1	15	57,9
18	40,8	15	0,2	12	31,6	14	39,5
19	17,1	19	0,1	17	31,6	19	23,7
20	13,2	13	-	-	2,6	13	2,6

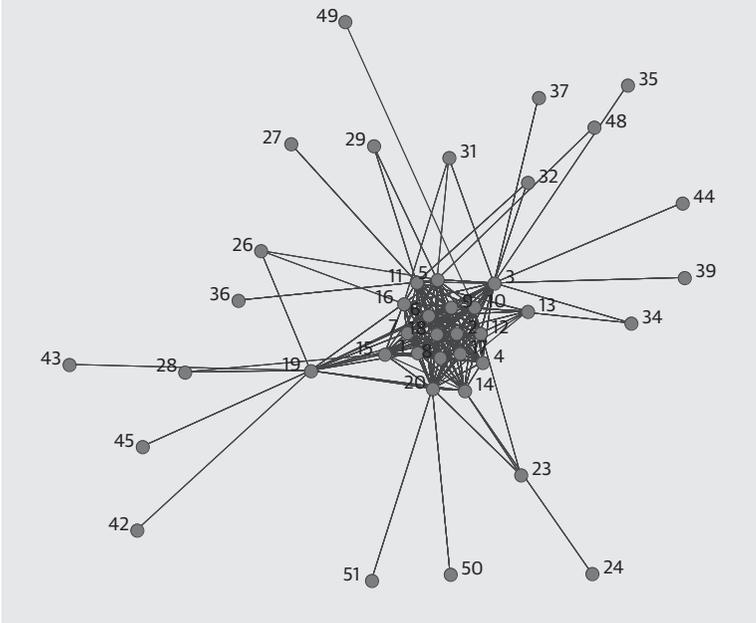
Il pourrait être utile de comparer les résultats des indicateurs de centralité aux perceptions des membres d'un réseau quant à l'importance des organisations partenaires pour résoudre les problèmes à l'origine du partenariat. Identifier une organisation détenant un mandat important par rapport à l'objectif principal de concertation du partenariat et qui, tout compte fait, ne se révélerait pas un acteur central dans le réseau fournirait une information précieuse dans l'analyse de son efficacité et dans l'élaboration de stratégies pour l'améliorer. Il convient de préciser que certaines structures plus lâches (par exemple composées de personnes avec lesquelles un acteur n'a que des relations occasionnelles) peuvent parfois être plus efficaces qu'un réseau dans lequel tous travaillent en étroite collaboration. L'efficacité d'un partenariat ne dépend pas uniquement du nombre d'acteurs connus, mais davantage de la capacité à mobiliser les bons interlocuteurs en cas de besoin.

## 2.2/ **Certains membres du réseau ont-ils des liens avec des organisations externes qui pourraient profiter aux autres membres?**

Déterminer les acteurs concernés par une analyse de réseaux ou faisant partie d'un réseau donné pose certaines difficultés. Dans l'exemple du Suroît, la liste initiale des organisations collaboratrices indiquées dans le formulaire a été dressée par les membres du comité d'évaluation. Le formulaire (annexe 1.1) invitait néanmoins les répondants à compléter cette liste en y ajoutant le nom d'autres organisations avec lesquelles leur organisation entretenait des relations régulières. Comme le montre la figure 1.5, plusieurs autres organisations ont été relevées par les répondants (le noyau dense au centre correspond à celui du réseau de la figure 1.1).

Certains répondants ont indiqué plusieurs autres organisations manquantes (par exemple, l'organisation 19, du côté gauche du graphe) et certaines organisations manquantes ont été nommées par plus d'un répondant (par exemple, l'organisation 26, du côté gauche du graphe). Un examen de la fréquence d'identification de ces organisations et de la nature des liens notés pourrait permettre d'améliorer l'exhaustivité du réseau construit. Des organisations importantes pourraient avoir été omises. Afin de compléter cette analyse, les organisations relevées par les membres du réseau pourraient également être considérées et comparées à celles identifiées par les usagers interrogés.

**FIGURE 1.5 / Sociogramme du métaréseau formé des relations entre les organisations du Suroît, auxquelles ont été ajoutées les autres organisations supplémentaires identifiées par certains répondants**



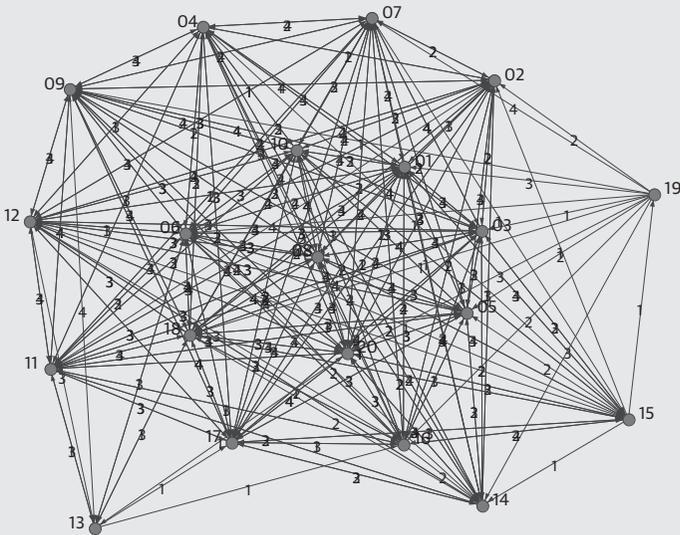
### 2.3 / **Est-ce que les relations entre les différentes organisations ont toutes la même force?**

La force des relations peut être approchée de différentes façons, notamment par la nature des liens, la confirmation des liens ou le nombre de liens présents simultanément. Les liens confirmés sont considérés comme des indicateurs fiables de l'activité d'un réseau, bien que les liens non confirmés puissent être utiles pour signaler l'existence de liens à renforcer. Dans notre exemple du Suroît (tableau 1.1), au moins 80% des relations relatives à l'orientation d'utilisateurs entre paires d'organisations se sont révélées être des relations confirmées par les répondants

concernés. À l'opposé, à peine 18% des relations basées sur le partage de ressources se sont révélées attestées. Notons que la notion de partage de ressources pourrait avoir été comprise différemment par les personnes sondées.

La force des liens peut également être définie selon la notion de **multi-plexité**. Dans pareil cas, les liens entre les nœuds qui servent à plusieurs sortes d'échange sont jugés plus forts que ceux qui renvoient à un seul type. À cet égard, la figure 1.6 représente à nouveau le métaréseau de relations entre les vingt organisations du Suroît, mais en indiquant cette fois le nombre de relations qui unissent les paires de nœuds. Le chiffre 4, par exemple, indique que les quatre types de relation sont présents. En évaluation de programme, calculer la force des relations permet de se demander si les relations sont suffisamment fortes entre les organisations et s'il faut les renforcer.

FIGURE 1.6 / Sociogramme du métaréseau illustrant la multiplicité des relations entre les 20 organisations du Suroît

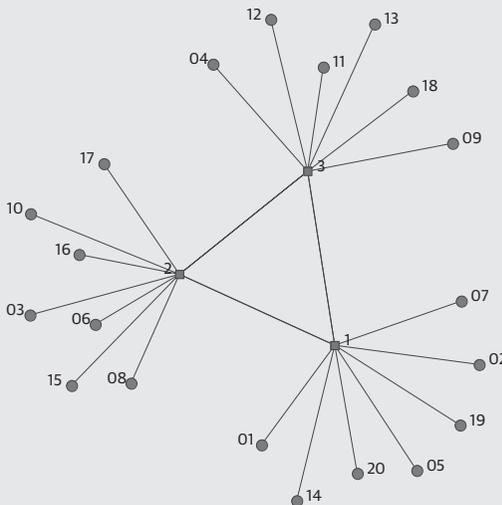


2.4 / **Existe-t-il des regroupements d'organisations à l'intérieur du réseau qui détiennent des relations fortes?**

L'un des intérêts de l'analyse de réseaux est l'identification de cliques. Ce sont des petits groupes d'organisations qui partagent de solides relations entre eux, quoique chaque groupe puisse n'être que faiblement relié aux autres membres du réseau. Il se révèle important d'identifier les membres engagés dans les petits groupes d'organisations, puis de déterminer si les activités et les objectifs du réseau dans son ensemble peuvent être réalisés par le biais de cliques existantes - afin de servir adéquatement la communauté plutôt qu'un groupe de clients en particulier.

Pour assurer la diffusion d'informations à toutes les organisations et assurer une représentation élargie de tous les principaux groupes d'intérêt, il peut être utile d'inclure au moins un membre de chaque clique dans le processus de décision. Cette façon de faire peut aider à relever des liens de raccordement possibles en vue de développer un partenariat efficace axé sur l'atteinte du but commun.

**FIGURE 1.7 / Cliques (1-3) présentes dans le réseau de relations de type orientation d'usagers entre les organisations du Suroît**



La figure 1.7 dévoile trois cliques présentes dans le réseau de relations de type orientation d'usagers entre les organisations du Suroît. Elles correspondent à la présence d'organisations plus fortement connectées entre elles qu'avec les autres organisations du réseau; ces cliques affichent une densité interne plus forte que le graphe dans son entier. Concrètement, ces cliques peuvent représenter des groupes d'organisations ayant des activités ou des intérêts communs. Dans le cas présent, par exemple, on note que les deux organismes ayant pour vocation de lutter contre l'insécurité alimentaire (organisations n<sup>os</sup> 2 et 18) appartiennent à des grappes distinctes. Cette observation est une piste qui invite à un examen plus approfondi.

### 3 / Exemples d'application tirés de la littérature

#### 3.1 / Exemple 1. Compréhension des relations sociales préexistantes dans un milieu donné

La planification d'un programme constitue en soi une forme d'évaluation qui est effectuée avant que le programme ne soit effectivement implanté (Posavac et Carey, 1992). La compréhension des relations sociales préexistantes dans un milieu donné est déterminante en promotion de la santé pour identifier des acteurs importants et pour les encourager à se rallier à des interventions; c'est ce que Valente (2010) appelle les **réseaux interventionnels**.

L'équipe de Hawe et de Ghali (2008) a eu recours à une analyse de réseaux pour identifier les personnes clés parmi les enseignants d'une école et les autres membres du personnel dont il serait bénéfique d'obtenir la collaboration avant d'implanter une intervention de promotion de la santé mentale. L'analyse de réseaux leur a permis de répondre à ces questions: quelles personnes jouent un rôle prépondérant dans le réseau de l'école? Qui sont les mentors consultés par les membres? Quelle est l'intensité de leurs relations? À quels acteurs devrait-on faire appel en priorité?

Une cinquantaine d'employés (18 membres du personnel de soutien et 32 enseignants, incluant le directeur et le directeur adjoint) ont rempli un questionnaire autoadministré dans lequel il leur était demandé d'indiquer parmi cinq types de relations possibles toutes celles qu'ils entretenaient avec chaque autre membre de l'école: connaître la personne par son nom; connaître plus personnellement la personne (connaître des

renseignements personnels à son sujet comme le nom d'un membre de sa famille); converser régulièrement avec la personne (plus que seulement dire «bonjour»); solliciter des conseils auprès de la personne sur des questions relatives au travail; socialiser avec la personne à l'extérieur de l'école. Les auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des cinq réseaux ainsi construits et sur la position de leurs membres dans chacun de ces réseaux.

La densité des liens pour chacune des cinq relations et les scores de centralisation apparaissent dans le tableau 1.3. La densité de la connaissance d'une personne par son nom est de 66%, soit le score le plus élevé, par contraste avec la socialisation qui est de 6%. La densité représente, comme nous l'avons vu, le nombre de liens entre les personnes du réseau, exprimé en pourcentage de tous les liens possibles. Les scores de centralisation indiquent par ailleurs à quel point un réseau est centré autour de quelques personnes. Ici, le réseau de recherche de conseils est le plus fortement centralisé, à la fois en matière de centralité de degré (plus grand nombre de liens directs) et de centralité d'intermédiarité (plus grand nombre de liens indirects par l'intermédiaire de liens directs).

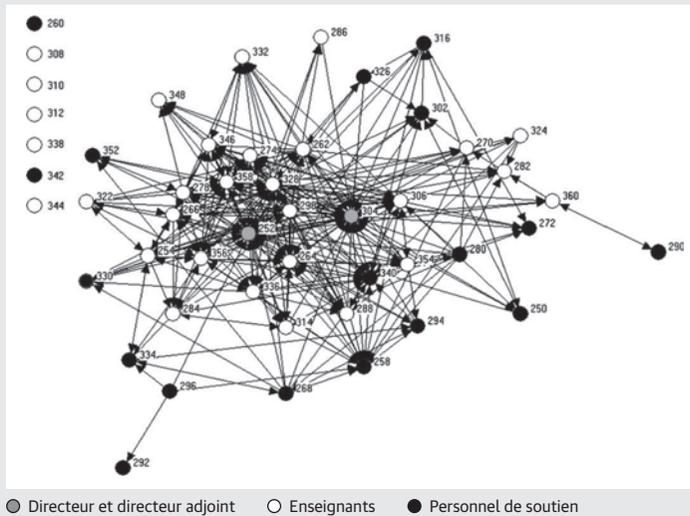
La figure 1.8 montre le réseau sociocentrique de recherche de conseils basé sur des liens confirmés, c'est-à-dire validés par les deux personnes concernées.

**TABLEAU 1.3 / Caractéristiques des relations existantes dans une école albertaine**

Relation	Densité de degré (%)	Centralité de degré (%)	Centralité d'intermédiarité (%)
Connaissance du nom de la personne	65,9	27,4	1,47
Connaissance plus personnelle de la personne	29,0	38,9	4,64
Conversations régulières	25,5	39,3	4,8
Demande de conseils	15,2	54,0	23,4
Socialisation à l'extérieur de l'école	5,9	19,4	14,4

Source: Hawe et de Ghali, 2008, p. 66.

FIGURE 1.8 / Réseau sociocentrique de recherche de conseils basé sur des liens confirmés



Source: Hawe et de Ghali, 2008, p. 66.

L'analyse de cette figure et des indicateurs associés permet d'établir un certain nombre de constats :

- 5 enseignants et 2 membres du personnel de soutien sont complètement isolés et ne sollicitent l'aide de personne dans le réseau ;
- la proportion de liens de réciprocité, de 29%, indique que la plupart des relations sont à sens unique ;
- le score de centralité du directeur et du directeur adjoint, respectivement de 76 % (37 liens directs) et de 71 % (35 liens directs), révèle que ces derniers occupent une position centrale en matière de recherche de conseils dans l'école ;
- la secrétaire (n° 340 dans la figure) représente la personne qui possède le plus de centralité de degré parmi le personnel de soutien ;

- la centralité d'intermédiation du directeur est 4 fois plus élevée que celle de son adjoint;
- le personnel de soutien occupe des positions relativement périphériques tandis que les enseignants occupent des positions diverses (certains nettement plus centraux que d'autres).

De façon générale, les individus les plus centraux dans un réseau occupent des positions privilégiées dans les échanges, notamment par rapport à ceux placés en périphérie. Nous suggérons que la centralité est liée à l'influence des acteurs. La centralité de degré mesure ainsi la capacité d'un acteur à communiquer, indépendamment de la centralité des individus auxquels il est directement lié. Par ailleurs, évaluer la centralité d'intermédiation permet de montrer qu'un individu peut à la fois être faiblement connecté aux autres et servir d'intermédiaire dans bon nombre d'échanges entre les autres membres du groupe, ce qui lui confère une position stratégique grâce à laquelle il influence potentiellement la communication.

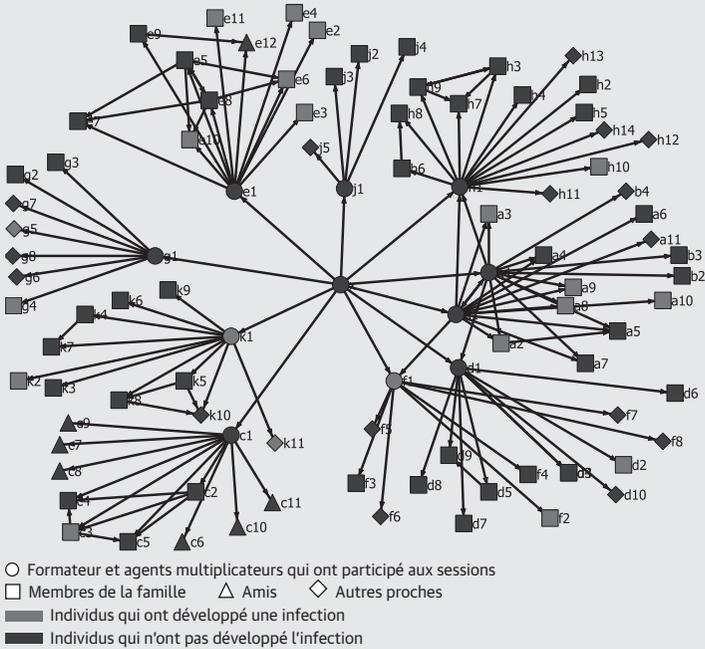
### 3.2/ Exemple 2. Prévention du risque de propagation d'agents pathogènes

La méthode d'analyse de réseaux sociaux est déjà grandement utilisée en épidémiologie et en médecine infectieuse pour étudier le risque de diffusion d'agents pathogènes à travers un réseau de contacts. C'est le cas notamment pour des maladies infectieuses telles que le VIH/sida ou la tuberculose.

Une telle application a été adoptée dans l'étude de type « avant-après » réalisée par l'équipe de Márquez-Serrano (2012) dans le contexte d'une pandémie d'influenza A (H1N1) qui a sévi au Mexique. Les auteurs ont cherché à évaluer l'impact d'une intervention éducative basée sur la formation d'aînés bénévoles agissant pour redéployer les connaissances acquises auprès des membres de leur réseau social. L'identification des personnes avec qui les 10 participants ont eu des relations (qu'il s'agisse de membres de leur famille, d'amis, de voisins ou de collègues de travail) a permis la construction de leur réseau social égocentrique. Les évaluateurs ont ensuite mesuré la survenue de l'infection dans chacun de ces réseaux sociaux 45 jours après la formation des bénévoles.

Le réseau ainsi construit (figure 1.9) se compose de 94 personnes, dont 51 qui ne sont liées qu'à une seule autre personne : elles sont considérées comme **dépendantes** parce qu'elles reçoivent l'information d'une seule source. Le nombre de membres du réseau social des participants

**FIGURE 1.9 / Réseau égocentrique d'agents multiplicateurs (aînés bénévoles) et de leur réseau social personnel pendant la transmission d'information préventive**



Source: Márquez-Serrano et al., 2012, p. 365.

varie de 4 à 11. En général, chaque aîné a un réseau social indépendant de celui des autres. La densité du réseau global, 1,7%, indique un niveau élevé d'isolement des aînés participants.

Le nombre de liens sortants a été utilisé comme un indicateur de transmission de l'information préventive. Le nombre moyen de liens sortants correspondant aux individus infectés, de 1,57, s'est finalement révélé semblable à celui des individus non infectés, tout comme l'a été d'ailleurs le pourcentage de ceux qui ont développé une infection durant le suivi (23%). Au terme de leur analyse, Márquez-Serrano et ses collègues concluent que les participants ont amélioré leur autoprise en charge et leurs connaissances sans toutefois que cela ait diminué

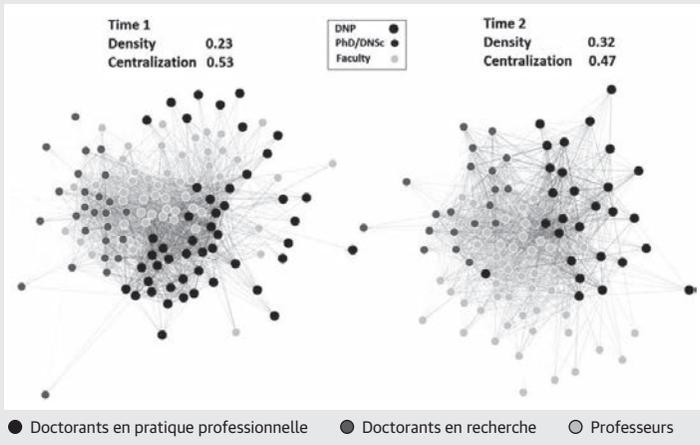
l'incidence des cas de grippe chez les membres de leur réseau social. Aux dires des auteurs, cette situation pourrait s'expliquer par l'isolement des personnes et le manque de crédibilité des participants auprès de leurs proches.

### 3.3 / **Exemple 3. Le réseau comme résultat d'une intervention**

La présentation d'une analyse de réseaux aux participants d'une recherche peut constituer l'objectif même d'une intervention. C'est le cas de notre troisième exemple, dans lequel une équipe dirigée par Merrill (2013) a évalué l'intégration de deux départements universitaires. Les auteurs se sont intéressés aux interactions entre les membres de deux programmes de formation doctorale en sciences infirmières, et ce, avant et après l'implantation d'un dispositif visant à favoriser les collaborations entre membres. Ils ont eu recours à une analyse de réseaux et à des indicateurs descriptifs afin de caractériser le nombre et la force des connexions entre les étudiants et les professeurs des deux groupes. Par un sondage en ligne, ils ont demandé aux répondants d'indiquer la catégorie qui correspondait le mieux à la relation qu'ils entretenaient avec chacune des personnes dont le nom était inscrit dans la liste fournie (réponse exclusive). Ils pouvaient : « Avoir travaillé avec la personne pour un projet, une publication ou un autre type de collaboration professionnelle », « Avoir rencontré la personne et être familier avec son travail, mais n'avoir jamais travaillé avec elle », « Être familier avec le travail professionnel de la personne, mais ne l'avoir jamais rencontrée ou n'avoir jamais travaillé avec elle », « Avoir entendu parler de la personne et l'avoir peut-être rencontrée par hasard, mais ne pas connaître son travail et n'avoir jamais travaillé avec elle » et, enfin, « N'avoir jamais entendu parler de la personne ».

La partie gauche de la figure 1.10 montre le réseau constitué à partir des deux premières réponses avant la mise en œuvre de la stratégie de rapprochement interculturel et la partie droite, le même réseau un an après. Au départ, le flux de communication est principalement centralisé par les professeurs qui contrôlent l'information. C'est ce que révèle la centralité de nombreux membres du corps professoral dans le réseau, alors que plus d'étudiants se retrouvent à sa périphérie. Au temps 2, la densité des liens entre les étudiants a augmenté et la centralité des relations entre les professeurs a diminué, traduisant l'émergence de relations plus distribuées qu'au début de l'étude. La plus forte augmentation est apparue dans le nombre d'étudiants qui ont rencontré ou travaillé avec leurs pairs.

FIGURE 1.10 / **Sociogramme du réseau de liens entre les étudiants et les professeurs de deux programmes de formation doctorale en sciences infirmières, avant et après l'implantation d'une stratégie de rapprochement interculturel**



Source: Merrill *et al.*, 2013, p. 114.

### 3.4 / Exemple 4. L'analyse de réseaux en analyse statistique multivariée

En statistique, les analyses multivariées désignent l'ensemble des méthodes qui traitent plus d'une variable simultanément. Elles prennent la forme d'une équation de régression et sont souvent utilisées pour expliquer une variable dite « dépendante » (variable à expliquer) par un ensemble de variables dites « indépendantes » (variables explicatives). L'analyse de réseaux peut y trouver une application utile, car les analyses multivariées permettent d'intégrer des indicateurs de la position individuelle des acteurs.

L'étude de Mascia, Cicchetti et Damiani (2013), réalisée auprès de quelque 300 médecins de 6 hôpitaux, offre une démonstration éloquente de cet usage. Les auteurs ont émis l'hypothèse que la propension des médecins à recourir aux données probantes (*evidence-based medicine*) dans leur prise de décision clinique pourrait être associée à la position qu'ils occupent dans leur réseau professionnel, conjuguée à des caractéristiques

individuelles et organisationnelles dont l'analyse de régression permet d'isoler et de contrôler statistiquement l'influence. Aux fins de l'étude, chaque médecin-participant devait donner le nom des collègues avec lesquels il échangeait régulièrement des conseils professionnels. Il devait également caractériser son attitude à l'égard de la médecine fondée sur les données probantes et préciser son utilisation des technologies de l'information et de diverses sources informationnelles.

L'analyse de régression a finalement révélé une association négative entre l'engouement des médecins à l'égard de la médecine factuelle et la centralité de leur position dans le réseau professionnel. Autrement dit, les médecins les plus centraux dans le réseau se révélaient moins enclins à adopter la médecine factuelle et vice-versa. L'analyse de réseau à proprement parler a montré que la structure générale du réseau professionnel de médecins se composait d'un noyau dense et cohésif (c'est-à-dire qu'il constituait un groupe de médecins étroitement liés qui interagissaient fortement afin d'échanger des connaissances) et d'une périphérie composée d'un grand nombre de cliniciens moins cohésifs, mais plus susceptibles d'être connectés entre eux qu'aux membres de la partie centrale du réseau. Les auteurs ont interprété ce résultat comme une marginalisation des médecins «périphériques», plus enclins à utiliser la médecine factuelle dans leur pratique clinique qu'à interagir avec des collègues pour obtenir l'information recherchée.

#### 4 / **Utilisations en évaluation des processus et des effets**

À quoi sert l'approche réseau en évaluation? Dans l'approche expérimentale, on peut souvent se passer d'ouvrir ce qu'on appelle couramment la «boîte noire», c'est-à-dire d'élucider le mécanisme d'action. Pour prendre un exemple, il est possible de tester l'efficacité d'un médicament sans nécessairement en connaître le mécanisme exact. Malheureusement, il en va de même, parfois, avec les programmes de prévention. Une telle approche n'est pas adaptée aux interventions complexes reposant sur l'action sociale et la participation des communautés: dans ces cas, il n'importe pas tant de savoir si une intervention produit l'effet attendu que de comprendre les processus engagés dans la production de l'effet en question afin d'en tirer des généralisations plus utiles. C'est ce que permet l'approche réseau.

La mise en œuvre d'une intervention ou d'un programme peut être conçue comme fournissant des occasions de relations entre acteurs, de jeux d'alliance, de conflits d'intérêts et de rapports de force dans un milieu organisationnel donné. Les sources de pouvoir y sont nombreuses et variées; elles fournissent aux membres d'une organisation divers moyens de servir leurs intérêts et de résoudre ou de perpétuer des conflits. Entre autres sources possibles de pouvoir, Morgan (1989) mentionne l'autorité formelle ou hiérarchique, le contrôle des ressources rares, le contrôle de la prise de décision, le contrôle des connaissances et de l'information, les alliances interpersonnelles et les réseaux informels. La perspective de l'analyse de réseaux reconnaît la complexité des interventions et l'importance des interactions dans les systèmes complexes. Elle allie participation, environnement, contexte et dynamisme, non pas comme des covariables dont il faut isoler les effets, mais comme des parties intégrantes de la réalité à intégrer au processus évaluatif, lui-même centré sur l'observation comme fondement méthodologique de l'explication.

C'est le rôle de l'évaluateur que de mettre en lumière les processus que sous-tend une intervention ou un programme. Comme le résume le tableau 1.4, l'analyse de réseaux peut être utilisée en évaluation des processus pour déterminer les relations entre les membres d'un réseau, cibler les interventions appropriées qui contribuent à le renforcer, indiquer les membres qui participent davantage et fournir une rétroaction formative au personnel engagé dans un programme. L'analyse peut notamment permettre de déterminer quelles sont les organisations qui travaillent ensemble pour résoudre des problèmes locaux et celles qui ne le font pas. L'utilisation de l'analyse de réseaux à des fins formatives confère un nouveau rôle aux évaluateurs: celui d'animateur en soutien aux membres d'un partenariat afin de les aider à améliorer leur pratique. La présentation en groupe de résultats de l'analyse de réseaux facilite les interactions entre les participants, ceux-ci ayant davantage l'impression de réagir à un fait rapporté que d'exprimer une perception personnelle isolée.

L'analyse de réseaux peut également être utile à l'évaluation des effets pour associer les caractéristiques d'un réseau aux résultats d'un programme ou pour déterminer si un réseau évolue dans le sens attendu (tableau 1.4). L'analyse peut répondre à des questions telles les suivantes:

- Les groupes dont les membres sont plus interconnectés ou qui développent plus d'interconnexions avec le temps sont-ils plus susceptibles d'obtenir des résultats ou d'atteindre leurs objectifs?

- Les membres qui détiennent le plus de pouvoir participent-ils directement à la réalisation des objectifs du programme?
- Le réseau d'organismes maintiendra-t-il sa viabilité après la fin du financement initial?
- Les organismes continueront-ils à travailler les uns avec les autres?

**TABLEAU 1.4 / Utilisation de l'analyse de réseau en évaluation de programme**

Évaluation des processus	Évaluation des effets
<p><b>Identifier les membres prééminents du réseau.</b> L'analyse permet de déterminer la position relationnelle des entités individuelles dans un réseau et, du coup, d'identifier les personnes qui occupent des postes clés et font preuve de leadership.</p>	<p><b>Associer les caractéristiques de réseaux à des résultats.</b> Les diverses caractéristiques d'un réseau révélées par l'analyse peuvent être comparées avec une variable d'intérêt afin de déterminer si certaines caractéristiques des réseaux sont liées aux résultats.</p>
<p><b>Caractériser les relations.</b> L'analyse des relations qu'entretiennent les membres d'un groupe permet de connaître l'intensité des liens, les sous-groupes d'influence, d'élucider les mécanismes et les dynamiques d'action et de communication ainsi que d'examiner le développement d'un partenariat au fil du temps.</p>	<p><b>Suivre l'évolution d'un réseau.</b> Le réseau lui-même peut constituer le résultat visé par une intervention. Ainsi, son suivi dans le temps permet de vérifier s'il évolue dans le sens attendu et s'il a des chances de se maintenir au fil du temps.</p>
<p><b>Cibler les interventions pour améliorer le réseau.</b> La comparaison des résultats de l'analyse d'un réseau existant au cours du temps ou avec un réseau souhaité peut suggérer des façons de l'améliorer.</p>	
<p><b>Fournir une rétroaction formative.</b> L'analyse se révèle utile pour réaliser un diagnostic collectif, pour instrumentaliser les échanges entre membres d'un regroupement, pour obtenir leur rétroaction sur un programme et pour soutenir l'amélioration de leurs pratiques partenariales.</p>	

Source : Inspiré de Honeycutt, 2009.

## Conclusion

L'analyse de réseaux est encore peu intégrée au domaine de l'évaluation de programme. Elle constitue pourtant un outil méthodologique d'analyse qui peut permettre aux évaluateurs de prendre en compte

un ensemble de relations et d'acteurs simultanément, de situer un individu ou une organisation dans son environnement relationnel et de comprendre les mécanismes qui sous-tendent leurs relations sociales et le fonctionnement d'un programme. Les indicateurs globaux qu'elle produit permettent de comprendre la structure générale du réseau social. Les indicateurs individuels montrent quant à eux les positions stratégiques de certains acteurs influents du réseau. Cette technique est donc particulièrement utile en évaluation de programme, et tout particulièrement en analyse de l'implantation, pour analyser les contextes et les jeux d'acteurs qui influent sur l'intégration, l'adoption et l'adaptation de programmes dans un milieu de pratique donné.

**ANNEXE 1.1 / Outil de collecte de données sur les relations entre acteurs (traduit et adapté de Provan, Veazie et Staten, 2005)**

La liste ci-dessous énumère les principales organisations de la région de Salaberry-de-Valleyfield concernées par la prestation de services d'aide alimentaire ou par tout autre type d'aide répondant aux besoins de personnes liés à leur situation de faible revenu ou à d'autres problèmes sociaux personnels.

Étape 1. Construisez la carte de réseau des organisations en demandant au répondant de cocher dans la liste préétablie d'organisations toutes celles avec lesquelles son organisation a eu des relations ou des interactions au cours de la dernière année. Demandez-lui de compléter la liste en y ajoutant le nom des organisations qui n'y apparaissent pas.

Étape 2. Le formulaire précise quatre types de « participation » qu'une organisation peut avoir avec d'autres organisations, à savoir des liens à travers l'échange d'information, en raison du partage de ressources ou de références de clients (envoyés, reçus ou les deux). Indiquez, pour chacune des organisations collaboratrices relevées par le répondant, tout type de relations régulières qui s'applique (pas juste un aiguillage occasionnel, par exemple).

Étape 3. Demandez au répondant de donner son appréciation des relations ou des interactions que son organisation entretient avec chaque organisation indiquée en encerclant le chiffre qui reflète le mieux la qualité globale de la relation: 1 = mauvaise relation (peu de confiance), 2 = relation acceptable (une certaine confiance), 3 = bonne relation (confiance raisonnable), 4 = excellente relation (grande confiance).

Organisation	Type de relations ou d'interactions			
	Partage d'information	Partage de ressources	Aiguillage d'usagers vers cette organisation	Accueil d'usagers envoyés par cette organisation
1.				
2.				
3.				
4.				

**ANNEXE 1.2 / Questions génériques pour guider  
l'analyse de réseaux (traduit et adapté  
de Provan et al., 2005)**

- 1/ Quelles sont les organisations plus centrales dans le réseau? Les organisations sont-elles toutes essentielles pour répondre aux besoins de la communauté?
- 2/ Certains membres du réseau ont-ils des liens avec des organisations externes importantes qui pourraient profiter aux autres membres?
- 3/ Les liens entre les organisations reposent-ils sur des relations personnelles ou sur des liens formalisés?
- 4/ Les relations entre les différentes organisations sont-elles suffisamment fortes? Les relations faibles devraient-elles être renforcées?
- 5/ Quels groupes à l'intérieur du réseau détiennent des relations fortes? Ces groupes peuvent-ils se mobiliser pour atteindre les objectifs du réseau?
- 6/ Des progrès ont-ils été enregistrés dans la capacité de la communauté à développer des relations fortes (analyse de données longitudinales)?
- 7/ Quel est le degré de confiance entre les organisations qui travaillent ensemble? A-t-il varié avec le temps? Peut-il être renforcé?
- 8/ Quels sont les avantages et les inconvénients de la collaboration? Ont-ils varié avec le temps? Comment peut-on accroître les avantages et diminuer les inconvénients?

## ANNEXE 1.3 / **Ressources disponibles**

La présente section propose quelques ressources disponibles en analyse de réseaux appliquée à l'évaluation de programme pour accompagner le chercheur désirant en apprendre plus sur cette méthodologie.

Nous rappelons que l'analyse de réseaux est un champ d'études à part entière qui comporte son association professionnelle, The International Network for Social Network Analysts, et trois revues spécialisées qui publient exclusivement des articles de recherche en analyse de réseaux, à savoir *Social Networks*, *Connections* et *The Journal of Social Structure*. Le lecteur trouvera, bien entendu, des articles d'évaluation de programme dans l'une ou l'autre de ces revues.

Par ailleurs, en 2005, la revue *New Directions for Evaluation*, vouée au développement de la discipline, a consacré un numéro entier à l'analyse de réseaux sociaux en évaluation de programme (Durland et Fredericks, 2005b). Quatre des neuf articles se sont penchés sur les aspects théoriques de la méthodologie, tandis que les cinq autres présentaient des exemples d'application de la méthode à l'évaluation de programme.

Le site de l'American Evaluation Association regorge de ressources en analyse de réseaux et propose un forum d'échanges pour les évaluateurs. La section du site peut être consultée directement<sup>2</sup> ou par l'intermédiaire du service de nouvelles *Monitoring and Evaluation News*<sup>3</sup> géré par Rick Davies, consultant en évaluation.

---

2 <<http://comm.eval.org/snaTIG/home/>>, consulté le 30 mai 2016.

3 <<http://mande.co.uk/category/lists/social-network-analysis-evaluation/>>, consulté le 30 mai 2016.

## Bibliographie

- BORGATTI, S., et V. LOPEZ-KIDWELL (2011). «Network theory», dans P. Carrington et J. Scott (dir.), *The Sage Handbook of Social Network Analysis*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 40-54.
- CROSS, J. E. et al. (2009). «Using mixed-method design and network analysis to measure development of interagency collaboration», *American Journal of Evaluation*, vol. 30, n° 3, p. 310-329.
- DURLAND, M. M. et K. A. FREDERICKS (2005a). «An introduction to social network analysis», *New Directions for Evaluation*, n° 107, p. 5-13.
- DURLAND, M. M. et K. A. FREDERICKS (dir.) (2005b). *New Directions for Evaluation: Social Network Analysis in Program Evaluation*, New York, Jossey-Bass.
- EMIRBAYER, M. (1997). «Manifesto for a relational sociology», *American Journal of Sociology*, vol. 103, n° 2, p. 281-317.
- GOLD, M., P. DOREIAN et E. F. TAYLOR (2008). «Understanding a collaborative effort to reduce racial and ethnic disparities in health care: Contributions from social network analysis», *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 6, p. 1018-1027.
- HAINES, V. A., J. GODLEY et P. HAWE (2011). «Understanding interdisciplinary collaborations as social networks», *American Journal of Community Psychology*, vol. 47, nos 1-2, p. 1-11.
- HARRIS, J. K. et al. (2008). «Seeing the forest and the trees: Using network analysis to develop an organizational blueprint of state tobacco control systems», *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 11, p. 1669-1678.
- HAWE, P. et L. DE GHALI (2008) «Use of social network analysis to map the social relationships of staff and teachers at school», *Health Education Research*, vol. 23, n° 1, p. 62-69.
- HOLLSTEIN, B. (2011). «Qualitative approaches», dans P. Carrington et J. Scott (dir.), *The SAGE Handbook of Social Network Analysis*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 404-416.
- HONEYCUTT, T. (2009). «Making connections: Using social network analysis for program evaluation», *Mathematical Policy Research*, n° 1, p. 1-4.
- KOCHAN, S. et C. TEDDLIE (2005). «An evaluation of communication among high school faculty using network analysis», *New Directions for Evaluations*, n° 107, p. 41-53.
- LECLERC, B. S. et S. LESSARD. «Évaluation de la qualité d'un partenariat dans le cadre de la mise en place d'une intervention intersectorielle de type "école, famille et communauté"», *Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 30, n°2, p. 216-227.
- MÁRQUEZ-SERRANO, M. et al. (2012). «Social network analysis to evaluate nursing interventions to improve self-care», *Public Health Nursing*, vol. 29, n° 4, p. 361-369.
- MASCIA, D., A. CICCETTI et G. DAMIANI (2013). «"Us and them": A social network analysis of physicians' professional networks and their attitudes towards EBM», *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 429, p. 1-8.
- MERCKLÉ, P. (2004). *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte.
- MERRILL, J. A. et al. (2013). «Using social network analysis to examine collaborative relationships among PhD and DNP students and faculty in a research-intensive university school of nursing», *Nursing Outlook*, vol. 61, n° 2, p. 109-116.
- MORGAN, G. (1989). *Images de l'organisation*, Québec, Presses de l'Université Laval et Éditions Eska.

- PENUEL, W. R. *et al.* (2006). «Investigating the potential of using social network analysis in educational evaluation», *American Journal of Evaluation*, vol. 27, n° 4, p. 437-451.
- POSAVAC, E. J. et R. G. CAREY (1992). *Program Evaluation: Methods and Cases Studies*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- PROVAN, K., M. VEAZIE et L. STATEN (2005). «The use of network analysis to strengthen community partnerships», *Public Administration Review*, vol. 65, n° 5, p. 603-613.
- VALENTE, T. W. (2010). *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*, Oxford, Oxford University Press.
- YOUSEFI-NOORAIE, R., M. DOBBINS et A. MARIN (2014). «Social and organizational factors affecting implementation of evidence-informed practice in a public health department in Ontario: A network modelling approach», *Implementation Science*, vol. 9, n° 29, p. 1-14.

## Des savoirs au pouvoir?

La mobilisation d'approches relationnelles  
pour la recherche-action

*Deena White*

---

«L'analyse des réseaux» se comprend parfois comme une méthodologie de recherche, parfois comme une recherche ayant pour objet un réseau. Dans ce chapitre, nous voulons non seulement surmonter cette dichotomie, mais aussi proposer l'approche «réseau» comme un outil d'intervention pour la recherche-action et la sociologie clinique. Nous présenterons les stratégies adoptées lors de la conceptualisation et de la mise en œuvre d'une recherche-action visant une communauté de pratique en santé mentale, dans le cadre des activités d'ARIMA, un partenariat de recherche université-communauté dans le domaine de la santé et des services sociaux<sup>1</sup>. Les projets développés au sein d'ARIMA ont pour particularité que leurs problématiques émergent dans les milieux de pratique et que les recherches y sont coconstruites par des acteurs professionnels, communautaires et universitaires ainsi que par des citoyennes et citoyens, usagers des services. La coconstruction implique que le projet se développe et évolue à travers des pratiques communicationnelles et interactionnelles entre ces acteurs (Bourassa, Pillion et Chevalier, 2007; Audoux et Gillet, 2011). Les recherches sont donc en elles-mêmes un travail de réseau.

---

1 Pour plus d'informations, voir le site Web ARIMA, <<http://www.arimarecherche.ca>>, consulté le 30 mai 2016. L'auteure remercie le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) pour le financement de ce partenariat et de ce projet de recherche, grâce à une subvention de partenariat accordée pour la période 2012-2019 (n° 895-2011-1008).

Dans ce chapitre, nous partons de l'idée que les pratiques communicationnelles et interactionnelles qui caractérisent la coconstruction de projets de recherche-action doivent faire évoluer à la fois la recherche et l'action. La recherche-action, par définition, se construit sur la base des besoins exprimés par les acteurs du milieu étudié. Le projet dont il est question ici se réclame par ailleurs de la sociologie clinique (Rhéaume et Mercier, 2007; Brum-Schäppi, 2008). C'est une approche que Rhéaume décrirait comme se déroulant «au chevet» des praticiens qui désirent entreprendre un exercice de réflexivité - souvent à un moment charnière pour le groupe - afin de favoriser l'efficacité, la persévérance, la revitalisation, bref, l'évolution de ce groupe (Rhéaume et Sévigny, 1988). Le rôle du chercheur dans ce type de projet consiste à accompagner les praticiens-chercheurs de manière à faciliter et à enrichir ce processus. Or l'accompagnement comporte inévitablement des activités de médiation et de traduction, et ce sont ces derniers processus qui permettent, en principe et en pratique, de sortir des impasses où se trouvent les acteurs concernés.

Dans les sections qui suivent, nous décrirons par quels mécanismes le projet de recherche dont il est ici question a émergé, a été mis en œuvre et comment l'utilisation expérimentale d'approches «réseau» en ont fait un projet innovant. Nous introduirons d'abord la communauté de pratique en question et traiterons du processus de coconstruction de la recherche, c'est-à-dire de la manière dont les chercheurs et les acteurs ont travaillé ensemble. Ensuite, nous présenterons le cadre conceptuel qui a favorisé l'émergence de trois volets distincts au sein de ce projet, correspondant aux objectifs énoncés par la communauté de pratique: consolider son identité, cerner les cibles et les moyens d'action propices, et augmenter son potentiel d'action et son efficacité. Chacun de ces volets se fonde de manière différente sur une approche relationnelle qui demande avant tout d'examiner les liens entre les acteurs, les espaces de leurs rencontres et leur dynamique. Enfin, nous discuterons du potentiel de ce type d'approche pour la production de nouvelles connaissances, et ce, surtout en vue d'agir comme un catalyseur de changement de perceptions et de pratiques.

## 1/ **Contexte et processus de coconstruction d'une recherche-action**

La recherche a été initialement proposée par quelques membres d'une communauté de pratique en détresse psychologique et santé mentale qui rassemble des intervenants de première ligne, tous des non-spécialistes œuvrant dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) ou des organismes communautaires situés dans un quartier urbain. À la suggestion de la coordonnatrice de cette communauté de pratique, engagée dans un établissement partenaire de l'équipe de recherche ARIMA, une délégation de quatre personnes s'est réunie pour une première séance de *brainstorming*. La discussion a tourné autour de l'observation suivante: les intervenants communautaires, sans aucune expertise en santé mentale, doivent faire face aux conséquences de la non-institutionnalisation de certaines personnes atteintes de troubles mentaux (diagnostiqués ou non) et vivant dans la communauté, c'est-à-dire dans des milieux d'intervention tels que des HLM, des services d'aide alimentaire ou des organismes pour personnes âgées, pour jeunes ou pour femmes. Les intervenants observaient des situations problématiques pour ces personnes et leur entourage: un homme aux «pensées paranoïaques» qui menace ses voisins et harcèle les gestionnaires de son HLM; une femme au comportement «compulsif» qui néglige son conjoint malade pour qui elle est la seule proche aidante; une personne ayant été diagnostiquée de multiples troubles psychiatriques, avec un comportement parfois violent, et qui habite avec sa mère âgée. Des intervenants, comme la police, des organisateurs communautaires ou encore des bénévoles dans des organismes communautaires, étaient souvent interpellés par ces types de situations qui semblaient dépasser leurs compétences professionnelles. De plus, leurs efforts visant à obtenir des conseils ou à mobiliser de l'aide pour ces personnes au sein du système de santé mentale - auprès d'organismes communautaires spécialisés ou d'établissements publics - semblaient toujours voués à l'échec.

Les membres de cette communauté de pratique engagés dans le processus de recherche-action, que nous appellerons le Comité sur la détresse psychologique (CDP<sup>2</sup>), rapportaient régulièrement dans leurs

---

2 Lorsque nous parlons du CDP, nous faisons référence de façon indifférenciée à ses porte-parole dans le comité de pilotage et à l'ensemble des membres que ce dernier représente. Lorsqu'il sera question des processus d'échange menant à une prise de position collective, nous parlerons des membres, en précisant s'il s'agit des membres du CDP au sens large ou de ceux du comité de pilotage (c'est-à-dire des membres «délégués» du CDP, le chercheur principal et un assistant de recherche).

réunions des «études de cas». Ils décrivaient les impasses, hautement frustrantes, dans lesquelles ils se retrouvaient eu égard à ces situations. Leur objectif était de concevoir et de mettre en œuvre collectivement des solutions efficaces et durables, tenant compte de la complexité des conditions de vie des personnes et des milieux concernés. Les discussions autour de ces cas permettaient aux membres du CDP de partager leurs connaissances complémentaires, leurs perceptions et intuitions respectives concernant, entre autres, les freins, obstacles et embûches rencontrées. Malgré leurs efforts dans ce sens depuis presque quinze ans, ils se retrouvaient toujours à «frapper des murs».

Les chercheurs ont écouté et discuté de ces observations avec l'ensemble des membres du CDP lors de plusieurs rencontres. Ces derniers ont corroboré les perceptions des initiateurs du projet, en parlant des situations complexes vécues par des individus qu'ils cherchaient à aider, de la résistance de certains à se faire aider, qui les amenait parfois à nier leurs problèmes, des torts que leurs comportements causaient, voire des risques assez graves auxquels ils exposaient les personnes de leur entourage, des portes difficilement accessibles vers l'expertise en santé mentale et du fait que les intervenants se trouvaient trop souvent dans l'impossibilité de mettre en œuvre les plans conçus à partir des échanges en CDP. Lors de ces discussions, ils exprimaient la souffrance émotionnelle liée à leur frustration de ne pas pouvoir faire leur travail en venant en aide à ces personnes, ce qui attribuait au groupe un rôle supplémentaire de soutien moral. Enfin, les membres du CDP estimaient qu'ils n'appréhendaient et ne maîtrisaient pas suffisamment les moyens que le système de santé mentale mettait à leur disposition, les leviers de collaboration possibles à différents niveaux du système et les manières d'accroître la profondeur et l'efficacité de leurs interventions.

Ainsi, les membres du CDP se sont donné plusieurs buts dans le cadre de cette recherche: 1) entamer un travail réflexif et collectif; 2) devenir plus influents dans leurs échanges avec les décideurs; 3) changer les pratiques des diverses parties prenantes; 4) défricher certaines pistes pour faire émerger des réseaux plus aidants. C'est là du moins la traduction de leurs objectifs qui a réussi à faire consensus parmi les membres «délégués» du CDP, associés avec le chercheur et un assistant de recherche en vue de constituer le «comité de pilotage» du projet. Cet ensemble de buts a également fait consensus au sein du CDP dans son ensemble.

Le comité de pilotage ainsi constitué était coordonné par la coordinatrice du CDP et s'est réuni trois fois pendant les trois mois du développement du projet, puis quatre ou cinq fois par an pendant les deux ans

de la recherche. C'est à travers les discussions en comité de pilotage que les trois volets de la recherche, que nous décrivons plus bas, ont été développés. Le rôle du chercheur dans ce processus était de traduire les préoccupations du CDP, telles que formulées par les membres du comité de pilotage, en pistes de recherche et de valider régulièrement la pertinence de ces pistes auprès d'eux. Nous avons également proposé quelques lectures afin de faire avancer les réflexions. Le chercheur (ou son assistant) a été présent à toutes les rencontres du CDP pendant deux ans, afin de mieux connaître la dynamique du groupe, de transmettre à tous les membres des informations sur la progression du projet, de les consulter collectivement sur certains points de méthode ou d'interprétation, de les inviter à poser des questions et à faire des suggestions en cours de route, et, éventuellement, de réaliser ou compléter l'analyse des données pour chacun des volets.

## 2 / **L'approche relationnelle : des savoirs pour mobiliser le pouvoir**

Dans cette section, nous présenterons l'approche « réseau » qui a orienté l'exploration et la compréhension des enjeux soulevés par les membres du CDP ainsi que l'élaboration de ces enjeux pendant la période de la recherche. Non seulement le processus de coconstruction a impliqué un travail en réseau, mais chacun des volets du projet a également mobilisé une approche dite de réseau afin de produire des résultats susceptibles d'être considérés par les membres du CDP comme valides et catalyseurs de changements dans leurs pratiques.

Commençons par le cadre de référence conceptuel, mais aussi ontologique, qui a sous-tendu la traduction des besoins, des préoccupations et de la réalité à laquelle faisait face le CDP, ainsi que les méthodologies adoptées pour mettre en œuvre cette recherche-action. En partant des objectifs exprimés par le CDP, nous avons proposé aux membres du comité de pilotage un cadre d'analyse des pratiques collectives axé sur ce qu'on pourrait appeler la « mobilisation du pouvoir transformatif » : créer une différence dans le monde, y changer quelque chose, prendre du pouvoir. Dans ses écrits sur le pouvoir/savoir, Michel Foucault (1980) soutient que le pouvoir est « capillaire » : il se trouve partout dans les relations de la vie quotidienne puisqu'il se constitue à partir des forces mêmes qui font agir. Le « pouvoir de » remplace la notion de « pouvoir sur » (telle qu'utilisée dans les approches plus traditionnelles du pouvoir en tant qu'exercice de domination) pour expliquer ce qui se produit dans

le monde et la manière dont cela se fait. Le pouvoir est ainsi situationnel plutôt que structurel, exercé à travers l'application des savoirs qui définissent la situation ainsi qu'à travers les acteurs qui y participent (Patton, 1992; Blais, 2006). Dans notre cas, il s'agit autant du pouvoir exercé par les intervenants dans leurs rapports ordinaires avec les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale que de celui exercé par les institutions (psychiatriques, hospitalières, de santé et des services sociaux) pour décider qui mérite leur attention et dans quelles circonstances.

Cette compréhension de l'exercice du pouvoir suppose que les murs auxquels se heurtent les intervenants du CDP sont potentiellement moins stables qu'ils ne le pensent. La résistance prononcée des institutions de santé mentale à l'égard des incursions d'intervenants non spécialistes dans leur champ d'intervention (parce que ces intervenants ont, malgré eux, affaire à des personnes souffrant de troubles mentaux, comme nous l'avons vu) pourrait bien se révéler vulnérable à l'exercice de formes d'influence ou à l'adoption de stratégies alternatives jusqu'alors mal identifiées. En outre, cette conception du pouvoir permet de mieux comprendre les sources potentielles du pouvoir d'agir face à celui d'autres acteurs en apparence plus « forts » : il s'agit de maîtriser et de mobiliser les savoirs ainsi que les savoir-faire pertinents. La recherche pourrait aider à avancer dans ce sens.

Mais comment, concrètement, mobiliser des savoirs afin d'accroître le pouvoir des intervenants en question? La théorie de l'acteur-réseau (Akrich, Callon et Latour, 2006; Latour, 2006) pourrait combler cette lacune dans la chaîne de la recherche-action. Cette approche consiste à définir l'action sociale comme étant l'effet des transactions entre acteurs (des acteurs humains, mais aussi, non humains, tels que les produits pharmaceutiques, les bâtiments ou les diagnostics). Les acteurs les plus puissants sont ceux qui sont constitués des réseaux les plus développés - qui se sont étendus en réseaux de réseaux interconnectés par des médiateurs, par exemple des organisations, des diplômes, des enveloppes budgétaires, des dossiers, des politiques, des manuels ou des mandats. La théorie de l'acteur-réseau incite à retracer l'enchaînement des médiations, à suivre les mécanismes de construction des liens donnant lieu à des situations données (Latour, 2006), telles que les « murs » systémiques et institutionnels auxquels se heurtent les intervenants communautaires. D'autres situations pertinentes à explorer ainsi sont celles auxquelles les intervenants font face dans leurs milieux d'intervention et qui les amènent à exposer des études de cas problématiques

lors des réunions du CDP. L'approche de l'acteur-réseau permet ainsi d'analyser les processus de construction des sites de pouvoir que le CDP veut maîtriser pour changer.

Dans une perspective relationnelle du social (définie par de nombreux auteurs tels que Simmel [1910], Barnes [1969], Emirbayer [1997], Pescosolido [2011] et Latour [2006]), pour accroître son pouvoir, deux éléments importent. D'une part, il s'agit de développer des savoirs relatifs aux processus de construction de ces situations où les intervenants communautaires, tout comme leurs « clients » les plus difficiles, se trouvent exclus des organisations et institutions pouvant leur offrir l'aide dont ils ont besoin (White, 2015). D'autre part, il s'agit de développer des savoir-faire leur permettant de renforcer leurs propres réseaux afin de devenir des acteurs plus « puissants ». Dans ce contexte, le CDP lui-même peut être conceptualisé comme un réseau d'acteurs hétérogènes, provenant d'organisations et de secteurs d'intervention différents, dont la dynamique consiste à faire émerger et à consolider une identité en tant que communauté de pratique. Cette perception était soutenue par le comité de pilotage du CDP, qui exprimait son désir que la recherche donne lieu à une monographie portant sur lui : sur son émergence, son évolution et son fonctionnement comme lieu d'apprentissage mutuel. Cette monographie servirait, selon les membres du comité de pilotage, à documenter leur existence depuis quinze ans, à consolider leur identité et peut-être à inspirer d'autres intervenants communautaires faisant face à des problèmes similaires et envisageant de se regrouper pour renforcer leur capacité d'agir. La production de cette monographie est donc devenue le premier volet du projet.

Mais cette monographie n'aurait pas été suffisante pour atteindre les autres buts que le CDP s'était fixés. En plus du travail réflexif et collectif, auquel contribuerait la production de cette monographie, les membres du CDP voulaient pouvoir agir plus efficacement sur des situations dérangeantes ou dangereuses et apparemment insolubles auxquelles ils faisaient face dans leur travail quotidien au sein des milieux de vie. Ces membres avaient tendance à concevoir les problèmes comme résidant essentiellement au sein d'un individu. S'ils discutaient longuement des efforts qu'ils avaient fournis pour trouver des solutions pour les « clients » problématiques dans la communauté ou dans le réseau de services publics, ces efforts semblaient toujours bloqués, soit par le comportement de la personne en question, soit par leur propre manque de connaissances relativement à la gestion de ce comportement. Voilà pourquoi ils

espéraient établir un meilleur arrimage avec le réseau d'expertise des services en santé mentale. Nous avons donc proposé d'effectuer une analyse d'un petit nombre de « cas » qu'ils avaient présentés au CDP afin, d'une part, d'avoir une idée plus précise du contexte (où et comment) dans lequel surgissaient les difficultés des intervenants par rapport aux problèmes de ces individus et aux services qu'ils tentaient de mobiliser pour les aider, et, d'autre part, d'examiner les divers aspects qui caractérisaient ces difficultés (qui et quoi). Ainsi, les mesures à prendre deviendraient plus évidentes. Ces études de cas ont constitué le deuxième volet de la recherche.

Toutefois, l'identification des obstacles à la mise en œuvre de solutions durables pour certaines personnes n'aurait pas été suffisante si les intervenants n'avaient pas également eu le pouvoir de changer la donne. Les objectifs du CDP visaient l'appropriation du pouvoir d'agir, pour que les intervenants puissent exercer plus d'influence sur leur environnement afin de mieux aider les personnes dans leurs milieux d'intervention. Comme l'ont affirmé plusieurs membres, ils voulaient « devenir plus puissants ». C'est d'ailleurs souvent le désir exprimé par des acteurs qui embarquent dans une recherche-action. Mais les méthodes habituellement employées dans ce type de recherche permettent-elles d'atteindre un tel objectif? Cette question nous a orientés vers la sociologie clinique (Rhéaume, 2009), qui consiste explicitement en l'accompagnement d'un groupe qui cherche à surmonter des impasses et à évoluer collectivement<sup>3</sup>. Selon le site Web du Réseau international de sociologie clinique (2015), sa particularité

tient à sa façon d'approcher les phénomènes sociaux et institutionnels, dans une dimension à la fois théorique [...] et politique [...] La sociologie clinique place au cœur de son approche les contradictions entre objectivité et subjectivité, entre structures et acteurs, entre poids des déterminismes et capacité des individus à faire histoire, entre rationalité et irrationalité. Au-delà même de l'acteur, c'est le sujet qui l'intéresse.

---

3 Ce type de recherche interventionnelle se distingue de celle d'Alain Touraine (1984) en ce qu'elle prend pour point de départ non pas les théories des chercheurs, mais les expériences des acteurs (Rhéaume, 2008).

En premier lieu, la proposition et discussion de cette approche, assortie de deux lectures (Rhéaume, 2009; Brum-Schäppi, 2008), ont contribué à faire émerger un lien de confiance entre le CDP et les chercheurs, à faire évoluer la représentation que les membres du CDP avaient de la recherche et à accroître leurs attentes à l'égard de notre travail collectif. Mais les modalités concrètes selon lesquelles nous pouvions intégrer cette dimension politique d'«*empowerment*» au processus de recherche, au-delà du renforcement potentiel de l'identité du CDP comme acteur collectif, n'étaient toujours pas claires. Les membres du CDP se percevaient comme des «*petits joueurs*» sur un terrain qu'ils ne maîtrisaient pas bien. Ils considéraient que les institutions publiques ayant des mandats en santé mentale contrôlaient toutes les ressources et expertises dans ce domaine et qu'ils étaient, en conséquence, des acteurs périphériques, sinon exclus de ces ressources et expertises. Pour saisir comment accroître concrètement leur efficacité et leur influence dans ce champ, il fallait décortiquer la dynamique du pouvoir d'agir. D'où vient-il? Comment se déploie-t-il? Et vers quoi faudrait-il l'orienter?

L'approche relationnelle en sociologie offre heureusement des pistes de réponse à ces questions. Tout comme dans la perspective de Foucault (Fox, 2000) et d'autres, le pouvoir n'est pas une ressource que l'on possède ou non; il est plutôt l'effet d'un positionnement en relation avec d'autres. Il s'actualise dans les effets que les actions des uns produisent sur les autres. Quand des ensembles de relations deviennent très stables et étendus, et se matérialisent dans des documents, des représentants et représentations, des protocoles et des politiques, des fonds et d'autres capitaux fongibles, voire dans le béton, on parle de leur institutionnalisation. Les institutions sont puissantes dans la mesure où elles attachent une multiplicité de personnes et de processus à un système de règles, de ressources matérielles et de rôles; c'est le cas du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple. Ainsi, tous ceux qui sont mobilisés par ce réseau, mais aussi tous ceux qui veulent interagir avec celui-ci, sont contraints de se conformer à ces règles. Pourtant, à des endroits localisés dans ce vaste réseau - par exemple, dans des cabinets de médecins ou dans les milieux d'intervention des organisateurs communautaires -, il existe des marges de manœuvre, des espaces de négociation, des actes discrétionnaires et alternatifs.

À l'inverse de la stabilité institutionnelle, le fonctionnement du CDP se caractérise par la négociation, constituant ainsi un espace fluide et évolutif (Murdoch, 1998). Même si ses membres parviennent à s'organiser, à se coordonner et à fixer des normes tacites de fonctionnement

interne, les liens entre eux sont plutôt transitoires. Ils viennent d'organisations diverses qui imposent chacune leurs propres contraintes sur leur emploi du temps. Le *membership* est en flux constant. S'ils établissent un ordre du jour pour chaque réunion (par exemple toutes les deux réunions, un invité expert intervient ou une étude de cas est présentée), offrant ainsi un minimum de prévisibilité, ces réunions ne se tiennent pas toujours de la même manière ni au même endroit. Comme cet espace de discussion est très peu codifié, l'existence du CDP est en quelque sorte éphémère, ce qui explique d'ailleurs l'intérêt des membres pour la documentation de cette existence sous la forme d'une monographie.

Au début de la recherche, les conditions n'étaient donc pas réunies pour que le CDP puisse aider ses membres à accroître leur efficacité dans le traitement des problèmes complexes auxquels ils faisaient face dans leurs milieux d'intervention, et il pouvait alors encore moins les aider à influencer le réseau de services publics en santé mentale. L'analyse relationnelle de la situation a cependant conduit à suggérer des processus ayant le potentiel d'augmenter ce pouvoir.

Trois pistes se sont présentées. La première consistait à promouvoir une meilleure intégration au réseau institutionnalisé de santé mentale des organismes communautaires et des intervenants de première ligne non spécialistes en santé mentale. Notons que cet élargissement du réseau institutionnel par l'intégration des organismes communautaires spécialistes en santé mentale se trouvait au centre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce plan n'est cependant pas allé jusqu'à inclure des organismes non spécialistes. De plus, étant spécialisés dans d'autres domaines (logement, aînés, culture), les membres du CDP n'auraient aucun intérêt à s'intégrer à ce réseau. La deuxième piste proposée pour augmenter le pouvoir d'agir des membres du CDP visait l'extension de leur propre réseau et sa structuration dans le but de s'imposer comme les porte-parole incontournables d'une population laissée pour compte par le réseau de santé mentale. Cette option, si elle est plus envisageable que la première, constituerait un changement de cap important pour le CDP. Au lieu de demeurer une communauté de pratique axée sur le partage des connaissances, le soutien mutuel et l'apprentissage, le CDP se transformerait alors en une «table de concertation» mobilisant des organisations déjà plus puissantes autour d'une problématique commune et visant la représentation et l'action. La considération de cette option était déjà

potentiellement intégrée au premier volet de la recherche dans la mesure où la documentation nécessaire à la production d'une monographie sur le CDP favoriserait des réflexions concernant son identité et ses objectifs.

La troisième piste d'action était d'apprendre aux membres du CDP à mieux déployer leurs propres réseaux en vue de soutenir leur recherche de solutions durables à des situations ponctuelles. Afin d'explorer cette piste plus modeste, le comité de pilotage a proposé une analyse du réseau élargi du CDP, c'est-à-dire l'analyse du CDP en tant que réseau des réseaux de chacun de ses membres. Tracer et analyser les multiples réseaux qui constituaient le CDP permettraient d'identifier des portes ou des ponts vers le réseau public et institutionnel ou vers d'autres réseaux aidants, ainsi que d'apprendre comment les déployer de façon efficace. De cette façon, la portée réelle et potentielle du pouvoir d'agir des membres deviendrait plus évidente et prévisible. L'analyse du réseau des réseaux du CDP est devenue le troisième volet du projet.

### 3 / **Trois volets d'action**

Nous décrivons désormais les démarches et les résultats obtenus pour chacun des trois volets de recherche présentés, à la lumière des objectifs initialement exprimés par le CDP. Ces trois volets ont été conçus et mis en œuvre à la manière des recherches-actions et de la sociologie clinique, qui partagent une préoccupation pour la communication et la collaboration constante entre chercheurs et acteurs de terrain. En revanche, ces relations sont inévitablement tendues à cause des asymétries de pouvoir réelles et perçues : les chercheurs déploient leurs connaissances théoriques sur le terrain des acteurs, avec comme résultat une certaine invalidation des connaissances « profanes » que les acteurs ont construites sur eux-mêmes et sur leur milieu. Cela dit, dans le cas de la sociologie clinique, où les acteurs cherchent justement une transformation de perspective et de capacité d'agir, la traduction des problématisations de chacun est la clé. Les trois volets de cette recherche se fondaient alors sur le principe d'opérer une traduction ou une interprétation de l'identité du CDP (volet 1), des situations autour desquelles ses membres se mobilisaient (volet 2) et des options possibles afin d'agir sur ces situations (volet 3).

### 3.1 / **Volet 1: Consolider l'identité du CDP**

La production d'une monographie ou d'une étude descriptive du CDP constituait la première demande exprimée par le comité de pilotage et cet objectif n'a pas été abandonné ni redéfini en cours de route. Dans ce volet, le CDP est compris comme un réseau dynamique en soi et la monographie a pour but de retracer son émergence, ses racines et son évolution depuis sa création jusqu'au moment présent; d'explorer l'orientation, l'évolution et les enjeux de son fonctionnement; et de faciliter la réflexion sur les limites et les leviers de sa capacité transformationnelle, c'est-à-dire sur des stratégies réalistes que les membres pourraient développer afin de s'inscrire dans des réseaux ayant plus de pouvoir et ainsi d'améliorer le soutien apporté à leur « clientèle ».

Cette monographie se baserait sur des données recueillies à partir des archives du CDP tenues par la coordination<sup>4</sup>, ainsi que sur six entretiens individuels semi-dirigés. Deux anciens membres du CDP et deux membres actuels et de longue date ont été recommandés par le comité de pilotage comme ayant des perspectives variées sur ce que le CDP était et devrait être. Deux autres membres intégrés plus récemment au CDP, et qui semblaient particulièrement actifs, ont été choisis comme répondants par les chercheurs. Tous ont été questionnés sur le contexte de mise en place du comité (ou, pour les membres récents, comment ils l'ont découvert et ont été amenés à y participer), son évolution, la participation à ses activités, les relations entre ses membres, les dynamiques mobilisatrices ainsi que les tensions et défis auxquels le CDP a fait face ou fait face en ce moment. Même si les perceptions du parcours et du fonctionnement du CDP pouvaient se révéler assez différentes selon les perspectives des personnes interviewées, nous avons mis fin à la conduite d'entretiens lorsqu'ils ont cessé de nous apporter de nouvelles informations pertinentes.

Nous avons adopté un plan de rédaction chronologique, comme attendu par les membres du CDP. Ainsi, nous avons délimité des phases d'émergence, de développement et de consolidation du CDP, établi leur profil et relevé les enjeux de chacune. Par contraste, le dernier chapitre de la monographie a relaté quelques controverses qui ont émergé des entretiens et qui ont servi de tremplin pour un travail de réflexion collectif avec l'ensemble des membres.

---

4 Ces archives comprenaient des comptes rendus des réunions du CDP pendant plus de dix ans et jusqu'en 2009 (moment où le CDP a cessé de produire des comptes rendus); des comptes rendus des études de cas présentées aux réunions du CDP; et un rapport portant sur un projet développé et mis en œuvre par un sous-groupe du CDP.

L'analyse s'est voulue participative, soit une démarche inhérente à toute recherche « clinique » visant à coconstruire un savoir partagé :

Dans cette approche, l'interaction devient la condition spécifique de la production d'une connaissance valide à travers l'explicitation de la posture de chacun des interactants. Les professionnels sont, quant à eux, tour à tour sujet et objet de la recherche. En effet, ils réfléchissent en tant que « sujet » sur leurs pratiques en tant qu'elles sont l'« objet » de la recherche (Blondel, 2007, p. 208).

Cela dit, cette stratégie d'animation axée sur les controverses se fonde sur l'approche de l'acteur-réseau (Akrich, Callon et Latour, 2006; Callon, 1984), qui postule que l'action collective d'un réseau d'acteurs est possible dans la mesure où des idées hétérogènes, qui suscitent des controverses, sont sujettes à un processus de « traduction » qui parvient à faire converger ces acteurs vers une définition commune du problème (Callon, 1984). Conçue pour expliquer les processus d'innovation, cette approche a déjà été adaptée à l'analyse participative de l'action collective (Bilodeau, Chamberland et White, 2002; Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003; Suárez-Herrera, White et Battaglini, 2013). Les controverses qui sont apparues durant la préparation de la monographie ont été « traduites » par les chercheurs à l'aide d'un outil d'animation de l'analyse participative, outil visant à déclencher des échanges afin d'aboutir à des idées communes concernant l'identité et l'avenir du CDP. Cet outil est présenté dans le tableau 2.1, qui résume chaque controverse et les « aspects » des arguments associés, c'est-à-dire les idées différentes qui sont ressorties des entretiens effectués pour la monographie. Après trois heures de débat et de discussion, le groupe est arrivé non seulement à un consensus (provisoire) sur chacune des controverses, mais aussi à l'identification d'une autre controverse et à sa « résolution<sup>5</sup> ».

Les membres du CDP ont considéré cet exercice d'analyse participative très utile, dépassant déjà, selon plusieurs, leur perspective sur ce que la recherche pouvait leur offrir. Le retour des membres nous a autorisé à penser que cet exercice a eu pour effet perçu de stabiliser une identité collective plus réfléchie, d'améliorer la compréhension des uns et des autres et de leur permettre d'avancer sensiblement dans leurs réflexions sur l'avenir du groupe. Puisque les liens entre les acteurs du CDP n'étaient

---

5 Cette dernière controverse portait sur les frontières spatiales du CDP : faut-il rester local ou abandonner cet ancrage parfois limitant ?

TABLEAU 2.1 / **Outil d'animation**

<b>Thèmes de réflexion</b>	<b>Aspect A</b>	<b>Aspect B</b>
Participation	<b>Membres individuels</b> Participation selon les besoins sentis Besoins des intervenants priment <i>Membership</i> plus volatile	<b>Membres organisationnels</b> Participation par délégation (et volonté) Contribution potentielle de l'organisme prime <i>Membership</i> moins volatile
Taille	<b>Limitation du nombre de membres</b> Intimité, climat de confiance/frein à de nouvelles adhésions Soutien affectif Plus d'espace pour s'exprimer	<b>Expansion du CDP</b> Réseau plus large Capacité d'absorber la volatilité du <i>membership</i> Persévérance du comité
Diversité	<b>Membership relativement homogène</b> Plus grande symétrie parmi les membres Maintien de l'intimité, climat de confiance, espace sécuritaire Lieu de partage	<b>Diversification des membres</b> Multiplicité d'expériences, de savoirs et d'expertise Réseau d'entraide plus riche Difficulté à maintenir l'égalité communicationnelle
Coordination	<b>Délégation d'un OC du CSSS</b> Plus de stabilité Connaissance limitée de la culture du CDP Incertitude par rapport aux savoir-faire et au savoir-être de la personne	<b>Coordination par quelqu'un d'autre</b> Plus d'instabilité Indépendance du CSSS Lien de confiance Savoir-faire et savoir-être variables
Identité	<b>Communauté de pratique</b> Échange Entraide Relations Pratique commune	<b>Comité d'action</b> Agir sur l'environnement Améliorer la réponse dans le milieu Changer une situation Créer de nouvelles ressources

jusque-là ni explicites ni formalisés, et toujours en négociation, la production de la monographie aurait servi à « matérialiser » son existence, non seulement pour ses membres, mais également pour les personnes extérieures. Toutefois, du côté de la recherche, le travail effectué dans le cadre de ce volet a laissé ouverte la question du potentiel du CDP à agir en tant qu'acteur-réseau avec la capacité d'abaisser les barrières auxquelles les intervenants se heurtaient. Car l'analyse que le CDP a élaborée collectivement, en fonction des controverses soulevées dans la monographie, l'a révélé plus enclin à se développer en tant que communauté de pratique que de comité d'action, tout en ouvrant plusieurs pistes d'amélioration quant à la compétence de ses membres et l'efficacité de leurs interventions.

Pendant ce volet de la recherche, nous avons ainsi pu observer le CDP en train de négocier une identité collective et de prendre position face à des controverses jusque-là occultées, celles-ci étant étroitement liées aux expériences qui ont mené les membres à se joindre au CDP. En ce sens, la monographie et la discussion collective qui s'en est suivie semblaient avoir répondu aux attentes du CDP.

### 3.2/ **Volet 2: Identifier les cibles d'action**

Un deuxième volet de la recherche allait se centrer sur les expériences communes qui avaient conduit les membres à s'impliquer dans le CDP, à travers une analyse des études de cas que ces derniers présentaient régulièrement lors des réunions. Chacune des études de cas présentées par un membre représentait pour lui une « situation », ce qu'on peut définir, suivant Ann Mische et Harrison White (1998), comme une interaction routinière qui est soudainement rendue incertaine ou dangereuse, ou qui fournit une occasion imprévue à saisir. Étant donné que les membres du CDP travaillaient sur un même territoire, mais dans des domaines différents, ces « situations » pouvaient être décrites, par exemple, par un organisateur communautaire en milieu HLM, un policier, un intervenant dans un organisme communautaire pour personnes âgées ou pour femmes en difficultés, etc. Ces situations dérangeaient non seulement le travail relationnel routinier de l'intervenant, mais souvent, aussi, l'ordre interactionnel<sup>6</sup> qui régnait dans le milieu (Goffman, 1982). Cet aspect était particulièrement manifeste dans les histoires relatées par les membres du CDP organisateurs communautaires en HLM, où l'ensemble des résidents vivent déjà des situations de vulnérabilité susceptibles d'être aggravées par la présence quotidienne dans leur milieu de vie de comportements perturbants<sup>7</sup>.

Dans toutes les études de cas, il était question d'un enjeu, ou plutôt d'enjeux en séquences, associés à un individu dont le comportement était imprévisible et se situait en dehors du domaine de connaissance

---

6 L'ordre interactionnel fait référence au système de conventions tacites et de compréhensions communes associées à des situations sociales qui permettent le déroulement « normal » des interactions, sans heurt et sans besoin de « traduction » constante du sens de ces interactions par les personnes impliquées.

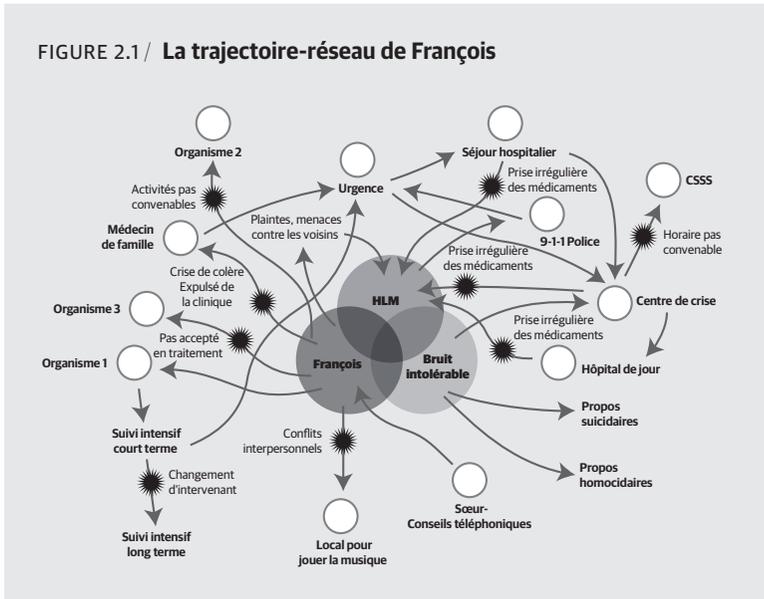
7 Selon l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM), les responsabilités des organisateurs communautaires en HLM se résument comme suit: assurer le développement sociocommunautaire des milieux de vie des locataires, chercher des solutions aux problèmes collectifs, soutenir les locataires dans la formation de comités et le fonctionnement de ceux-ci, susciter le développement de projets structurants pour les milieux de vie et faciliter l'intervention des organismes communautaires et publics auprès des locataires, <<http://www.omhm.qc.ca/organisateur-ou-organisatrice-communautaire>>, consulté le 30 mai 2016.

et de confort des intervenants du milieu. Pour cette raison, ces études menaient le plus souvent à des « diagnostics » de la situation axés sur l'individu lui-même - son comportement insupportable, sa définition inadéquate de la situation, le déni de son problème personnel, etc. Devant un tel diagnostic, l'incapacité des intervenants à agir avec efficacité suscitait un sentiment d'impuissance chez eux, malgré les conseils et suggestions qu'ils élaboraient au cours des réunions du CDP. Ils se sentaient dépourvus de l'expertise qui leur permettrait de bien traduire et de traiter le problème de l'individu perturbateur. Toutes les études de cas faisaient ressortir les multiples démarches entreprises par les intervenants afin de trouver une solution durable, démarches menant presque toujours à un échec.

Dans ce contexte, nous avons proposé une nouvelle forme d'analyse de cas. Adoptant une perspective de type trajectoire-réseau (Pescosolido *et al.*, 1998; Carpentier et White, 2013), nous avons suggéré de reconstruire le parcours de recherche d'aide en précisant tous les points de service et les personnes avec qui les individus et les intervenants communautaires étaient en communication directe ou indirecte. Suivant les consignes de la théorie de l'acteur-réseau (Latour, 2006), il s'agissait de suivre les liens là où ils nous amenaient et de documenter exactement ce qui s'était passé à chaque « connexion » accomplie ainsi qu'à chaque « cul-de-sac » rencontré. Une telle analyse visait à connaître les « murs » dont parlaient les membres du CDP et à mieux comprendre en quoi et pourquoi ils constituaient des blocages à la résolution de problèmes. Cinq individus à l'origine des études de cas présentées au CDP durant l'année de la collecte de données ont accepté de participer l'étude, en accordant un entretien et en acceptant que d'autres personnes dans leur réseau d'aide soient également interviewées. Notons que, dans deux cas, la première personne interviewée n'était pas celle qui posait problème, mais plutôt celle qui en « souffrait » et qui cherchait du soutien dans le milieu d'un intervenant membre du CDP (par exemple une personne âgée, mère d'une personne dont le comportement était considéré comme problématique). Dans l'un de ces cas, l'individu qui avait des conduites dérangeantes a également accepté de participer ; dans l'autre, nous n'avons parlé qu'à des personnes dans son entourage. En moyenne, quatre personnes étaient interviewées pour documenter un parcours. Cependant, il faut noter l'absence, dans le cadre de cette recherche, d'entretiens avec les personnes représentant les « culs-de-sac » dans ces parcours de

recherche d'aide<sup>8</sup>. Il faudrait par conséquent considérer ce volet comme « exploratoire ». Une représentation d'une trajectoire-réseau est présentée dans la figure 2.1.

Les cinq trajectoires-réseaux ont été documentées dans des récits d'environ cinq pages chacun, de la manière suivante. Après une brève introduction globale, les récits présentaient la situation donnant lieu à l'identification de ce « cas » comme étant sans issue par un ou des membres du CDP. Ils se poursuivaient par la description du réseau d'aide de la personne, réseau qui, dans presque tous les cas, était surprenant puisque les personnes n'y étaient pas aussi isolées que les membres du CDP l'avaient imaginé. Ensuite, les récits décrivaient le parcours de recherche d'aide par la personne et son réseau, comprenant ses proches et des intervenants, membres du CDP ou non. Nous avons alors relevé les impasses - soit ce qui a donné lieu à ce qu'un lien mène à un « cul-de-sac » - ainsi que les conséquences de ces impasses non seulement pour la



8 Cela s'explique par l'impossibilité d'identifier le ou les individus « responsables ». Une nouvelle recherche avec un protocole adapté est en développement afin de poursuivre l'étude de ces points de blocage.

personne, mais aussi pour son entourage. Par exemple, un intervenant communautaire dans un organisme pour aînés a proposé à la mère âgée d'une dame ayant une longue histoire de problèmes psychiatriques, et qui vivait avec elle, de chercher de l'aide dans un établissement de santé et services sociaux. Mais dans cet établissement, on lui a offert de l'aide psychosociale pour elle-même, et la travailleuse sociale a refusé d'utiliser les séances pour parler de sa fille. Cette personne est par la suite devenue victime de violences de la part de sa fille.

Les cinq récits de trajectoires-réseaux ont été présentés d'abord au comité de pilotage puis, après une première analyse dans ce cadre, à l'ensemble des membres du CDP pour une analyse collective. Les discussions en CDP, alimentées par l'analyse transversale des récits, ont fait ressortir l'importance de certaines situations déjà connues par les membres et d'autres situations moins connues. En examinant attentivement ce qui a fait obstacle à l'obtention de l'aide recherchée à un point donné du parcours des personnes, les membres du CDP et les chercheurs ont relevé cinq aspects récurrents :

- des comportements menaçants ;
- l'interprétation inégale des règles de confidentialité ;
- les protocoles de traitement exclusifs ;
- l'inefficacité des traitements pharmaceutiques ;
- la valorisation de l'autonomie de la personne.

Notons tout d'abord que seule la première relève de l'individu qui dérange les milieux de vie. Ensuite, l'interprétation semblant parfois arbitraire des règles de confidentialité dans les cas examinés a démontré le flou du règlement concerné ainsi que le pouvoir discrétionnaire d'une variété de gardiens d'accès (*gatekeepers*) aux services sociaux et de santé mentale. Les protocoles de traitement, pour leur part, créaient également des contraintes à l'accès aux services, par exemple lorsque des références médicales sont exigées, voire lorsqu'un « état d'esprit » est requis (reconnaître son problème, se comporter correctement, etc.), ainsi que l'ensemble des étapes à franchir pour accéder aux services. L'inefficacité des traitements pharmaceutiques devenait problématique dans la mesure où aucune solution de remplacement n'était offerte. Dans ces cas, les personnes sont livrées par les experts des établissements psychiatriques à leur famille ou milieu de vie - par exemple, en HLM - qui doivent alors composer avec les « échecs » des traitements. Enfin, par l'autonomie accordée aux personnes, nous désignons cette norme selon laquelle les services sociaux et de santé ne peuvent intervenir si la personne elle-même ne le souhaite pas, sauf si elle représente un danger pour elle-même ou

autrui. Cette norme pose problème non seulement parce que les personnes de l'entourage, fortement bousculées par les comportements de l'individu, manquent de recours, mais également, encore une fois, parce que la loi définissant un danger peut donner lieu à de nombreuses interprétations. Toutes ces contraintes constituent par ailleurs des controverses : par exemple, les normes de confidentialité et d'autonomie méritent d'être préservées, mais elles créent aussi des situations graves pour certains individus, leurs proches, leurs voisins ou les intervenants communautaires. Ainsi, dans un cas, un organisateur communautaire en HLM, constamment harcelé par un résident, a dû prendre un congé de maladie.

Pour les membres du CDP, il était éclairant d'apprendre que même les points de service visant les personnes ayant les problèmes comportementaux les plus graves - les hôpitaux psychiatriques - pouvaient bloquer l'accès à une personne parce que ses comportements étaient hautement dérangeants ou menaçants (par exemple des cris aigus). Les autres « murs » auxquels se butaient les personnes elles-mêmes, les membres de leur famille et les intervenants « non spécialistes en santé mentale » relevaient tous de normes au sein des organisations et institutions approchées et des protocoles de traitement offerts. Cette analyse collective a ainsi permis de détourner l'attention des intervenants membres du CDP de leurs propres « incompétences » vers celles des institutions et systèmes ayant pour mandat de fournir des services à des personnes ayant des problèmes de santé mentale et vivant mal dans la communauté. À travers cette analyse, ils ont mieux compris les processus d'exclusion touchant non seulement les personnes, mais aussi les intervenants dans la communauté qui sont alors appelés à leur venir en aide.

Cependant, si elle a permis d'identifier les « bonnes cibles » d'action potentielle, cette analyse ne s'est pas révélée très utile aux membres du CDP qui souhaitaient agir de façon plus efficace. Ceux-ci ne se percevaient pas comme ayant le pouvoir voulu pour abattre ces murs. Ils ont toutefois perçu une certaine utilité, potentielle, de cette analyse : dans leurs interactions avec les porte-parole des institutions, ils seraient mieux équipés pour saisir les points à négocier avec eux au lieu de baisser les bras. Ils ont aussi perçu l'intérêt potentiel de la représentation des intervenants non spécialistes à la table de concertation en santé mentale, une table interorganisationnelle visant l'action concertée pour améliorer l'organisation de l'offre de services sur le territoire.

Quelle est alors la contribution de ce volet de la recherche aux objectifs du CDP, qui était d'accroître la capacité de ses membres à devenir plus influents dans leurs échanges avec les décideurs et de changer les pratiques des diverses parties prenantes? D'abord, les études de cas ont servi à sensibiliser les membres du CDP à la nature socialement construite des «murs» érigés par le réseau de santé mentale et, par conséquent, à leur impermanence. Connaissant mieux les cibles d'action à viser pour agir plus efficacement, le CDP était mieux équipé pour réfléchir de façon réaliste sur le rôle qu'il pouvait assumer dans ce contexte. En effet, durant les analyses collectives des études de cas, les membres du CDP ont pu identifier un autre acteur-réseau, sur le même territoire - la table de concertation en santé mentale -, qui serait en meilleure position pour intervenir avec efficacité auprès des décideurs concernant les impasses institutionnelles soulevées par la recherche; en outre, ils pouvaient mieux saisir le rôle que le CDP pourrait jouer afin de favoriser la prise en considération de leurs demandes, connaissances et expériences par cet acteur. La question demeurait cependant de savoir si le CDP pouvait se donner les moyens pour assumer ce rôle.

### 3.3 / **Volet 3: Apprécier l'étendue et le potentiel des liens du CDP**

Le travail monographique portant sur l'émergence, le développement et la consolidation du CDP est parti de l'impression que le CDP constituait un acteur-réseau flou, instable, en négociation constante. À l'inverse, l'analyse collective des controverses a mis au jour une identité collective relativement solide, fédérant les membres en tant que communauté de pratique. Or les communautés de pratique, selon la définition usuelle, sont constituées de personnes homogènes sur le plan professionnel, partageant des expériences de travail communes. Lave et Wenger (1991), les premiers à avoir élaboré une théorie des communautés de pratique, s'intéressaient à «l'apprentissage situé»: le processus au cours duquel les individus améliorent leurs compétences professionnelles en apprenant les uns des autres, à travers leurs activités quotidiennes. Si le CDP fonctionnait en tant que communauté de pratique pour ses membres, c'était un nouveau type de communauté de pratique, puisqu'ils travaillaient dans des organisations différentes, axées sur des problématiques également différentes. Ils avaient cependant en commun d'être des intervenants communautaires, œuvrant dans le même quartier, qui souvent connaissaient les mêmes individus et intervenaient auprès d'eux. Ce qui les liait était d'abord une activité commune, soit l'intervention

communautaire<sup>9</sup>, mais surtout le sentiment d'une difficulté professionnelle commune, soit la gestion de milieux où évoluent certains individus ayant des troubles de santé mentale.

Afin d'ajouter un élément de compréhension concernant le pouvoir d'agir potentiel de cette communauté de pratique ayant à relever ce défi partagé, nous avons proposé une analyse de réseaux d'acteurs sociaux, inspirée de la notion de «capital social». Bourdieu définit le capital social comme «l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance» (1980, p. 2). Vu sous cet angle, un réseau à fort capital social constituerait une source de pouvoir d'agir. En nous basant sur les résultats du premier volet de la recherche, lorsque le CDP a cherché à se donner une identité collective, nous avons fait l'hypothèse que les ressources importantes attachées aux réseaux d'acteurs de chacun des membres du CDP représentaient un ensemble d'informations, de connaissances, de savoir-faire, de soutiens personnels et d'actions concrètes favorables à la recherche d'une solution durable pour aider les personnes dans la communauté. Une analyse de réseau permettrait de «tester» cette hypothèse et de reconnaître des sources de pouvoir au sein d'un réseau élargi jusque-là sous-utilisé, voire insoupçonné.

Un premier objectif de ce dernier volet de la recherche était donc de reconstruire le CDP en tant que réseau, en précisant la structure et le type de liens qui existaient entre les membres de ce réseau. Un deuxième objectif était d'envisager l'ampleur potentielle représentée par ce réseau, en reconstruisant aussi les réseaux professionnels et organisationnels hétérogènes de chacun de ses membres. Le CDP fut ainsi caractérisé comme un réseau de réseaux, dont tous les liens, directs et indirects, pouvaient être mobilisés pour renforcer les capacités du CDP à soutenir l'action de ses membres. Selon les théories des réseaux et du capital social, il conviendrait de considérer en outre *a)* la nature et la force des liens: si les liens les plus forts eu égard à l'intensité des contacts sont souvent plus aidants sur le plan du soutien émotionnel, les liens plus faibles permettent en général d'accéder à des informations et des

---

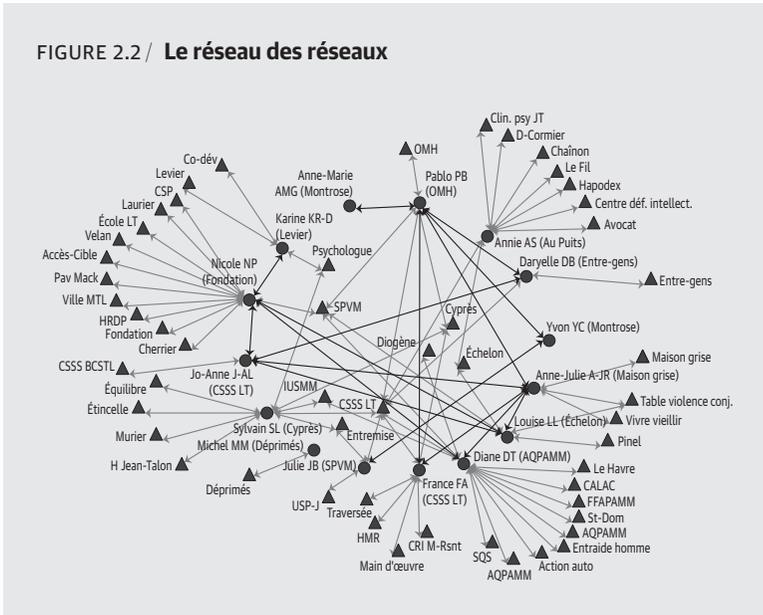
9 L'intervention communautaire est reconnue comme une pratique professionnelle par l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, identifiée entre autres par le milieu de pratique: «Porteur d'une identité et d'une culture qui lui est propre, le milieu communautaire se distingue notamment par la mise en œuvre et la promotion de pratiques tantôt novatrices, tantôt alternatives et souvent complémentaires à celles mises en place dans le réseau institutionnel» (2008). Cela dit, une proportion importante des intervenants communautaires n'a pas de formation professionnelle.

connaissances nouvelles (Granovetter, 1973); b) la structure des liens au sein du réseau, ce qui conduit à réaliser l'importance stratégique de chacun des membres du réseau pour l'accès à des « capitaux », tels que des informations, des conseils ou des actions aidantes (Burt, 1982). L'analyse de réseau permet ainsi d'estimer le « capital social » dont jouit le CDP en principe et de savoir si une « capitalisation » des liens s'effectue ou peut s'effectuer dans la pratique.

Nous avons procédé à l'analyse en utilisant des questionnaires de type « générateur de noms » remplis individuellement par les quatorze membres les plus assidus du CDP; nous les avons invités à nommer les personnes qui les aident de diverses manières dans leur travail quotidien et à indiquer les organisations auxquelles ces personnes sont rattachées et à qualifier ces liens. Nous leur avons demandé de traiter d'abord des personnes membres du CDP rencontrées en dehors des réunions régulières durant les six derniers mois et ensuite de répéter cet exercice pour des personnes aidantes sur le plan professionnel qui n'étaient pas membres du CDP durant la même période. Après un débat en comité de pilotage, nous avons décidé de recueillir des données sur les réseaux des membres en nous centrant sur les individus, mais aussi sur les organisations, afin de mieux comprendre ce qu'apportait, en principe, chacun des liens interpersonnels relevés. Nous avons présenté les résultats des analyses aux membres du CDP à l'aide de cartographies visuelles et discuté avec eux du sens de chacune. La figure 2.2, ci-contre, représente la cartographie de l'ensemble des relations recueillies au sein du CDP et à l'extérieur.

L'analyse des entretiens et des échanges de la monographie a montré que les liens repérés entre les membres du CDP n'étaient peut-être pas aussi aidants qu'on aurait pu l'imaginer. C'était sur les plans du partage des informations et des actions concrètes que ces liens étaient les plus actifs, mais ils restaient peu denses: ils se dessinaient le plus souvent en dyades avec la coordonnatrice du CDP qui occupait donc une position plus centrale. Les liens basés sur le soutien clinique, personnel ou émotionnel, étaient encore moins denses, voire clairsemés. Sur ces derniers plans, à la surprise de tous, la majorité des membres ne comptait sur aucun autre membre en dehors des moments des réunions du CDP. En ce qui concerne les conseils cliniques recherchés en dehors des réunions, seulement deux dyades émergeaient. Ces résultats inattendus s'expliquaient-ils par le manque d'expertise des membres du CDP, alors qu'ils avaient surtout besoin de soutien et de conseils experts? L'analyse a toutefois souligné l'importance de ces liens, aussi faibles soient-ils: en

FIGURE 2.2 / Le réseau des réseaux



moyenne, les membres ont accordé une force de sept sur dix à l'importance pour eux de leurs liens avec d'autres membres du CDP, lorsque ces liens existaient.

Par contraste, les réseaux de chacun des membres se tissaient surtout avec d'autres acteurs individuels et organisationnels, notamment dans leur organisme d'attache et domaine d'action. Pendant les discussions autour des cartographies, nous observons que le CDP était en fait marginal du point de vue de chacun des milieux de travail dans lesquels ses membres sont ancrés. Ces milieux agissaient comme une force centrifuge qui avait tendance à éloigner les membres du CDP les uns des autres, alors que le CDP en soi n'exerçait pas une force centripète assez forte pour assurer sa propre stabilité. Par exemple, seulement quatre membres comptaient le plus grand nombre de liens externes et effectivement, ces personnes étaient reconnues pour jouer un rôle pivot au CDP. Par contre, la participation au CDP de ces individus n'était pas sûre; à n'importe quel moment, à la survenue d'un changement de priorités ou d'une baisse d'effectifs, leur propre organisme pouvait décider de ne plus les libérer pour participer aux réunions. Cette observation a permis d'éclaircir une

observation documentée dans la monographie, à savoir que le CDP a vécu des moments forts de désintégration et de reconstruction durant son histoire. L'instabilité structurelle était donc chronique. Le réseau élargi, source potentielle de pouvoir d'agir, était-il éphémère ?

## Conclusion

Les conclusions des trois volets de cette recherche-action n'ont pas répondu à tous les objectifs énoncés par le CDP. Elles n'ont pas (encore) aidé le CDP à devenir plus influent à l'égard des décideurs dans le domaine de la santé mentale, ni à changer les pratiques des institutions et organismes importants, ni même à développer des pistes pour faire émerger des réseaux plus aidants. Au contraire, ces conclusions dépeignent le CDP comme un assemblage d'individus et d'organisations marginal non seulement par rapport au domaine de la santé mentale, mais aussi pour ses propres membres dont l'ancrage professionnel principal était situé ailleurs. Le comité paraît insuffisamment « connecté » et insuffisamment stable pour se construire une identité publique et réunir, entre autres, le capital social qui pourrait lui permettre de s'imposer face aux autres réseaux, plus institutionnalisés et plus puissants, avec lesquels ses membres tentent de négocier régulièrement. Ayant identifié les « murs à défoncer » principalement dans les normes et pratiques du réseau institutionnel en santé mentale, il est possible de croire que la meilleure façon pour le CDP de gagner en influence serait de se joindre à ce réseau ; une stratégie improbable puisque la seule chose qui semble lier les personnes et les organisations associées au CDP est justement leur exclusion de ce réseau (White, 2015).

Une autre stratégie est cependant suggérée par cette recherche : grâce aux liens personnels et organisationnels de leur propre réseau élargi, les membres du CDP pourraient potentiellement s'organiser pour outiller des délégués communautaires aux tables de concertation en santé mentale, qui rassemblent des décideurs dans ce domaine et sur leur territoire. Les corridors d'influence indirecte peuvent être repérés et des outils durables développés.

Voici l'une des forces les plus grandes des diverses approches relationnelles mobilisées pour cette recherche-action : que ce soit par des matrices de controverses, par des cartographies de trajectoires en réseaux (décrivant le parcours des personnes à aider) ou par la cartographie du réseau élargi des membres du CDP, ces approches permettent de produire des outils visuels, durables et qui font sens pour les acteurs, puisqu'elles

illustrent leurs relations vécues. Suivant l'idéal de la sociologie clinique, ces outils et la participation directe des membres à leur développement et opérationnalisation contribueraient à l'évolution du CDP dans la mesure où ils permettent que le travail réflexif et collectif, notamment sur le rôle de ce réseau dans son environnement, se poursuive après le départ des chercheurs.

Qu'en est-il cependant de la contribution de l'approche relationnelle dans ce contexte de recherche-action au développement des connaissances plus générales, qui est le domaine des chercheurs ? L'analyse collective de la dynamique relationnelle vécue sur le terrain est particulièrement propice au développement d'hypothèses construites sur la base des connaissances expérientielles et inédites des acteurs (Blais, 2006). On évite alors de se donner comme objets d'observation des boîtes noires, en forme d'agglomérations abstraites, tels les institutions et les systèmes, pour se concentrer sur les interactions concrètes par lesquelles celles-ci s'installent, évoluent et s'imposent. Des « murs » se transforment ainsi en espaces de transactions et de négociations, par exemple autour de questions de protocoles d'accès aux services et traitements offerts, de règles de confidentialité, de réponses à des comportements dérangeants. Des recherches construites sur cette base laissent nécessairement de la place au développement de connaissances portant sur les marges de manœuvre et multiples sources de pouvoir de l'ensemble des acteurs, ceux qui excluent des services aussi bien que ceux qui en sont exclus, qu'ils soient des individus avec des besoins ou leurs intervenants et proches aidants dans la communauté.

Ainsi, les résultats de cette aventure en recherche-action et recherche clinique avec le CDP sont effectivement devenus autant d'hypothèses pour des projets de recherche plus traditionnels visant une contribution plus générale aux sciences sociales. D'abord, ils ont donné lieu au développement d'une recherche portant sur la dynamique transactionnelle ayant lieu aux points d'interaction entre systèmes et acteurs, dans l'optique d'établir ce qui se produit réellement dans les corridors interorganisationnels et interprofessionnels ainsi qu'aux guichets uniques mis en place pour faciliter l'accès aux services des personnes exclues. De plus, ils ont soulevé de nouvelles questions relatives aux communautés de pratique dans des contextes de déprofessionnalisation et d'hyperhétérogénéité : quels savoir-faire permettront aux intervenants dans la communauté d'agir efficacement pour tenter de résoudre des problèmes de plus en plus complexes ? Comment peuvent-ils se doter de telles compétences ? Enfin, quel serait le rôle de la recherche-action dans ce contexte ?

## Bibliographie

- AKRICH, M., M. CALLON et B. LATOUR (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines.
- AUDOUX, C. et A. GILLET (2011). « Recherche partenariale et coconstruction de savoirs entre chercheurs et acteurs: l'épreuve de la traduction », *Interventions économiques*, n° 43, p. 2-19.
- BARNES, J. A. (1969). « Graph theory and social networks: A technical comment on connectedness and connectivity », *Sociology*, vol. 3, n° 2, p. 215-232.
- BILODEAU, A., C. CHAMBERLAND et D. WHITE (2002). « L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique », *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 17, n° 2, p. 59-88.
- BILODEAU, A., S. LAPIERRE et Y. MARCHAND (2003). *Le partenariat: comment ça marche. Mieux s'outiller pour réussir*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- BLAIS, L. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, p. 151-163.
- BLONDEL, F. (2007). « L'approche clinique dans les dispositifs de recherche-action », dans V. de Gaulejac et al. (dir.), *La sociologie clinique*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, p. 201-216.
- BOURASSA, M., R. PHILION et J. CHEVALIER (2007). « L'analyse de construits, une coconstruction de groupe », *Éducation et francophonie*, vol. 35, n° 2, p. 78-116.
- BOURDIEU, P. (1980). « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 31, n° 1, p. 2-3.
- BRUM-SCHÄPPI, P. (2008). *Intervenir auprès des jeunes au Québec: sociologies implicites*, Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal.
- BURT, R. S. (1982). *Toward a Structural Theory of Action: Network Models of Social Structure, Perception and Action*, New York, Academic Press.
- CALLON, M. (1984). « Some elements of a sociology of translation: The domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay », dans J. Law (dir.), *Power, Action & Belief: A New Sociology of Knowledge?*, Londres, Routledge, p. 196-233.
- CARPENTIER, N. et D. WHITE (2013). « Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation », *Sociologie et Sociétés*, vol. 45, n° 1, p. 279-300.
- EMIRBAYER, M. (1997). « Manifesto for a relational sociology », *American Journal of Sociology*, vol. 103, n° 2, p. 281-317.
- FOUCAULT, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, Paris, Pantheon.
- FOX, S. (2000). « Communities of practice, Foucault and actor-network theory », *Journal of Management Studies*, vol. 37, n° 6, p. 853-868.
- GOFFMAN, E. (1982). « The interaction order », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 1, p. 1-17.
- GRANOVETTER, M. S. (1973). « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, p. 1360-1380.
- LATOUR, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte.
- LAVE, J. et E. WENGER (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Cambridge University Press.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*, <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>>, consulté le 30 mai 2016.
- MISCHE, A. et H. WHITE (1998). «Between conversation and situation: Public switching dynamics across network domains», *Social Research*, vol. 65, n° 3, p. 695-724.
- MURDOCH, J. (1998). «The spaces of actor-network theory», *Geoforum*, vol. 29, n° 4, p. 357-374.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleuses sociales et travailleurs sociaux en milieu communautaire*, <[http://www.otstcfq.org/portailCommunications\\_/publications/centre-de-documentation/](http://www.otstcfq.org/portailCommunications_/publications/centre-de-documentation/)>, consulté le 30 mai 2016.
- PATTON, P. (1992). «Le sujet de pouvoir chez Foucault», *Sociologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, p. 91-102.
- PESCOSOLIDO, B. A. (2011). «Organizing the sociological landscape for the next decades of health and health care research: The Network Episode Model III-R as cartographic subfield guide», dans B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod et A. Rogers (dir.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, New York, Springer, p. 39-66.
- PESCOSOLIDO, B. A., C. B. GARDNER et K. M. LUBELL (1998). «How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers"», *Social Science & Medicine*, vol. 46, n° 2, p. 275-286.
- RÉSEAU INTERNATIONAL DE SOCIOLOGIE CLINIQUE (2015). «Présentation générale du courant disciplinaire», <<http://www.sociologie-clinique.org/>>, consulté le 30 mai 2016.
- RHÉAUME, J. (2008). «Quand l'histoire devient agissante. Étude de cas en milieu associatif», dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dir.), *Intervenir par le récit de vie*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, p. 63-88.
- RHÉAUME, J. (2009). «La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution: le cas d'un centre de santé et services sociaux», *Sociologie et Sociétés*, vol. 41, n° 1, p. 195-215.
- RHÉAUME, J. et L. MERCIER (2007). *Récits de vie et sociologie clinique*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- RHÉAUME, J. et R. SÉVIGNY (1988). «Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 1, p. 95-104.
- SIMMEL, G. (1910). «How is society possible?», *The American Journal of Sociology*, vol. 16, n° 3, p. 372-391.
- SUÁREZ-HERRERA, J. C., D. WHITE et A. BATTAGLINI (2013). «La recherche participative en CSSS-CAU: le cas du Partenariat ARIMA comme réseau innovateur de traduction des savoirs», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, n° 2, p. 73-88.
- TOURAINÉ, A. (1984). «Les mouvements sociaux: objet particulier ou problème central de l'analyse sociologique?», *Revue française de sociologie*, vol. 25, n° 1, p. 3-19.
- WHITE, D. (2015). «Les déterminants institutionnels de l'exclusion: à quoi doit servir l'action intersectorielle?», *Le partenaire*, vol. 24, n° 1, <<http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-membres-et-abonnes/volume-24-no-1-ete-2015/>>, consulté le 30 mai 2016.



## Quand les idées font réseau

Combiner l'analyse de réseau et la cartographie conceptuelle

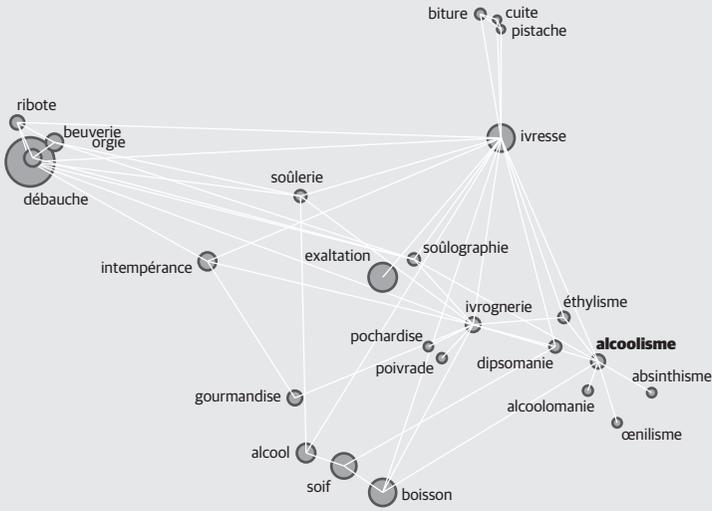
*Michael Cantinotti, Alexandre Naud et Yan Kestens*

---

L'expression «une image vaut mille mots» (Confucius) évoque la capacité des représentations visuelles à révéler de façon synthétique et analogique le sens d'un corpus d'idées. Schématiser de manière graphique des liens entre des idées permet de mieux appréhender des notions abstraites. Par exemple, quel est le sens du concept «alcoolisme»? Une manière de répondre à cette question consiste à élaborer le réseau des distances sémantiques (proxémie) des termes associés à ce mot dans un dictionnaire (figure 3.1).

Comprendre comment un groupe de personnes se représente une problématique revêt des intérêts multiples. Il peut par exemple s'agir de mieux appréhender les stéréotypes sociaux qui nuisent à la prévention de maladies ou à l'accès aux soins des personnes qui en sont affligées. Dans d'autres cas, il s'agit de connaître la vision que des personnes entretiennent au sujet d'un programme ou d'un objet. Lorsque des acteurs provenant de domaines disciplinaires distincts sont amenés à échanger, des termes apparemment similaires recouvrent parfois des sens distincts, et des termes distincts sont parfois associés à des notions similaires. Dans le contexte de la recherche de solutions à une situation ambiguë ou insatisfaisante, comment s'assurer que les acteurs concernés s'entendent réellement quant à la définition du «problème» avec lequel ils sont aux prises?

FIGURE 3.1 / Proximité sémantique du mot « alcoolisme » avec d'autres termes dans un dictionnaire francophone en ligne



Source: Faite à partir de <<http://prox.irit.fr>>, consulté le 9 septembre 2016.

Les cartes conceptuelles - ou « cartes de connaissances », pour reprendre la terminologie de Basque (2012) - offrent une avenue de solutions à ce sujet. Bezzi les définit comme « des représentations de concepts sous forme graphique qui sont particulièrement utiles pour en saisir la complexité, leurs relations réciproques, ou leurs liens hiérarchiques et de causalité » (2008, p. 30; traduction libre). Cet auteur propose une catégorisation des cartes conceptuelles selon leur mode de schématisation, leur finalité ou encore le modèle théorique dans lequel elles s'inscrivent. Ce sont les travaux menés par Novak (1977) dans les années 1970 qui ont popularisé l'utilisation des cartes conceptuelles dans le domaine des sciences de l'éducation. Ces travaux visaient à cerner le développement cognitif d'enfants et à représenter de manière graphique l'émergence de concepts abstraits chez ceux-ci. Par la suite, l'utilisation des cartes conceptuelles a été élargie à des populations variées, incluant des étudiants universitaires ou des experts d'un domaine disciplinaire (Novak et Cañas, 2006). Le point de départ de cette approche des cartes conceptuelles consiste en général à représenter manuellement des liens

entre des idées sous forme de carte - parfois avec l'aide d'un logiciel tel que Cmaptools ou Freeplane - où les concepts sont organisés de manière hiérarchique et en inscrivant des propositions qui décrivent les liens entre ces concepts. Cette représentation vise habituellement à exprimer une réflexion individuelle. Toutefois, elle peut également être le fruit d'un travail collectif et illustrer une réflexion de groupe.

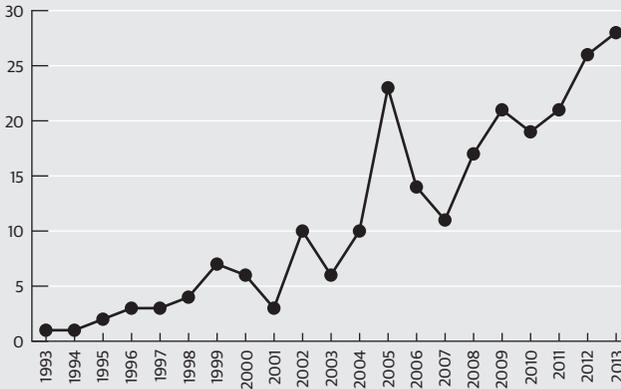
La technique de cartographie conceptuelle dont traite ce chapitre se distingue de l'approche qui a été développée dans le domaine de l'éducation, autant par le processus de collecte des données, par les analyses statistiques multivariées utilisées que par la modélisation qui concerne généralement la représentation d'un groupe de répondants. Cette seconde approche affiche une popularité croissante en recherche et en évaluation (figure 3.2). Elle consiste en l'utilisation combinée de l'échelonnement multidimensionnel et de l'analyse en grappes, et semble avoir émergé dans les années 1970, sans que la terminologie « cartographie conceptuelle » soit utilisée (Burton et Romney, 1975); la dénomination, provenant de Novak, a été popularisée par Trochim (1989) dans le domaine de l'évaluation de programmes<sup>1</sup>.

Ce chapitre présente les démarches requises pour réaliser ce type de cartographie conceptuelle et discute de l'apport novateur des analyses de réseaux pour compléter et nuancer la modélisation de concepts groupaux sous forme de cartes. Il présente également les similarités et les différences entre les deux approches, ainsi que les limites entourant l'application des techniques provenant de l'analyse de réseaux sociaux à des réseaux d'idées. Afin de montrer la pertinence de cette perspective en pratique, nous utiliserons des données issues d'une recherche sur les jeux de hasard et d'argent (Cantinotti, Ladouceur et Jacques, 2009). Cette recherche visait à étudier la représentation que des joueurs, ainsi que des chercheurs et cliniciens (psychologues et psychiatres) se font des problèmes de jeu. On observe en effet que seule une minorité de joueurs catégorisés comme ayant un problème de jeu entreprennent un traitement (Braun *et al.*, 2014): l'utilisation de messages préventifs au contenu adéquatement ciblé peut accroître l'intérêt à entreprendre des démarches de recherche d'aide chez des joueurs qui développent des difficultés, d'où l'importance de déterminer comment ces personnes se représentent les problèmes de jeu. De plus, il est pertinent d'examiner la

---

1 Bezzi (2008), qui est à notre connaissance l'un des premiers auteurs à avoir proposé une vue d'ensemble des différentes méthodes de cartographie conceptuelle, relève plusieurs liens conceptuels entre l'approche de la cartographie conceptuelle initiée par Novak et celle développée ultérieurement par Trochim. Il est intéressant de relever que ces deux chercheurs ont effectué leurs travaux à l'Université Cornell (New York).

**FIGURE 3.2 / Évolution temporelle du nombre de publications incluant la cartographie conceptuelle qui sont référencées dans la banque de données Scopus (1993 à 2013)**



Note: Figure faite à partir d'une recherche dans la banque de données Scopus (<<http://www.scopus.com>>, consulté le 6 septembre 2014) avec les mots clés suivants: [TITLE-ABS-KEY («concept map\*») AND ALL («multidimensional scaling» OR «cluster analysis»)]. La recherche a retracé 252 documents qui utilisent la cartographie conceptuelle sous forme de méthodologie mixte basée sur des statistiques multivariées.

représentation de chercheurs et de cliniciens à ce sujet, afin d'évaluer si leur conceptualisation converge ou non avec celle des joueurs. Des cartes conceptuelles peuvent être générées pour répondre à cette préoccupation et des analyses de réseaux peuvent être menées pour affiner l'interprétation de ces cartes.

Les données qui servent de base aux analyses par carte conceptuelle présentent des similarités avec celles requises pour les analyses de réseaux sociaux, ce qui rend leur combinaison envisageable méthodologiquement (Goldman et Kane, 2014; McLinden, 2013). Par exemple, nous pouvons représenter la fréquence des regroupements d'idées sous forme de densité de liens sur la carte, ce qui permet de faire apparaître les associations d'idées provenant des participants individuels sur une carte conceptuelle de groupe. En outre, il est possible d'effectuer des mesures de centralité d'intermédiation (*betweenness centrality*), c'est-à-dire de la

centralité d'un nœud au sein d'un réseau. Cette mesure, qui est égale au nombre de chemins les plus courts passant par le nœud (Freeman, 1979), lorsqu'elle est élevée pour certaines idées, pourrait suggérer que ces dernières représentent des ponts sémantiques (*bridging*) entre certains regroupements d'idées (McLinden, 2013). Une seconde interprétation possible est que cette mesure indique une ambiguïté sémantique entre les perceptions des répondants. Cette situation pourrait, par exemple, survenir lorsqu'un terme revêt une connotation différente selon le vécu des participants. Par exemple, dans le travail de Lewis (1995), le terme «dépression» possédait des sens distincts selon l'acceptation, ou non, par les participants de leur diagnostic clinique.

Nous décrivons dans un premier temps les étapes nécessaires à la mise en place d'une carte conceptuelle. Puis, nous illustrerons cette méthode à travers l'étude portant sur la représentation que des chercheurs et des cliniciens entretiennent à propos de la difficulté à se contrôler au jeu sur les appareils de loterie vidéo. Un exemple d'interprétation de carte conceptuelle introduira divers indices quantitatifs usuels fournis par le logiciel Web eKogito, fruit d'un partenariat de recherche entre des professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières (M. Cantinotti), de l'Université Laval (A. Lebel), de l'Université de Sherbrooke (C. Bois) et du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Y. Kestens) avec la participation de la firme informatique Treksoft Solutions inc. (2015). Finalement, nous présenterons l'apport complémentaire des analyses graphiques et numériques de réseaux sociaux appliquées à la cartographie conceptuelle.

## 1/ **Processus de création d'une carte conceptuelle**

Quelles sont les étapes de création d'une carte conceptuelle? Nous reprenons ici les grandes lignes décrites par Rosas et Kane (2012), en intégrant des suggestions mentionnées par Johnsen, Biegel et Shafran (2000) ainsi que par Paulson et Worth (2002).

La première étape consiste à définir une question cible permettant de colliger le matériel d'intérêt. Selon la nature du projet, cette question peut être élaborée par le chercheur, par le mandataire du projet ou en collaboration avec un groupe qui représente les répondants potentiels. Dans le cadre de l'étude sur les joueurs, les auteurs s'intéressaient plus précisément aux personnes utilisant les appareils électroniques de

jeu (nommés «loterie vidéo» au Québec) situés dans des bars et restaurants. La consigne transmise aux participants (joueurs, chercheurs et cliniciens) sur une page Web était la suivante :

Générez de courtes propositions pour compléter la phrase ci-dessous, en décrivant comment ou en expliquant pourquoi une personne peut éprouver de la difficulté à se contrôler lorsqu'elle joue aux appareils de loterie vidéo.

Un élément qui peut décrire ou expliquer la difficulté à se contrôler aux appareils de loterie vidéo, c'est... \_\_\_\_\_

Un critère de saturation conceptuelle (l'atteinte d'un stade de redondance dans les idées énoncées) est généralement souhaitable. Le nombre de participants requis durant la première étape est donc similaire à celui qui est visé dans une étude qui examinerait cette question en recourant à des entrevues qualitatives. Habituellement, il s'agit d'un groupe de 10 à 20 personnes.

Une fois la collecte des idées terminée, une deuxième étape implique un «nettoyage» des items (correction orthographique, séparation de propositions contenant deux idées en deux items distincts, etc.). Afin d'anticiper la suite du processus où les items sont soumis aux répondants, il est préférable de ne pas retenir plus de 75 à 100 items. Un sous-échantillon représentatif des idées initiales (par exemple par tirage aléatoire) doit donc parfois être réalisé, comme ce fut le cas dans le présent projet.

Lors de la troisième étape, une tâche de tri libre est réalisée individuellement par les participants. Selon les objectifs visés par l'étude, le nombre de participants à cette étape de tri et de cotation peut être supérieur à celui de l'étape de génération des idées. Chaque participant doit regrouper les idées qu'il juge proches et assigner une courte description aux groupes d'idées qu'il génère. Lorsqu'un participant ne parvient pas à classer une idée, celle-ci peut être laissée de côté. Par ailleurs, toutes les idées ne peuvent pas être catégorisées dans un seul groupe et qu'un groupe ne peut être composé d'une seule idée. La consigne suivante a été utilisée :

Veuillez classer les cartes dans autant de piles que vous le désirez, en fonction de la similarité que vous percevez entre elles. Lorsque certains items vous paraissent bien aller ensemble ou que vous percevez qu'ils sont logiquement liés, mettez-les dans une même

pile. Vous êtes libre de refaire les arrangements entre items jusqu'à ce que vous soyez satisfait ou satisfaite du résultat. Il n'y a pas de regroupement qui soit juste ou faux. Vous allez probablement avoir l'impression que plusieurs combinaisons d'items sont possibles ou acceptables. Conservez les regroupements qui vous paraissent les meilleurs (Cantinotti, 2007, p. 204-205).

Les données qui sont générées lors de cette étape peuvent être représentées sous la forme d'une matrice carrée symétrique  $n * n$  (où  $n$  représente le nombre total d'idées soumises au tri). Lorsque deux idées sont placées dans un même groupe par un participant, la case correspondante contiendra une valeur «1», et «0» dans le cas inverse. Étant donné que chaque idée est nécessairement similaire à elle-même, la diagonale de la matrice est composée de «1» (tableau 3.1). En additionnant les matrices de tous les participants, le contenu de la figure 3.3 est obtenu. Dans cet exemple, 31 personnes ont pris part à l'étape de tri libre des 43 idées qui leur avaient été soumises.

TABLEAU 3.1 / Exemple de matrice d'association (N = 31)

	Idée 1	Idée 2	...	Idée 28	...	Idée 43
Idée 1	31	1	...	0	...	1
Idée 2	1	31	...	21	...	0
...	...	...	...	...	...	15
Idée 28	0	21	...	31	...	0
...	...	...	...	...	...	...
Idée 43	1	0	15	0	...	31

La fréquence du regroupement des idées suggère une proximité conceptuelle entre celles-ci. La matrice indique que certaines idées ont plus fréquemment été regroupées que d'autres. Ainsi, 21 répondants ont classé l'idée 2 («Ne plus aller au bar pour faire du social, mais pour jouer») dans un même groupe que l'idée 28 («Passer plus de temps à jouer qu'à faire autre chose»), alors qu'un seul répondant sur 31 a classé l'idée 1 («Être excité en pensant à la possibilité de gagner») dans le même groupe que l'idée 2. Lors de la visualisation des résultats, il sera donc vraisemblable que les idées 2 et 28 apparaissent relativement proches sur la carte qui sera générée, alors que les idées 1 et 2 devraient être plus distantes. Il est à noter que la matrice est symétrique ici puisqu'il n'y a pas d'«orientation» dans le classement des idées: lorsque l'idée 1 est classée avec l'idée 2, l'inverse est également vrai.

La quatrième étape consiste à attribuer une cote à chaque idée selon différentes dimensions d'intérêt. Il peut, par exemple, s'agir d'évaluer l'importance de chaque idée dans le contexte de l'implantation d'un programme préventif. Dans d'autres cas, il est possible d'utiliser un critère de cotation qui réfère à l'emprise des répondants, dans le cadre de leur pratique professionnelle, sur les notions qui ont été générées (Lebel *et al.*, 2010). Ces dimensions constituent des éléments qui permettent de nuancer l'interprétation de la carte et de cibler des pistes d'actions prioritaires pour une intervention découlant du projet. Habituellement, ce sont les mêmes personnes qui classent et cotent les idées. Nous ne développons pas cette étape dans le cadre de ce chapitre.

La cinquième étape consiste à analyser les données générées à l'aide de logiciels, par des analyses en échelonnement multidimensionnel<sup>2</sup> et en grappes (aussi appelée « analyse en *clusters*»). La première analyse mène à une représentation des idées dans un espace généralement bidimensionnel, soit une carte. Il est également possible de produire des modèles tridimensionnels, mais ceux-ci peuvent être plus difficiles à interpréter. Un coefficient d'inadéquation allant de 0 à 1 (« stress ») permet de juger de la capacité du modèle à représenter adéquatement les données initiales. Une approche probabiliste permet de juger si le modèle peut être interprété dans la dimensionnalité souhaitée ou si une dimensionnalité supérieure devait être envisagée (Sturrock et Rocha, 2000). La seconde analyse permet de délimiter des agrégats, ou regroupements, d'idées qui correspondent à des sous-concepts relevant du concept général qui fait l'objet du projet – soit la difficulté de contrôler son usage des appareils de loterie vidéo. Pour chaque analyse, il existe une variété d'algorithmes de calcul. Dans le cas de l'analyse en grappes, certains algorithmes produisent une solution basée sur une optimisation mathématique, alors que d'autres requièrent un choix subjectif quant au nombre d'agrégats de la part de l'analyste. La librairie *clues* (Chang *et al.*, 2010) du logiciel libre R suggère un nombre optimal d'agrégats, alors que dans l'analyse typologique hiérarchique classique, cette tâche revient à l'analyste.

La dernière étape concerne l'interprétation des résultats et vise à limiter les inférences de l'analyste. Un processus inductif est utilisé pour nommer les agrégats d'idées sur la carte : la cartographie conceptuelle se

---

2 L'échelonnement multidimensionnel est une technique d'analyse analogue à l'analyse factorielle, mais au lieu de s'intéresser à des corrélations, elle est réalisée sur des données de tri. Lorsque la structure des données est forte, les deux types d'analyses tendent à donner des résultats similaires.

distingue ainsi des analyses factorielles, où ce sont généralement les personnes responsables de la recherche qui choisissent elles-mêmes les noms des facteurs. Dans notre cas, les titres que les répondants ont assignés à leurs regroupements sont projetés sur la carte. Leurs coordonnées sont calculées en se basant sur les coordonnées des idées qui composent les groupes. Puis, les titres de regroupements les plus proches du centroïde de chaque agrégat sont utilisés pour nommer ces derniers. Un agrégat (grappe) peut être considéré comme un sous-concept du «métaconcept» étudié par le projet.

Une étape additionnelle peut se révéler nécessaire dans les projets de nature participative. Dans ce contexte, les participants de la phase de tri sont exposés à la carte qui émane des analyses, invités à l'interpréter et à attribuer des titres descriptifs aux agrégats qui s'y révèlent.

## 2 / Représentation par cartographie conceptuelle

Le tableau 3.2 liste les idées qui ont été générées par les participants de l'étude portant sur les jeux vidéo, ainsi que le titre des agrégats. La figure 3.3 représente la carte qui provient des analyses. Les idées sont numérotées et listées dans le tableau 3.2.

L'indice de stress du modèle est statistiquement significatif<sup>3</sup>, ce qui indique que l'on peut rejeter l'hypothèse d'un classement aléatoire des données et donc qu'il est pertinent de procéder à leur interprétation. L'analyse en grappes<sup>4</sup> suggère de retenir quatre agrégats: **1** - Aspects émotionnels; **2** - Aspects environnementaux; **3** - Aspects cognitifs et croyances; **4** - Excès comportementaux et conséquences négatives.

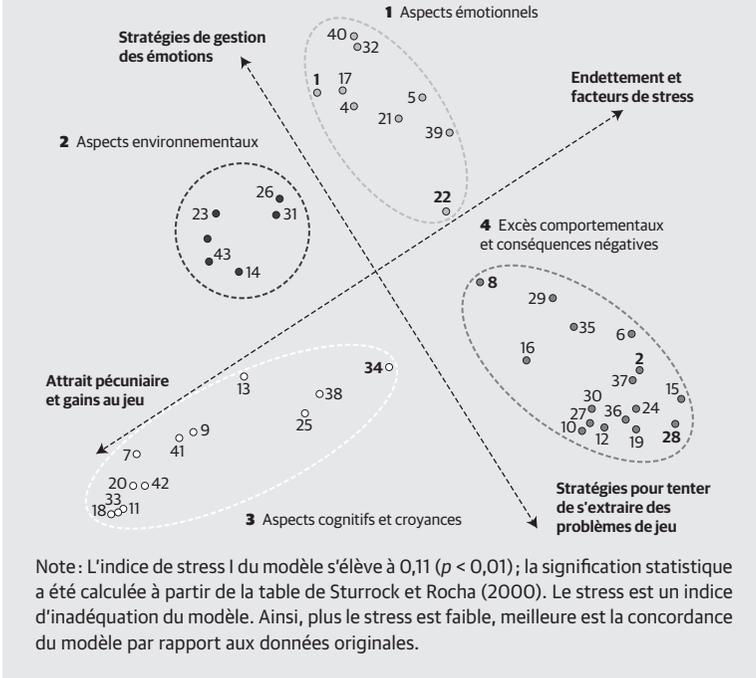
Globalement, les agrégats apparaissent bien séparés sur la carte et l'interprétation des résultats est relativement simple. Il est toutefois possible de noter que certains agrégats semblent plus compacts (**1**, sauf l'idée 22 et **2**) que d'autres (**3** et **4**). Cette observation nous autorise à penser que les participants ont eu une plus grande propension à associer certaines idées que d'autres. Les idées qui forment l'agrégat sur les aspects environnementaux liés au jeu (**2**) ont ainsi été traitées de manière plutôt uniforme par les participants. On retrouve dans cette catégorie les aspects qui se rapportent à la diffusion de l'information entourant les

---

3 L'algorithme *metaMDS* de la librairie *vegan* (version 2.0-10) du logiciel R a été utilisé.

4 La librairie *clues* (version 0.5-4) du logiciel R a été utilisée.

FIGURE 3.3 / Exemple de carte conceptuelle



gains importants, la manière dont les appareils sont programmés (simulation de gains en mode démonstration et fréquence des quasi-succès) et l'accessibilité accrue de l'offre de jeu sur les appareils de loterie vidéo.

Il arrive bien sûr que certaines idées soient positionnées en périphérie de leur agrégat et relativement proches d'un autre agrégat. C'est le cas des idées 8 (« Ne pas vouloir résister aux impulsions pour jouer »), 22 (« Manquer de contrôle sur ses impulsions ») et 34 (« Devenir possessif ou possessive avec la machine »), appartenant chacune à un agrégat distinct, mais situées de manières relativement proches l'une de l'autre. Par exemple, l'idée 34 « Devenir possessif ou possessive avec la machine » a été classée au sein de l'agrégat « Aspects cognitifs et croyances » (3), mais se situe aux limites de l'agrégat « Excès comportementaux et conséquences négatives » (4). Ce positionnement indique le sens duel de l'idée et révèle la

TABLEAU 3.2 / Liste des idées et catégorisation en agrégats

<b>Idées ayant fait l'objet du tri par les participants</b>	<b>n°</b>	<b>Agrégat</b>	<b>Titre</b>
Être excité ou excitée en pensant à la possibilité de gagner.	1	1	<b>1</b> Aspects émotionnels
Se sentir bien devant la machine.	4	1	
S'évader du stress avec les machines.	5	1	
Vouloir sentir un sentiment de victoire.	17	1	
Compenser une pauvre estime de soi en jouant.	21	1	
Manquer de contrôle sur ses impulsions.	22	1	
Ressentir une satisfaction intérieure lors des gains.	32	1	
Avoir des états affectifs négatifs tels que la dépression et l'anxiété.	39	1	<b>2</b> Aspects environnementaux
Ressentir du plaisir et de l'excitation en jouant.	40	1	
Être accroché ou accrochée par les publicités et les nouvelles concernant de gros gains.	3	2	
Avoir des machines qui offrent des gains de façon à faire croire aux gens que s'ils continuent à jouer ils vont gagner finalement.	14	2	
Voir des annonces répétitives qui incitent à aller jouer.	23	2	
Avoir des machines trop facilement accessibles.	26	2	
Avoir des machines qui ne forcent pas à arrêter de jouer.	31	2	
Voir la machine qui donne des combinaisons gagnantes quand elle est en mode démo.	43	2	<b>3</b> Aspects cognitifs et croyances
Avoir déjà gagné et penser que cela va toujours se passer comme ça.	7	3	
Penser réussir à tout rembourser avec un jackpot.	9	3	
Se dire que la machine est « due » pour payer.	11	3	
Penser que gagner au jeu sur les machines va régler les problèmes personnels.	13	3	
Croire qu'il est possible de développer des façons efficaces de gagner.	18	3	
Croire que quelqu'un mérite de gagner (alors cela doit forcément arriver).	20	3	
Se promener pour trouver la machine idéale.	25	3	
Penser que le prochain gros lot s'en viendra avec la prochaine mise.	33	3	
Devenir possessif ou possessive avec la machine.	34	3	
Être toujours placé ou placée à la même machine pour jouer.	38	3	
Partir de chez soi en pensant faire de l'argent au jeu.	41	3	
Croire que la machine avec la plus grosse cagnotte paiera plus.	42	3	

(suite)

TABLEAU 3.2 / Liste des idées et catégorisation en agrégats (suite)

Idées ayant fait l'objet du tri par les participants	n°	Agrégat	Titre
Ne plus aller au bar pour faire du social, mais pour jouer.	2	4	<b>4</b> Excès comportementaux et conséquences négatives
Ne plus avoir de vie sociale.	6	4	
Ne pas vouloir résister aux impulsions pour jouer.	8	4	
Calculer tout son argent pour le jeu.	10	4	
Emprunter pour jouer.	12	4	
Devoir s'absenter du travail ou manquer un rendez-vous à cause du jeu.	15	4	
Avoir une personnalité impulsive et être indifférent ou indifférente aux conséquences du jeu, afin de répondre à ses désirs.	16	4	
Augmenter la fréquence de jeu au fil du temps.	19	4	
Pouvoir tout compromettre pour aller jouer à la machine.	24	4	
Utiliser le crédit pour jouer.	27	4	
Passer plus de temps à jouer qu'à faire autre chose.	28	4	
Être désagréable avec ses proches.	29	4	
Jouer plus d'argent que prévu en une séance de jeu.	30	4	
Devenir agressif ou agressive en jouant.	35	4	
Jouer tous les soirs.	36	4	
Se prostituer pour jouer.	37	4	

manière divergente dont elle a été classée par les participants. D'une part, elle semble avoir été interprétée selon la croyance que prolonger le comportement de jeu peut favoriser l'apparition d'un gain. Cette croyance ne possède pas de fondement empirique, puisque chaque tour de jeu aux appareils de loterie vidéo est indépendant: il n'est ainsi pas possible pour le joueur de déterminer quand surviendra un gain. Le manque de discernement concernant l'indépendance entre chaque tour de jeu est l'une des croyances courantes que certains joueurs entretiennent au sujet des jeux de hasard et d'argent et qui tendent à perpétuer les épisodes de jeu. Comme plusieurs théories cliniques sur la prévention et le traitement des jeux de hasard et d'argent accordent un rôle prépondérant aux cognitions des joueurs (Petry, 2005), il est plausible que les chercheurs et les cliniciens interprètent de cette manière l'idée de devenir possessif avec un appareil de jeu. D'autre part, l'idée dénote une forme excessive d'attachement à l'appareil de loterie vidéo.

Concrètement, cela peut à l'extrême se traduire par le port de couches chez certains joueurs qui souhaitent éviter de devoir quitter un appareil lors d'une séance de jeu (Kramer, 1997), entre autres par crainte qu'un autre joueur gagne un gros lot sur «leur machine». L'interprétation des idées doit donc être nuancée selon leur positionnement sur la carte, en particulier pour celles qui sont situées en périphérie de leur agrégat.

Il est également possible de faire ressortir des dimensions à l'intérieur d'une carte conceptuelle, en général sous forme d'axes «structurants». Idéalement, les participants sont invités à s'impliquer dans l'interprétation de la carte. Cela est particulièrement important dans le cas où la carte constitue le point de départ de l'élaboration d'un programme ou d'un plan d'action dont les répondants constituent des parties prenantes. Dans notre cas, nous avons nous-mêmes ajouté deux axes sur la figure 3.3 afin de représenter deux dimensions facilitant l'interprétation la carte. Ici, les coordonnées horizontales et verticales des points dans l'espace sont arbitraires. Des rotations de la carte peuvent donc être réalisées afin de changer de perspective pour faciliter l'interprétation

### 3 / **Apports du couplage de l'analyse en réseau avec la cartographie conceptuelle**

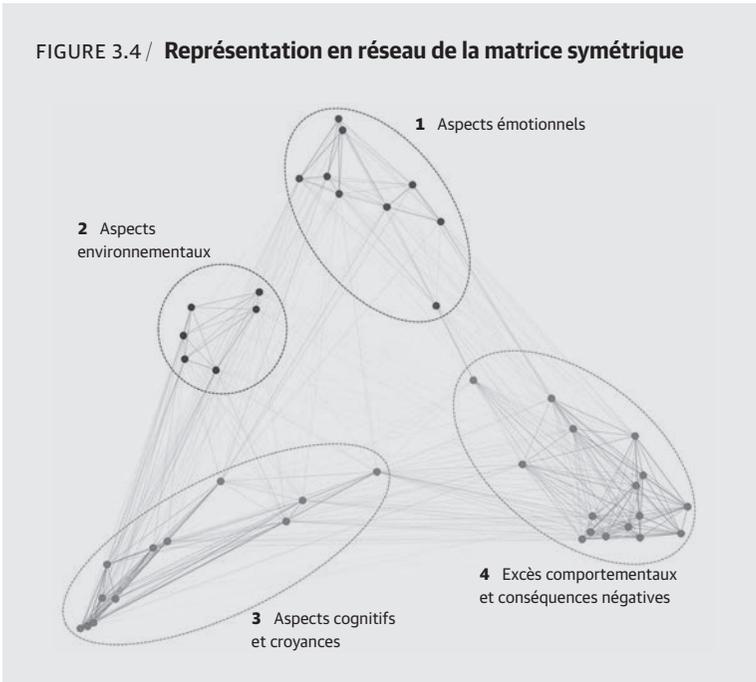
Alors que la cartographie conceptuelle vise à découper un phénomène en une série de sous-concepts, l'analyse de réseaux, issue de la théorie des graphes (West, 2000), mesure et illustre essentiellement les relations et échanges entre des entités telles que des personnes, des organisations, des cellules, des ordinateurs. Les réseaux, ainsi que les métriques calculées, sont produits à partir d'une matrice d'association<sup>5</sup> similaire à la matrice produite par la méthode de la cartographie conceptuelle. Pour cette raison, l'analyse des réseaux peut être réalisée directement à partir de nos données précédentes<sup>6</sup>. Ce réseau peut ensuite être représenté sous forme de graphique où les idées sont illustrées sous la forme de

---

5 Une matrice d'association est une matrice de dimension  $n * n$  où chaque intersection des lignes et des colonnes  $aij$  représente une valeur d'association entre les sommets  $i$  et  $j$ . Une matrice symétrique constitue une matrice d'association dont la valeur d'association  $aij$  est égale à  $aji$ . Dans notre exemple de carte conceptuelle, les matrices sont forcément symétriques, puisque les items sont classés deux par deux, et donc la relation entre les idées  $i$  et  $j$  est similaire à la relation entre les idées  $j$  et  $i$ .

6 Dans ce chapitre, le réseau et les différents indices qui y sont associés ont été calculés avec le logiciel R (version 3.1.1; R Development Core Team, 2014), en utilisant les bibliothèques *igraph* (version 0.7.1; Csárdi et Nepusz, 2006) et *linkcomm* (version 1.0; Kalinka et Tomancak, 2011). Les représentations graphiques ont été produites à l'aide du logiciel libre gephi (version 0.8.2), <<http://gephi.github.io>>, consulté le 30 mai 2016.

points (nœuds) et les relations entre les idées sous la forme de liens - un lien apparaît lorsque deux idées ont été regroupées par au moins un répondant. La figure 3.4 représente le réseau d'idées calculé à partir des données sur les jeux de hasard. L'épaisseur d'un lien est proportionnelle au nombre de participants qui ont regroupé les deux idées qu'il relie. Pour faciliter la comparaison, nous avons utilisé les mêmes coordonnées que celles apparaissant dans la carte conceptuelle (figure 3.3).



Des travaux récents ont montré que les méthodes issues de l'analyse des réseaux sociaux peuvent apporter une analyse complémentaire à la cartographie conceptuelle. Par exemple, McLinden (2013) a utilisé l'analyse de réseaux sociaux pour identifier certaines idées pouvant servir de lien sémantique entre les différents agrégats. Goldman et Kane (2014), de leur côté, ont montré que l'analyse des réseaux sociaux pouvait aussi être utilisée pour explorer le degré de cohésion entre les idées de certains agrégats (similarité conceptuelle) et les liens existant entre les différents agrégats. Tandis qu'en cartographie conceptuelle, les liens entre les

paires d'idées qui ont servi à constituer la carte ont disparu du modèle final (figure 3.3), l'analyse de réseaux sociaux permet de réintégrer ces relations, non seulement pour en détailler la représentation visuelle, mais également pour calculer des indicateurs statistiques permettant d'en rendre compte. Ces informations supplémentaires peuvent améliorer la compréhension des relations conceptuelles entre les idées et les agrégats.

Dans cette section, nous présentons comment l'analyse de réseaux sociaux apporte une analyse complémentaire à la cartographie conceptuelle en permettant de pallier certaines limites dans l'interprétation des résultats. Plus spécifiquement, nous décrirons des méthodes qui permettent d'évaluer la concordance entre les répondants au sujet du regroupement d'idées et le degré d'appartenance des idées à leur agrégat respectif.

### 3.1/ **Concordance entre participants au sujet des regroupements d'idées**

Une limite de la cartographie conceptuelle est que les informations sur les regroupements disparaissent du modèle final. Bien que la proximité des idées sur la carte puisse permettre d'inférer la fréquence de regroupement, c'est-à-dire le nombre de participants qui ont effectué le même regroupement entre deux idées, il ne reste aucune information explicite relative à cette fréquence sur la carte conceptuelle. Ces données sont toutefois utiles puisqu'elles informent le chercheur sur la concordance entre les regroupements effectués par les répondants. Par exemple, un seul répondant a regroupé l'idée 1 avec l'idée 2, tandis que 21 répondants ont regroupé l'idée 2 avec l'idée 28. Cette concordance relative entre répondants au sujet du classement d'idées indique le niveau de consensus chez les répondants concernant les relations sémantiques entre les idées.

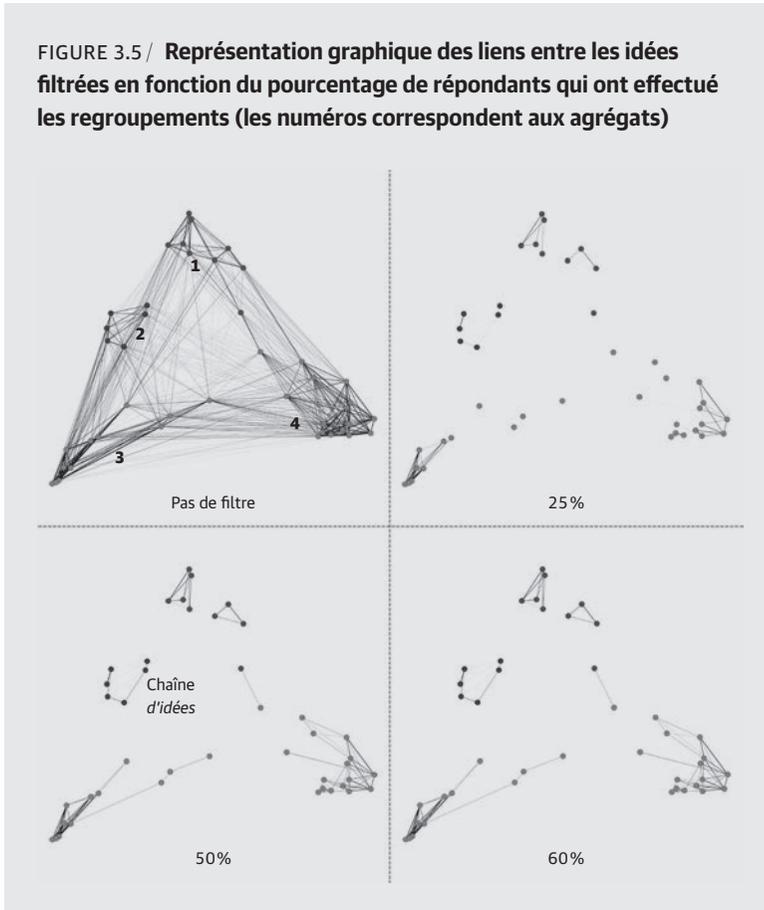
Ces informations peuvent être utilisées pour comparer les agrégats quant à la concordance dans le classement des idées qui les composent. Une forte concordance entre les idées internes à un agrégat suggère une interprétation plus uniforme de cet agrégat chez les répondants. Lorsque, par exemple, cette situation se présente dans un projet qui vise à déconstruire des stéréotypes et préjugés (par exemple une campagne de sensibilisation aux troubles de santé mentale), cela pourrait impliquer une plus grande résistance au changement de perspective au sein du groupe de répondants.

Pour explorer cette concordance, nous proposons d'utiliser une méthode basée sur la représentation graphique des résultats. L'analyse des réseaux sociaux permet de représenter sous forme de liens les regroupements entre les différentes idées (figure 3.4). Ces liens peuvent ensuite être pondérés en fonction du nombre de répondants qui ont effectué le regroupement. Il est également possible de représenter uniquement une fraction des liens, en fonction d'un seuil inférieur minimal de fréquence de regroupement. Dans la figure 3.5, trois modèles qui représentent les liens ont été filtrés en fonction d'un pourcentage minimal de répondants qui ont effectué les regroupements (25%, 50% et 60%).

Grâce à l'ensemble des liens représentés, on constate que les idées du réseau sont fortement connectées, un grand nombre de paires d'idées ayant au moins un lien (figure 3.5, en haut à gauche). Cela s'explique par la présence considérable de liens faibles entre les idées, démontrant qu'un très grand nombre de paires d'idées ont été créées (présence d'une valeur non nulle dans la matrice d'association), mais que chacune de ces paires n'a été établie que par une petite proportion des répondants. Les réseaux construits à partir de données issues de la cartographie conceptuelle comportent généralement de fortes connexions entre chacun de leurs points, puisque les répondants n'ont aucune limite quant au nombre de regroupements qu'ils peuvent effectuer (Goldman et Kane, 2014). En appliquant un filtre basé sur une proportion minimale de répondants qui ont mis deux idées ensemble, les liens plus fréquents sont mis en valeur. Sur la figure 3.5, on voit par exemple qu'avec un filtre de 50%, l'agrégat **1** (aspects émotionnels) issu de la cartographie conceptuelle se divise en deux sous-groupes, tandis que l'agrégat **2** (aspects environnementaux) ne forme plus qu'une chaîne d'idées (chaque idée n'est regroupée qu'avec une autre idée du groupe). Comparativement à ces agrégats, une plus grande connectivité émerge au sein des agrégats **3** (aspects cognitifs et croyances) et **4** (excès comportementaux et conséquences négatives), ce qui traduit un plus grand consensus au sein des participants concernant la conceptualisation de ces deux agrégats. Le filtre de 60% appuie également cette interprétation tout en éliminant quelques liens vers des idées moins fréquemment associées aux autres.

Le positionnement des points, qui provient de l'échelonnement multidimensionnel utilisé en cartographie conceptuelle, révèle une partie du phénomène d'association entre les idées, mais il n'illustre pas la fréquence de catégorisation plus ou moins uniforme des idées qui composent

FIGURE 3.5 / **Représentation graphique des liens entre les idées filtrées en fonction du pourcentage de répondants qui ont effectué les regroupements (les numéros correspondent aux agrégats)**



les agrégats. Le précédent résultat contraste avec l'interprétation qui semblait émerger de la carte conceptuelle initiale (figure 3.3), où l'agrégat **2** (aspects environnementaux) suggérait une compréhension partagée chez les participants. Il est possible de fournir une interprétation pratique par rapport à ce constat. Comme les participants à la source du tri des idées étaient essentiellement des psychologues et des psychiatres, il est plausible que les idées qui se rapportaient à la sphère individuelle aient été plus aisées à classer pour eux que celles qui touchaient à l'environnement de jeu. En effet, les variables associées aux individus jouent un rôle prééminent dans la formation de ces groupes professionnels. Si

l'exercice de tri avait été soumis à des chercheurs en santé publique, donc plus sensibilisés aux facteurs environnementaux, il est vraisemblable que des résultats différents eussent émergé. Notons que McLinden (2013) propose une méthode alternative pour évaluer la concordance des regroupements d'idées entre les agrégats: cette méthode repose sur une métrique qui consiste à effectuer un ratio entre le nombre de liens indiqués par les participants et le nombre maximal de liens possibles (c'est-à-dire si tous les participants regroupaient les idées au sein d'un agrégat). Cette méthode statistique peut être utilisée de manière complémentaire à la méthode visuelle présentée dans ce chapitre.

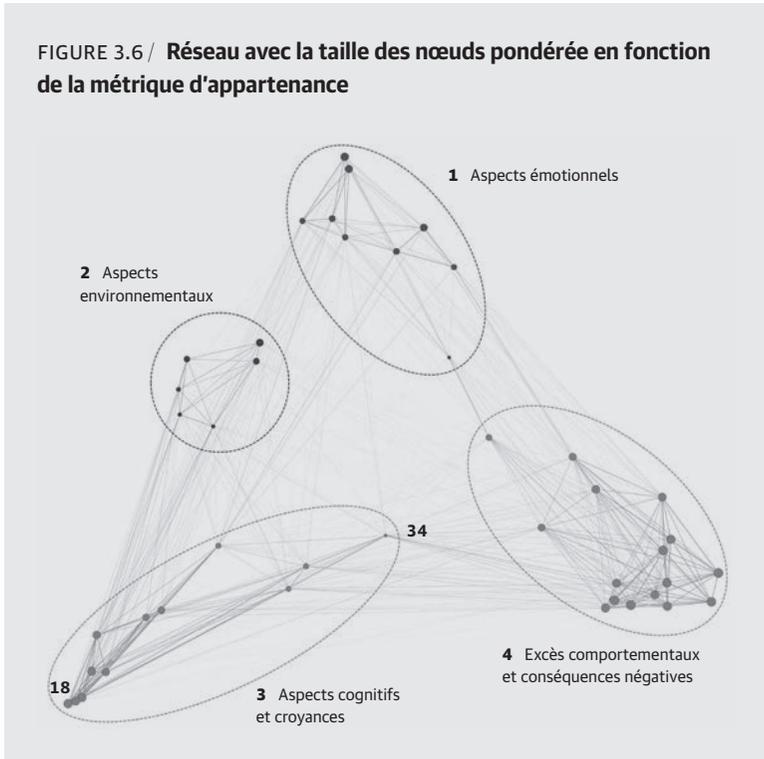
### 3.2/ **Degré d'appartenance des idées aux agrégats**

Comment déterminer si une idée correspond à une caractéristique typique de l'agrégat auquel elle appartient? La solution émanant de la cartographie conceptuelle suggère que les idées appartiennent exclusivement à leur agrégat respectif. Toutefois, en illustrant les relations entre les idées (figure 3.4), il apparaît que celles-ci ne sont pas regroupées exclusivement au sein de l'agrégat qui leur a été assigné lors des analyses. Il est donc possible de quantifier le degré d'appartenance d'une idée à un agrégat.

Pour évaluer ce degré d'appartenance, nous avons utilisé une métrique développée à partir de la distribution des liens au sein du réseau. Cette métrique est basée sur la notion de degré en analyse des réseaux sociaux (Wasserman et Faust, 1994). Pour chaque idée, les liens pondérés (selon le nombre de participants qui ont effectué les regroupements) établis au sein de l'agrégat ont été divisés par le total des liens pondérés de l'ensemble du réseau. Cette métrique indique la proportion de regroupements effectués au sein de l'agrégat pour chaque idée. Par exemple, l'idée 4 a un niveau d'appartenance de 0,84, ce qui signifie que 84% des regroupements impliquant cette idée ont été réalisés avec d'autres idées provenant de son agrégat et 16% avec les idées classées dans d'autres agrégats. La figure 3.6 représente ainsi le réseau d'idées avec la taille des nœuds proportionnelle à cette métrique d'appartenance aux agrégats.

Dans l'agrégat **3** (aspects cognitifs et croyances), l'idée 18 («Croire qu'il est possible de développer des façons efficaces de gagner») possède un niveau d'appartenance élevé à son agrégat (0,85) comparativement à l'idée 34 («Devenir possessif ou possessive avec la machine» [0,41]). La théorie cognitive avance que c'est une compréhension et une prise en compte inadéquates des processus de sélection au hasard qui jouent un

FIGURE 3.6 / Réseau avec la taille des nœuds pondérée en fonction de la métrique d'appartenance



rôle central dans le développement des problèmes de jeux de hasard et d'argent (Petry, 2005). Cette interprétation est relativement prégnante dans les modèles psychologiques d'intervention auprès des joueurs, ce qui permet aisément de comprendre l'uniformité dans la manière dont l'idée 18 a été classée par les cliniciens et les chercheurs. Si l'autre idée (34) renvoie également en partie à des attentes irréalistes concernant la capacité d'obtenir un gain élevé au jeu, elle dénote essentiellement une perspective populaire, peu caractéristique de la terminologie utilisée par les chercheurs et cliniciens en psychologie et psychiatrie. Il est donc vraisemblable qu'un groupe de chercheurs et de cliniciens ait eu de la difficulté à la catégoriser de manière uniforme.

Quand des idées présentent un degré d'appartenance particulièrement faible à un agrégat, il serait envisageable de vérifier si leur retrait du modèle permettrait une amélioration de sa stabilité. Cela pourrait

survenir dans le cas d'idées rattachées à une vision particulière à certains répondants et qui refléterait faiblement la perspective du groupe de participants. Cette situation pourrait se traduire par un classement disparate de cette idée. Il est nécessaire de rappeler que la cartographie conceptuelle qui fait l'objet de ce chapitre ne vise habituellement pas l'étude de participants individuels et que le modèle d'analyse s'intéresse à la perspective d'un groupe. Toutefois, une appartenance faible d'une idée à un agrégat pourrait dénoter la présence de plusieurs sous-groupes de participants, qui auraient des perceptions divergentes concernant les relations sémantiques entre les idées. Par exemple, les hommes et les femmes présentent des besoins différents concernant le traitement des problèmes de jeux de hasard et d'argent (Wenzel et Dahl, 2009). Dans le cas d'une étude qui ciblerait des joueurs, dresser des cartes distinctes pour les associations d'idées provenant des hommes et des femmes permettrait d'examiner leur niveau de concordance. Dans le cas où les groupes ont des représentations divergentes, il serait plausible de constater des changements dans le degré d'appartenance des idées aux agrégats par rapport à la carte d'ensemble, mais également d'obtenir des agrégats différents au sein de chaque groupe de participants.

Le calcul de la moyenne de cet indicateur d'appartenance en fonction de chaque agrégat (tableau 3.3) permet de les comparer. Les idées des agrégats **1** et **2** présentent un degré d'appartenance moyen plus faible (67% et 60%) que celui des agrégats **3** et **4** (72% et 84%). Tout comme avec l'utilisation des filtres, ces résultats contrastent avec l'interprétation initiale de la carte conceptuelle. Les différents agrégats sont relativement hétérogènes selon la proportion de regroupements d'idées au sein de leur agrégat respectif. La plus grande cohésion de l'agrégat **4** indique une proximité conceptuelle accrue entre les idées qui les composent.

**TABLEAU 3.3 / Moyenne, écart type et coefficient de variation de la métrique d'appartenance par agrégat**

Agrégat	<i>n</i>	Moyenne	Écart type	Coefficient de variation
a) Aspects émotionnels liés au jeu	9	0,67	0,113	0,169
b) Aspects environnementaux	6	0,60	0,121	0,202
c) Aspects cognitifs et croyances	12	0,72	0,138	0,192
d) Excès comportementaux et conséquences négatives	16	0,84	0,071	0,084

En opposition, il apparaît que l'agrégat **2** (aspects environnementaux) présente une plus faible concordance dans ses regroupements d'idées (figure 3.5), ainsi qu'une moins grande cohésion entre ses idées (illustrée par la valeur moyenne de la métrique d'appartenance). Dans ce cas-ci, la plus faible cohésion entre les idées de cet agrégat semble être expliquée par le plus faible consensus concernant leurs relations sémantiques. En comparaison, on observe également une plus faible cohésion au sein de l'agrégat **1** comparativement aux agrégats **3** et **4**, mais une présence plus élevée de regroupements concordants lorsqu'on applique les filtres de 50% et 60% (figure 3.5). Les agrégats **1** et **2** pourraient être positionnés dans un rôle de médiateurs (Bennett, 2000) par rapport aux autres agrégats. Dans une perspective cognitive de compréhension du développement des excès comportementaux et des conséquences négatives chez les joueurs de jeux de hasard et d'argent, on peut faire l'hypothèse que les aspects environnementaux (agrégat **2**) et émotionnels (agrégat **1**) jouent ce rôle de médiation entre les agrégats **3** et **4**. En effet, le modèle cognitif d'intervention sur les problèmes de jeu considère que c'est une perception inadéquate du hasard qui favorise le développement de comportements problématiques de jeu.

Finalement, nous avons calculé le coefficient de variation (CV) pour cette mesure - c'est-à-dire le *ratio* entre l'écart type et la moyenne - dans le but de comparer la dispersion de la métrique d'appartenance entre les agrégats. Dans notre exemple, la dispersion des valeurs de la métrique d'appartenance semble relativement constante entre les agrégats **1**, **2** et **3** (les valeurs des CV se situent entre 0,17 et 0,20) et relativement plus petites dans l'agrégat **4** (CV = 0,08).

Il convient néanmoins de rappeler que ce type d'interprétation à partir de la carte est de nature spéculative et qu'elle doit être contextualisée par rapport aux connaissances préexistantes dans le domaine de recherche qui fait l'objet de l'étude. Sans cette précaution, le risque de surinterprétation des cartes cognitives est élevé. Étant donné que la cartographie conceptuelle qui a fait l'objet de cette présentation s'inscrit dans un devis de recherche mixte, donc dans un paradigme pragmatique (Feilzer, 2009), une position constructiviste devrait toutefois être assumée par le chercheur lors de l'interprétation des résultats.

## Conclusion

Tout comme l'analyse des réseaux sociaux, la cartographie conceptuelle est un outil pertinent pour l'analyse des représentations concernant une grande variété de phénomènes sociaux. Comparativement à d'autres méthodes mixtes ou quantitatives qui visent à confirmer des hypothèses préalablement définies, la cartographie conceptuelle a une visée plus exploratoire. En se basant sur une terminologie générée par les répondants pour créer une synthèse des données, elle se démarque d'autres techniques qui utilisent des analyses multivariées (par exemple l'analyse factorielle ou les équations structurales) et dont les résultats reposent habituellement sur l'interprétation exclusive d'experts.

Dans ce chapitre, nous avons, d'une part, présenté les liens qui existent sur le plan des données entre la cartographie conceptuelle et l'analyse quantitative des réseaux sociaux, ce qui rend possible une analyse combinée. D'autre part, nous avons montré que l'analyse de réseaux offre des outils complémentaires pour interpréter les cartes conceptuelles et nous avons proposé quelques exemples concrets de cet usage. Ainsi, l'utilisation de filtres sur les fréquences de regroupement provenant de l'analyse de réseaux permet de comparer les agrégats dans les cartes conceptuelles selon le degré de compréhension commune qui s'en dégage. Il est également possible d'explorer l'hétérogénéité d'appartenance des idées, non seulement à l'intérieur d'un même agrégat, mais aussi entre les différents agrégats à l'aide d'indicateurs basés sur la distribution des liens provenant de l'analyse de réseaux. En conséquence, l'analyse des réseaux offre, dans l'interprétation des cartes conceptuelles, des outils supplémentaires permettant d'interpréter plus finement l'agrégation d'idées à travers divers indicateurs.

L'utilisation des méthodes d'analyse de réseaux appliquées aux données de cartographie conceptuelle présente toutefois plusieurs limites. Premièrement, cette analyse est postérieure à la production de la cartographie conceptuelle. De ce fait, l'interprétation des résultats issus des analyses de réseaux devient dépendante de celle des résultats de la cartographie conceptuelle (Goldman et Kane, 2014). En effet, les analyses de réseau ne sont pas utilisées dans ce cas-ci pour déterminer la solution cartographique et la catégorisation des idées en agrégats, mais plutôt pour interpréter les résultats obtenus par la cartographie conceptuelle. Ensuite, bien que la méthode des filtres permette de comparer les agrégats selon le degré de consensus relevé dans les regroupements effectués, elle reste limitée pour évaluer la validité des agrégats. En effet, cette

évaluation repose sur une interprétation visuelle des résultats. Ce constat implique que les représentations visuelles peuvent varier en fonction du jeu de données, mais également que l'interprétation peut varier selon l'observateur. Pour éviter une surinterprétation des résultats, le chercheur doit donc envisager de valider sa carte auprès d'un groupe de personnes représentatif des répondants. Cette étape est parfois complexe à mettre en place pour des raisons logistiques, mais elle peut permettre de produire une interprétation de la carte qui reflète bien la perspective des répondants. Finalement, l'utilisation des méthodes issues de l'analyse des réseaux sociaux en combinaison avec la cartographie conceptuelle est relativement récente et, à notre connaissance, a été explorée essentiellement dans des travaux théoriques. De ce fait, son utilisation dans des études empiriques est nécessaire pour mieux comprendre les avantages et limites de cette approche combinée.

## Bibliographie

- BASQUE, J. (2012). « Apprendre en construisant des cartes de connaissances à l'aide d'un outil logiciel: oui, mais selon quelle technique? », *Actes du XIII<sup>e</sup> Colloque pédagogique de l'Alliance française de São Paulo*, São Paulo, Brésil.
- BARRAT, A. et al. (2004). « The architecture of complex weighted networks », *The Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 101, n° 11, p. 3747-3752.
- BECKER, E. et al. (2012). « Multifunctional proteins revealed by overlapping clustering in protein interaction network », *Bioinformatics*, vol. 28, n° 1, p. 84-90.
- BENNETT, J. A. (2000). « Mediator and moderator variables in nursing research: Conceptual and statistical differences », *Research in Nursing & Health*, vol. 23, n° 5, p. 415-420.
- BEZZI, C. (2008). « Mappa concettuali per la valutazione » [Les cartes conceptuelles pour l'évaluation], *Rassegna italiana di valutazione*, vol. 12, n° 41, p. 29-56.
- BRAUN, B. et al. (2014). « Gamblers seeking treatment: Who does and who doesn't? », *Journal of Behavioral Addictions*, vol. 3, n° 3, p. 189-198.
- BURTON, M. L. et A. K. ROMNEY (1975). « A multidimensional representation of role terms », *American Ethnologist*, vol. 2, n° 3, p. 397-407.
- CANTINOTTI, M. (2007). *Évaluation de la perception de déficit de contrôle et de l'excès aux appareils de loterie vidéo*, Thèse de doctorat, Québec, Université Laval.
- CANTINOTTI, M., R. LADOUCEUR et C. JACQUES (2009). « Lay and scientific conceptualizations of impaired control at electronic gambling machines », *Addiction Research & Theory*, vol. 17, n° 6, p. 650-667.
- CHANG, F. et al. (2010). « Clues: An R package for nonparametric clustering based on local shrinking », *Journal of Statistical Software*, vol. 33, n° 4, p. 1-16.
- CSÁRDI, G. et T. NEPUSZ (2006). « The igraph software package for complex network research », *InterJournal, Complex Systems*, vol. 1695, n° 5, <<http://www.necsi.edu/events/iccs/papers/c1602a3c126ba822d0bc4293371c.pdf>>, consulté le 30 mai 2016.

- DUNCAN, J. W. et S. H. STROGATZ (1998). «Collective dynamics of "small-world" networks», *Nature*, n° 393, p. 440-442.
- EVANS, T. S. et R. LAMBIOTTE (2009). «Line graphs, link partitions, and overlapping communities», *Physical Review E*, vol. 80, n° 1, E.80.016105.
- FEILZER, M. Y. (2010). «Doing mixed methods research pragmatically: Implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm», *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 4, n° 1, p. 6-16.
- FREEMAN, L. C. (1979). «Centrality in social networks conceptual clarification», *Social Networks*, vol. 1, n° 3, p. 215-239.
- GAUME, B., K. DUVIGNAU et M. VANHOVE (2006). *Semantic Associations and Confluences in Paradigmatic Networks*, Toulouse, Institut de recherche en informatique de Toulouse.
- GIRVAN, M. et M. E. J. NEWMAN (2002). «Community structure in social and biological networks», *The Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 99, n° 12, p. 7821-7826.
- GOLDMAN, A. W. et M. KANE (2014). «Concept mapping and network analysis: An analytic approach to measure ties among constructs», *Evaluation and Program Planning*, n° 47, p. 9-17.
- HOLLAND, P. W. et S. LEINHARDT (1971). «Transitivity in structural models of small groups», *Comparative Group Studies*, vol. 2, n° 2, p. 107-124.
- JOHNSEN, J. A., D. E. BIEGEL et R. SHAFRAN (2000). «Concept mapping in mental health: Uses and adaptations», *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, n° 1, p. 67-75.
- KALINKA, A. T. et P. TOMANCAK (2011). «Linkcomm: An R package for the generation, visualization, and analysis of link communities in networks of arbitrary size and type», *Bioinformatics*, vol. 27, n° 14, p. 2011-2012.
- KRAMER, D. (1997). «"Ask the gambling question", FPs told as "secret" addiction becomes more common», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 1, p. 61-62.
- LEBEL, A. et al. (2011). «Concept mapping of diet and physical activity: Uncovering local stakeholders perception in the Quebec City region», *Social Science & Medicine*, vol. 72, n° 3, p. 439-445.
- LEWIS, S. E. (1995). «A search for meaning: Making sense of depression», *Journal of Mental Health*, vol. 4, n° 4, p. 369-382.
- MARSDEN, P. V. (2002). «Egocentric and sociocentric measures of network centrality», *Social Networks*, vol. 24, n° 4, p. 407-422.
- MCLINDEN, D. (2013). «Concept maps as network data: Analysis of a concept map using the methods of social network analysis», *Evaluation and Program Planning*, vol. 36, n° 1, p. 40-48.
- NOVAK, J. D. (1977). *A Theory of Education*, Ithaca, Cornell University Press.
- NOVAK, J. D. et A. J. CAÑAS (2006). «The origins of the concept mapping tool and the continuing evolution of the tool», *Information Visualization*, vol. 5, n° 3, p. 175-184.
- PAULSON, B. L. et M. WORTH (2002). «Counseling for suicide: Client perspectives», *Journal of Counseling & Development*, vol. 80, n° 1, p. 86-93.
- PETRY, N. M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*, Washington, D.C., American Psychological Association.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM (2014). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*, Vienne, R Foundation for Statistical Computing.

- ROSAS, S. R. et M. KANE (2012). «Quality and rigor of the concept mapping methodology: A pooled study analysis», *Evaluation and Program Planning*, vol. 35, n° 2, p. 236-245.
- STURROCK, K. et J. ROCHA (2000). «A multidimensional scaling stress evaluation table», *Field Methods*, vol. 12, n° 1, p. 49-60.
- TREKSOFT SOLUTIONS INC. (2015). *eKogito*, Québec, Treksoft Solutions inc.
- TROCHIM, W. (1989). «An introduction to concept mapping for planning and evaluation», *Evaluation and Program Planning*, n° 12, p. 1-16.
- VALENTE, T. W. et al. (2008). «How correlated are network centrality measures?», *Connections* vol. 28, n° 1, p. 16-26.
- WASSERMAN, S. et K. FAUST (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WASSERMAN, S., J. SCOTT et P. J. CARRINGTON (2004). «Introduction», dans P. J. Carrington, J. Scott et S. Wasserman (dir.), *Models and Methods in Social Network Analysis*, New York, Cambridge University Press, p. 1-7.
- WATTS, D. J. et S. H. STROGATZ (1998). «Collective dynamics of "small-world" networks», *Nature*, vol. 393, n° 6684, p. 440-442.
- WENZEL, H. G. et A. A. DAHL (2009). «Female pathological gamblers: A critical review of the clinical findings», *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 7, n° 1, p. 190-202.
- WEST, D. B. (2000). *Introduction to Graph Theory*, 2<sup>e</sup> éd., Upper Saddle River, Prentice Hall.



PARTIE 2 /

# **LE RÉSEAU COMME INSPIRATION THÉORIQUE**



# Comprendre les pratiques de collaboration entre médecins

Une approche relationnelle

*Nassera Touati, Charo Rodríguez et Jean-Louis Denis*

---

Dans de nombreux pays, les systèmes de soins de santé, traditionnellement organisés autour de professionnels qui travaillent en silo (disciplinaires, organisationnels), sont amenés à se transformer pour améliorer la continuité et la globalité des soins et services. Mais les dynamiques de collaboration à la base de ces changements ne sont jamais faciles à développer. En fait, la littérature fait clairement le constat de l'insuffisance des travaux permettant de bien comprendre le fonctionnement des réseaux (Ahuja, Soda et Zaheer, 2012). En prenant acte de cet écart de connaissances, nous proposons dans ce chapitre un cadre d'analyse de la dynamique des réseaux de collaboration dont l'ambition est de mieux rendre compte de l'«*agency*» des acteurs impliqués. Plus précisément, ce cadre cherche à mettre en évidence les dynamiques des acteurs qui interviennent dans le développement des réseaux de collaboration entre médecins. Notre analyse de ces dynamiques d'acteurs s'attachera à rendre compte de leur caractère relationnel. Dit autrement, nous appréhenderons les réalités sociales en tant que relations sociales, partant du principe que les conduites des individus sont sociales dans la mesure où elles portent les marques des relations qu'ils ont eues, qu'ils ont ou qu'ils comptent avoir avec d'autres (Bajoit, 1992, p. 90). Un tel cadre d'analyse permettra de mieux saisir la complexité du développement des réseaux de collaboration médicale.

Par réseaux collaboratifs, nous entendons un ensemble d'acteurs autonomes qui décident de travailler ensemble en vue d'apporter des solutions à des problèmes complexes (Agranoff et McGuire, 2001). Pour

leur part, Wood et Gray définissent la collaboration comme suit : «La collaboration se concrétise lorsqu'un groupe de parties prenantes autonomes, concernées par un problème, s'engagent dans un processus interactif, utilisant des règles, normes et structures communes pour décider et agir sur des enjeux relatifs à ce problème» (1991, p. 152; traduction libre). Les réseaux collaboratifs auxquels nous nous intéressons impliquent des médecins omnipraticiens et parfois plusieurs médecins spécialistes, notamment dans le cas des patients souffrant de comorbidités. Ces réseaux incluent aussi les organisations (par exemple hôpitaux, cliniques médicales dans la communauté) dans lesquelles évoluent des médecins, organisations qui sont indispensables à la coordination de l'action collective.

Une étude des réseaux de collaboration médicale nous semble pertinente pour deux types de raisons :

- Des raisons d'ordre pratique. Sous la pression de facteurs démographiques, épidémiologiques et technologiques, tous les pays occidentaux, y compris le Canada, s'évertuent à améliorer l'efficacité des systèmes de soins à travers des projets de réforme qui encouragent le fonctionnement en réseaux et la collaboration entre les différents acteurs du système. Ces derniers, voulus interdépendants, devraient travailler en collaboration de façon à mieux répondre aux besoins identifiés des populations cibles et à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et services. Le développement de réseaux de collaboration médicale entre différents niveaux de soins est au cœur de ces projets de réforme. En effet, l'importance du rôle des médecins dans la prise en charge des problèmes de santé et les lacunes qui semblent caractériser la collaboration entre niveaux de soins (Beaulieu *et al.*, 2006) justifient qu'on s'y attarde davantage. Cela fait d'ailleurs partie des priorités des collègues des médecins de famille et des médecins et chirurgiens du Canada qui ont décidé en 2006 de s'attaquer à cet enjeu. Plusieurs arguments justifient cette prise de décision, tels que : 1) le besoin de prise en charge de personnes souffrant de maladies chroniques et de multimorbidités, qui exige de la collaboration médicale entre niveaux de soins, mais aussi entre spécialistes (Starfield, 2003); 2) la prévention des maladies, notamment celles liées au vieillissement, qui requiert une meilleure collaboration entre spécialistes et omnipraticiens (Hamerman, 2002); 3) l'essor des technologies de l'information, qui ouvrent de nouvelles

possibilités de collaboration. Bref, les analystes s'entendent sur l'importance de renforcer la collaboration médicale entre niveaux de soins.

- Des raisons d'ordre scientifique. S'il y a consensus sur les objectifs des réformes, il n'en demeure pas moins que les décideurs sont relativement dépourvus quant aux moyens de mise en œuvre, notamment à cause des lacunes sur le plan des savoirs informant la prise des décisions et des actions en vue du changement. Deux traditions de recherche s'intéressent aux réseaux de collaboration médicale. Les études organisationnelles, associées aux sciences sociales, à caractère processuel, mettent au jour la difficulté de transformer les pratiques professionnelles sachant que les organisations de santé, en l'occurrence des bureaucraties professionnelles, se caractérisent par une grande inertie (Lamothe et Dufour, 2006). Malgré leur grand mérite, ces travaux se concentrent davantage sur les obstacles entravant la collaboration et ne nous permettent pas de saisir comment les réseaux de collaboration médicale se développent. Quant aux recherches sur les services de santé, dominées par des études de variance, elles ne permettent pas de dégager des conclusions claires sur les facteurs qui influencent le développement de réseaux de collaboration médicale, et encore moins de comprendre comment ces facteurs agissent, en raison des contradictions qui existent entre les résultats des études (par exemple, l'incidence des mesures incitatives financières sur ces collaborations).

Il apparaît donc nécessaire de comprendre plus en profondeur les dynamiques des réseaux de collaboration médicale entre les niveaux de soins, et ce, pour mieux intervenir. Pour ce faire, nous procéderons à un état des connaissances en matière de collaboration médicale. Face aux lacunes de cette littérature, nous proposerons un cadre analytique des pratiques de collaboration, issu d'une combinaison des théories néo-institutionnelles et de la théorie de la structuration sociale de Giddens. Nous donnerons un aperçu des potentialités de cette approche à partir d'une étude empirique dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) montréalais.

## 1 / **État des connaissances**

Notre réflexion se fonde sur une revue de littérature «classique» (Cronin, Ryan et Coughlan, 2008). Nous avons concrètement utilisé plusieurs moteurs de recherche tels que Medline, ProQuest et Google Scholar, en

repérant des travaux publiés après 2000 et en ayant recours à une variété de mots clés tels que «collaboration médicale», «soins partagés» et «collaboration entre médecins spécialistes et médecins de famille». Cette recension nous a d'abord permis de constater la relative rareté des travaux qui se sont intéressés aux réseaux de collaboration médicale. Martin et ses collègues avaient déjà noté cet état de fait en 2009. À la différence de la question de la collaboration interprofessionnelle qui a fait couler beaucoup d'encre (D'Amour *et al.*, 2008; San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005; MacNaughton, Chreim et Bourgeault, 2013), celle de la collaboration intraprofessionnelle a suscité peu d'intérêt de la part de la communauté scientifique jusqu'à présent. La réflexion proposée ici a l'ambition de contribuer au développement d'un programme de recherche sur les enjeux de collaboration médicale.

### 1.1 / **Les études de variance: facteurs impliqués dans la dynamique des réseaux de collaboration médicale**

L'approche de variance empruntée usuellement dans le domaine de la recherche sur les services de santé vise essentiellement à établir des liens entre variables. Nous résumerons les principaux enseignements des travaux associés à cette perspective.

**Les motivations à l'égard de la collaboration.** Les omnipraticiens mettent en avant leur volonté de développer des relations interpersonnelles, notamment pour avoir un meilleur accès aux spécialistes et acquérir des connaissances à travers les collaborations (Berendsen *et al.*, 2007). En présence de relations de confiance et de respect, les omnipraticiens s'efforcent de maintenir des relations durables pour le bien de leurs patients (Marshall et Philipps, 1999). Ils ne souhaitent pas forcément des relations formelles, car ils se disent satisfaits des relations informelles déjà existantes et ils ont été parfois déçus par des expériences de formalisation (par exemple par les exigences organisationnelles). Les spécialistes, quant à eux, ont les mêmes motivations de collaboration à l'égard des patients, sauf qu'ils considèrent n'avoir rien à apprendre des omnipraticiens. Ils souhaitent aussi utiliser la collaboration comme moyen de régulation de la demande en soins spécialisés (Berendsen *et al.*, 2006). Tout comme leurs confrères, ils sont contre certaines formes de la formalisation de la collaboration (par exemple la prolifération de formulaires) et considèrent également que l'absence de mesures incitatives financières est problématique.

**Le type de maladie et son incidence sur la collaboration.** Toutes les études retracées ayant trait à la collaboration médicale sont associées à des problématiques de santé chroniques, ce qui autorise à penser que ce sont les besoins de cette clientèle particulière qui induisent la collaboration. Cela étant, il semble que la sévérité des cas peut décourager la prise en charge par la première ligne, comme c'est le cas pour les troubles graves de santé mentale (Fleury et Petitclerc, 2008) et pour la démence (Lliffe, Wilcock et Haworth, 2006). Dans le cas de la santé mentale, l'existence de bonnes relations avec l'équipe hospitalière peut (McElheran *et al.*, 2004; Horner et Asher, 2005) ou non (Fleury et Petitclerc, 2008) encourager les omnipraticiens à s'investir dans le suivi de la clientèle. Dans l'étude de Fleury et Petitclerc (2008), les cas graves de santé mentale sont transférés à la deuxième ligne en raison de la complexité du suivi et les modes de financement semblent peu rentrer en ligne de compte dans ces décisions. D'autres auteurs ont par contre insisté sur les enjeux financiers dans le cadre du suivi de la dépression en première ligne (Kilbourne *et al.*, 2004).

**Les pratiques de référence des médecins de famille.** Il apparaît que les omnipraticiens souhaitent davantage une clinique axée sur le patient, alors que les spécialistes se concentrent plus sur une pathologie ou une technologie (Marshall et Philipps, 1999). Cependant, les pratiques de référence des omnipraticiens sont très variables et semblent ne pas dépendre uniquement des besoins des patients (Franks *et al.*, 2001). Des facteurs tels que la pression du temps et les mesures incitatives financières influencent apparemment peu les taux de référence (*ibid.*). Les profils de pratique professionnelle des médecins en première ligne (nombre d'années d'expérience, degré de spécialisation de la pratique, etc.) semblent par contre liés au taux de référence (*ibid.*). Des facteurs d'ordre psychologique, tels que la tolérance au risque, ont des effets variables sur le taux de référence (*ibid.*). Par ailleurs, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans le choix d'un spécialiste (Kinchen *et al.*, 2004): les habiletés médicales, la facilité d'obtenir un rendez-vous, les expériences précédentes, la qualité de la communication et les efforts du spécialiste à retourner le patient en première ligne.

**Le partage de l'information médicale.** Une utilisation continue de l'information par des professionnels en situation d'interdépendance est indispensable à un bon suivi de la clientèle (Reid *et al.*, 2002). Malheureusement, des difficultés de communication entre niveaux de soins sont souvent relevées (attentes d'information, fréquence, accessibilité, etc.),

par exemple en oncologie (Milliat-Guitard *et al.*, 2006); et ce, même si les médecins généralistes se disent satisfaits des progrès réalisés grâce à une meilleure formalisation du partage de l'information (Kousgaard *et al.*, 2003). Si, *a priori*, les technologies de l'information peuvent remédier aux problèmes de communication, leur implantation comporte plusieurs risques d'ordre technologique, stratégique ou d'usage (Sicotte *et al.*, 2006). Ces risques déterminent l'appropriation de ces outils par les médecins (Paré, 2006). Les technologies de l'information peuvent apporter une plus-value sur le plan de la coordination entre niveaux de soins (Branger *et al.*, 1999), mais cet effet n'est pas systématique (Mohidin *et al.*, 2006).

**L'adoption de lignes de pratiques communes.** Certains travaux concernant l'intérêt des médecins pour un partage de guides de pratiques pour le suivi de certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires et hypertension) montrent que les positions des spécialistes et généralistes diffèrent : ces derniers se disent plus intéressés par l'utilisation de lignes de pratiques communes (Kasje *et al.*, 2004), tandis que les premiers ne ressentent pas le besoin d'utiliser ces guides, car ils ont confiance dans leur propre expertise et considèrent que le traitement de leurs patients ne doit pas forcément respecter les lignes de pratiques (Kasje *et al.*, 2002). En outre, l'étude de Beaulieu *et al.* (2004) montre que la perception des médecins généralistes concernant le caractère probant d'une connaissance se distingue de celle des spécialistes : si les généralistes adhèrent, comme les spécialistes, aux critères d'ordre méthodologique - par exemple les essais randomisés -, ils sont également sensibles au caractère particulier du contexte de première ligne. Ils peuvent juger que les normes des guides de pratiques ne sont pas applicables pour tous les patients.

**Les impacts de la collaboration médicale.** Une méta-analyse de l'impact de collaborations formalisées entre niveaux de soins, par exemple à travers la constitution d'équipes de soin regroupant des omnipraticiens et des spécialistes, et ce, plus précisément pour les patients ayant des problèmes chroniques, met en évidence un succès plutôt mitigé (Mitchell, Del Mar et Francis, 2002). Dans la majorité des cas, les fonctions physiques sont inchangées. Les patients psychiatriques semblent davantage bénéficier de ces collaborations du point de vue de l'amélioration des résultats fonctionnels. On peut toutefois s'attendre à ce que la collaboration induise des changements plus positifs à plus long terme, car on constate des changements dans les pratiques professionnelles (par exemple dans les prescriptions de médicaments). Une autre

méta-analyse sur les effets des modèles de soins partagés (Smith, Allwright et O’Dowd, 2007) va dans le même sens. Aucune étude n’a montré de progrès significatifs au regard de l’efficacité, les patients atteints de dépression étant néanmoins les plus sensibles à ces modèles d’intervention. Pour ce qui est de l’utilisation des services, les résultats sont variables et les effets semblent plus positifs pour les personnes âgées ou présentant des degrés de morbidité plus élevés. Les soins partagés n’induisent pas forcément une plus grande satisfaction des usagers. Enfin, cette méta-analyse n’a pas réussi à dégager les constituantes des modèles de soins partagés les plus efficaces.

Les travaux présentés ici fournissent un certain nombre d’enseignements. D’abord, ils révèlent que les attitudes des médecins omnipraticiens et spécialistes à l’égard de la collaboration renvoient à des logiques différentes, ce qui peut affecter leur implication dans les réseaux. Aussi, les expériences de fonctionnement en réseau n’ont pas forcément des effets bénéfiques pour les patients ou à des gains d’efficience. Il apparaît par ailleurs que la complexité de la problématique de santé à traiter influence la pertinence et le résultat de la collaboration médicale. Cela dit, nous sommes également confrontés à certaines contradictions. Ainsi, les facteurs d’ordre psychologique, les modes de rémunération des médecins, la formalisation et la qualité des relations entre les niveaux de soins n’ont pas d’effet clairement identifié sur la collaboration. Les résultats des études portant sur l’influence de certains facteurs sur les pratiques médicales sont hétérogènes, ce que confirment de nombreuses recensions d’écrits (Geneau, 2004; Levesque, 2003). Cela s’explique probablement par la complexité des phénomènes qui interviennent dans les pratiques de collaboration, caractérisées notamment par un ensemble d’interactions constituant le contexte de l’action (Touati et Suarez-Herrera, 2011).

### 1.2/ **Les études organisationnelles: enjeux politiques, identitaires et cognitifs**

À la différence de l’approche de la variance, les études processuelles interrogent la manière dont les « choses » arrivent et pourquoi (Langley, 2007). Dans les milieux professionnels, et comme relevé dans les travaux en sociologie des professions (Dubar et Tripier, 1998), les dynamiques cognitives, politiques et identitaires sont particulièrement importantes.

**Les enjeux cognitifs.** Peu d'études ont examiné l'incidence des dynamiques cognitives sur le développement des réseaux de collaboration médicale, mis à part quelques exceptions. Les études empiriques montrent que les pratiques de collaboration entre niveaux de soins sont intimement liées aux savoirs des acteurs. Pour faire face à l'incertitude liée à l'activité médicale, les médecins omnipraticiens peuvent individuellement adopter des stratégies différentes devant des problèmes semblables, en lien avec leur conception de leurs limites (Bloy, 2008). Certains vont chercher à réduire l'incertitude en éliminant les hypothèses relatives à de graves maladies ou à des maladies improbables, évitant ainsi d'envoyer leurs patients vers des soins spécialisés. D'autres vont pousser le plus loin possible dans le système de soins la prise en charge de leur patient. Les travaux de Nicolini (2007) sur la télémédecine montrent quant à eux que la téléconsultation en cardiologie, parce qu'elle redistribue des pratiques médicales dans le temps et l'espace, oblige les cardiologues à remédier à la perte de certains moyens de diagnostic (vision, examen clinique) par une plus grande interaction avec les médecins de première ligne. Cela provoque un processus d'apprentissage: en travaillant ensemble, le cardiologue et l'omnipraticien apprennent quelles questions poser, à quels éléments ils doivent prêter attention et comment les « voir ». De la même manière, l'étude de Nilsen (2011) illustre comment l'usage de vidéoconférences renforce la collaboration, en offrant des occasions d'apprentissage dans le cadre du travail quotidien des médecins. En effet, les discussions médicales à travers la vidéoconférence permettent une certaine continuité dans le partage des connaissances et une résolution des dilemmes en temps réel. En ce sens, ce dispositif est plus propice aux apprentissages que les dispositifs usuels de référence entre médecins: les références écrites sont souvent incomplètes sur le plan informationnel et réduisent les possibilités d'apprentissage.

Sur un autre plan, certains travaux empiriques mettent en évidence l'influence des pratiques de collaboration sur les structures. Gherardi (2010) montre comment les outils utilisés dans le cadre de la télémédecine, correspondant à une forme particulière de collaboration, tendent à renforcer les pratiques de réassurance, qui forcément influencent l'organisation des services et leur utilisation (les structures). En effet, la télé-santé redistribue les pratiques médicales dans le temps et l'espace et produit une collaboration au moyen d'artefacts intermédiaires (électrocardiogrammes, voix, communications à distance, formulaires, etc.) dont le rôle est de réduire les zones d'invisibilité de la santé du patient. Dans des situations ambiguës, les médecins prennent en considération

les facteurs cliniques, mais aussi les enjeux légaux et d'imputabilité, ce qui peut donner lieu à des comportements plus défensifs et donc à une augmentation de l'utilisation des services et à une modification des structures (par exemple un plus grand recours aux services de l'urgence). Gherardi (2010) fait un certain nombre de constats dans son étude: la demande pour la réassurance est alimentée notamment par la facilité d'obtention des artefacts; les médecins spécialistes augmentent leurs heures de travail et leurs honoraires en collaborant avec le téléc centre; et on assiste à une extension du réseau de relations sociomatérielles.

En somme, ces études révèlent que le développement de nouvelles formes de collaboration entre médecins, induites par exemple par l'introduction de nouvelles technologies de l'information, affecte simultanément les relations entre acteurs et les dynamiques cognitives.

**Les enjeux politiques.** La sociologie des professions attire notre attention sur les luttes entre juridictions professionnelles (Abbott, 1988); luttes qui peuvent entraver la collaboration entre professionnels et avoir lieu autant sur les plans interprofessionnel qu'intraprofessionnel. L'étude de Currie, Finn et Martin (2009) analyse l'émergence de réseaux de collaboration impliquant des médecins spécialistes et des médecins de famille, à la suite de l'attribution d'un nouveau rôle aux médecins de famille, soit un rôle de médecin généraliste avec spécialisation (*enhanced skills* dans la littérature anglophone). La politique en question voulait transférer des ressources et un certain pouvoir de décision des hôpitaux vers la première ligne dans le domaine de la génétique. Les auteurs décrivent la perturbation des relations entre médecins à la suite de cette «modernisation»: les médecins spécialistes ont adopté des comportements défensifs en clamant qu'ils sont les seuls à détenir l'expertise nécessaire pour accomplir certaines tâches et ont, par conséquent, accordé uniquement des rôles subalternes aux médecins de famille. De leur côté, les médecins de famille ont réagi négativement à l'introduction au sein de leur profession d'une nouvelle hiérarchie basée sur les spécialisations. Cette étude illustre comment, face à l'introduction de nouvelles politiques publiques qui visent à renforcer la collaboration médicale entre niveaux de soins, les acteurs cherchent à maintenir leur juridiction dans un réseau de relations, ce qui peut limiter considérablement le développement de pratiques collaboratrices.

Si les enjeux politiques peuvent limiter la collaboration médicale, ils peuvent parfois la favoriser. Ainsi, Mur-Veeman, Eijkelberg et Spreeuwenberg (2001) interprètent-ils l'émergence des pratiques de

soins partagés aux Pays-Bas, en proposant une lecture politique. Inspirés par la théorie de la dépendance des ressources, qui soutient que la survie d'une organisation dépend de sa capacité à contrôler les ressources indispensables à son activité, ces auteurs montrent que la dispensation des soins partagés par des médecins généralistes et spécialistes se voit favorisée lorsque les membres des organisations dans lesquelles ils opèrent se perçoivent comme interdépendants. En développant des relations de collaboration, les organisations accèdent plus facilement à une ressource rare (l'expertise) et renforcent leur position de pouvoir au sein du réseau de soins.

En somme, il apparaît qu'en fonction du contexte d'action des acteurs, les enjeux de pouvoir peuvent soit favoriser ou défavoriser le développement de réseaux collaboratifs, suivant la perception des acteurs quant à leur dépendance à l'égard des autres acteurs avec qui ils sont en relation.

**Les enjeux identitaires.** La littérature scientifique souligne l'importance des enjeux identitaires tant pour l'individu, le groupe professionnel que pour l'organisation, notamment dans des contextes de changement des rôles professionnels (Reay et Hinings, 2009) ou de relations interprofessionnelles (Chreim *et al.*, 2007).

Si la recherche empirique concernant les enjeux identitaires dans le cadre des réseaux de collaboration médicale est sous-développée, l'influence de l'identité organisationnelle sur le comportement des médecins a été documentée (Dukerich, Golden et Shortell, 2002). Certaines études empiriques nous incitent à penser que les enjeux identitaires sont loin d'être négligeables dans le cadre des pratiques de collaboration médicale, car les médecins de famille vivent des tensions liées à deux représentations de leur rôle, l'une valorisant la globalité de la prise en charge, l'autre étant plus axée sur la spécialisation de l'expertise (Beaulieu *et al.*, 2008). Une identité professionnelle est associée à une certaine conception de la façon dont on « doit » agir comme médecin et interagir avec les acteurs avec qui on est en relation. On peut donc supposer que les médecins omnipraticiens pourraient s'investir dans des pratiques de collaboration avec des médecins spécialistes s'ils voient une cohérence entre les formes de collaboration et leur identité professionnelle.

En définitive, si la recherche a prêté une certaine attention aux enjeux cognitifs, identitaires et politiques de la collaboration médicale entre niveaux de soins, plusieurs lacunes dans l'état des connaissances persistent. À titre d'illustration, comme on l'a vu, il y a une pénurie de travaux sur les enjeux identitaires, et les enjeux cognitifs et politiques n'ont

pas été suffisamment analysés : on s'est notamment attardé sur les enjeux cognitifs dans le contexte de l'introduction des technologies de l'information. En outre, les études existantes ont peu analysé les processus d'institutionnalisation des pratiques de collaboration. Une analyse des réseaux de relations entre acteurs permettrait certainement de mieux comprendre ces phénomènes (Meyer et Rowan, 1977; DiMaggio et Powell, 1991). En effet, les réseaux (entre autres professionnels) favorisent la diffusion des modèles et peuvent contribuer ainsi à l'institutionnalisation de pratiques collaboratives.

Nous pensons par conséquent que le développement d'un cadre d'analyse synthétique prenant en compte les réseaux d'acteurs et renvoyant à l'approche relationnelle serait fort utile pour la compréhension du phénomène de la collaboration médicale entre niveaux de soins.

## 2/ **Une grille d'analyse de la dynamique des réseaux de collaboration médicale**

Depuis quelques années, certains auteurs (Davis et Marquis, 2005; McAdam et Scott, 2005) soutiennent qu'au lieu de se concentrer sur des organisations ou des groupes d'organisations, il serait plus riche d'adopter comme unité d'analyse un champ institutionnel, c'est-à-dire un ensemble d'organisations qui constituent un espace reconnaissable de la vie institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1991). Cette approche permet d'analyser les conduites des acteurs en tenant compte des multiples institutions qui les façonnent, en l'occurrence les structures cognitives, régulatrices, normatives qui confèrent du sens et de la stabilité aux comportements sociaux (Scott, 1995). Pour appréhender ce lien, nous reprendrons l'idée fondatrice des théories institutionnelles selon lesquelles c'est la recherche de la légitimité plutôt que de l'efficacité qui motive les comportements des acteurs. Cette théorie explique la convergence (similarité) des structures organisationnelles dans un champ institutionnel (DiMaggio et Powell, 1991; Meyer et Rowan, 1977).

Les mécanismes relationnels permettant cet isomorphisme institutionnel sont de trois types : mimétiques, normatifs et coercitifs (DiMaggio et Powell, 1991). L'isomorphisme normatif se développe parallèlement à la professionnalisation, à travers la standardisation des cursus et les réseaux professionnels. Les processus de mimétisme découlent de l'incertitude, liée par exemple à l'ambiguïté des buts. Dans ce cas, les organisations vont réagir en mimant les organisations qui leur semblent les plus

performantes ou les plus légitimes. Enfin, les processus de coercition résultent de pressions formelles ou informelles qui découlent d'autres organisations ou des attentes de la société. L'intériorisation des normes dans ce cas va se faire grâce aux interactions en société (Mead, 1934).

Ce cadre posé, nous nous inspirerons dans un premier temps des théories néo-institutionnelles, qui sont particulièrement utiles pour analyser les dynamiques du système de soins (Scott *et al.*, 2000; Mick et Wyttenbach, 2004). En effet, dans ce milieu, les normes professionnelles sont très présentes (à l'image de la médecine basée sur les données probantes), et les organismes de régulation ont tendance, en raison de la difficulté d'apprécier les résultats, à évaluer la performance des organisations en se référant à l'utilisation de certaines « techniques » conçues comme « rationnelles » (par exemple l'intégration des services), qui deviennent par ce processus des sources de légitimité pour les organisations. Nous retiendrons cette vision théorique pour étudier les dynamiques des réseaux de collaboration médicale, en adhérant ainsi à la proposition de Phillips, Lawrence et Hardy (2000) selon laquelle les processus d'institutionnalisation et de collaboration sont interdépendants : les champs institutionnels confèrent aux acteurs les normes et les ressources sur lesquelles ils vont se baser pour construire la collaboration, tandis que la collaboration influence le processus de structuration du champ institutionnel où les acteurs évoluent. Ces théories permettent d'appréhender comment les acteurs réagissent aux pressions institutionnelles qui pourraient notamment les amener à adopter un fonctionnement en réseau.

Les théories institutionnelles présentent néanmoins une lacune : elles conduisent, du moins à leurs débuts, à considérer les normes comme déterminant les comportements en ne s'attardant pas sur la compréhension des dynamiques d'acteurs en tant que sujets agissants. Si elles reconnaissent l'*agency* des acteurs, en particulier pour des professionnels (Scott, 2008), elles n'ont pas théorisé suffisamment cette capacité d'agir. Par conséquent, certains auteurs (Barley et Tolbert, 1997) suggèrent de combiner les théories institutionnelles et la théorie de la structuration (Giddens, 1984). Cette dernière vise à réconcilier deux visions traditionnellement opposées de la dynamique des acteurs : primauté des structures ou primauté des acteurs. Selon Giddens, les structures sociales sont à la fois habilitantes et contraignantes. Les structures, en fait des traces mnésiques, constituent un ensemble de règles et

de ressources que les individus utilisent et reconstituent dans le cours de leurs actions. La façon dont les acteurs utilisent les structures est influencée par leurs positions dans les réseaux où ils s'inscrivent.

Les individus sont des acteurs connaisseurs et socialement compétents. De plus, ils sont capables de contrôler réflexivement leur action. Au-delà de leur connaissance et du contrôle réflexif, la structuration du social est limitée par les motivations inconscientes des acteurs et les conséquences non intentionnelles et non reconnues de l'action. Ainsi, l'action de l'acteur peut se retrouver prise dans des séquences d'action complexes appartenant à d'autres systèmes spatio-temporels, ce qui fait qu'elle échappe à son contrôle. Au total, on retient que les structures ne sont pas extérieures aux relations entre individus; elles sont le produit des relations sociales. Dit autrement, les structures et les systèmes n'existent pas en dehors des agents, mais seulement dans le cours de leurs pratiques. Il devient donc primordial d'analyser ces pratiques en mettant l'accent sur trois dimensions, soit les dynamiques identitaires, cognitives et politiques.

## 2.1/ **Les dynamiques identitaires**

La notion d'identité désigne la signification subjective qu'un individu ou groupe d'individus attribue à son expérience, dans un effort de répondre à deux types de questions lors des interactions sociales: «qui suis-je?» et «comment devrais-je agir?» en conséquence (Alvesson *et al.*, 2008). L'identité confère une sécurité ontologique au sujet dans la mesure où elle procure une continuité à travers le temps et l'espace (Giddens, 1991). On distingue généralement l'identité individuelle (qui suis-je en tant qu'individu?) de l'identité professionnelle (qui sommes-nous en tant que communauté de pratique professionnelle?) et organisationnelle (qui sommes-nous en tant qu'organisation?), sachant qu'il y a une récursivité entre ces identités. Les travaux récents en la matière proposent une vision dynamique de l'identité, mettant l'accent sur sa nature processuelle, processus caractérisé par sa fluidité, ses contradictions et son caractère évolutif (Nkomo et Cox, 1996). L'identité se caractérise aussi par son caractère multiple du fait que nous participons à des réseaux relationnels divers. Les acteurs s'efforcent à travers «un travail identitaire» de développer une cohérence entre ces identités multiples. De même, certains aspects saillants de l'identité vont être plus ou moins mobilisés selon les interactions.

Par ailleurs, l'identité est un phénomène par essence relationnel, selon la théorisation proposée par Dubar (2010). En s'opposant à une vision qui conçoit la socialisation comme une forme d'intégration sociale ou culturelle reposant sur un conditionnement inconscient, ce dernier propose une alternative qui place l'interaction et l'incertitude au cœur de la réalité sociale définie comme une confrontation entre des logiques d'action hétérogènes. De son point de vue, la socialisation est un processus de construction et de reconstruction d'identités lié aux diverses sphères d'activité que chacun rencontre au cours de sa vie et au regard desquelles il doit apprendre à devenir acteur (*ibid.*, p. 10). Dubar soutient que dès lors qu'on se refuse à réduire les acteurs à une catégorie préétablie, qu'elle soit socioéconomique ou socioculturelle, la question centrale devient celle de la manière dont ces acteurs s'identifient les uns aux autres :

Cette question est inséparable de la définition du contexte d'action qui est aussi contexte de définition de soi et des autres. En tant qu'acteur, chacun possède une certaine définition de la situation dans laquelle il est plongé. Cette définition inclut une manière de se définir soi-même et de définir les autres. Ces autodéfinitions d'acteurs dans un contexte donné ne sont pas strictement déterminées par le contexte lui-même. Chacun des acteurs a une histoire qui pèse aussi sur ses identités d'acteur. Il ne se définit pas uniquement en fonction de ses partenaires actuels, de ses interactions dans un champ déterminé de pratiques. Il se définit aussi en fonction de sa trajectoire aussi bien personnelle que sociale (*ibid.*, p. 11).

L'étude des dynamiques identitaires dans le cadre des pratiques de collaboration médicale serait ainsi amenée à examiner, de façon contextualisée, l'interaction complexe des identités individuelle, professionnelle et organisationnelle et son influence sur le développement des pratiques collaboratives. De même, il s'agirait de voir comment les pratiques de collaboration peuvent modifier les identités.

## 2.2 / **Les dynamiques cognitives**

Nous retenons ici une conception des dynamiques d'apprentissage basée sur l'activité quotidienne (Gherardi, 2000), une vision qui ne réifie pas les savoirs : « Au sein des pratiques journalières, l'apprentissage intervient

à travers l'expérience, que l'on en soit conscient ou non» (p. 214; traduction libre). Cette vision des dynamiques d'apprentissage prend acte de l'importance du contexte d'interaction et des liens entre l'action et les processus d'acquisition des connaissances (*knowing*). Prêter attention aux dynamiques d'apprentissage dans le cadre de l'étude des pratiques de collaboration consiste à analyser les phénomènes d'apprentissage organisationnel, ce dernier étant interprété comme un processus de structuration (Berends, Boersman et Weggeman, 2003). Une telle vision des dynamiques d'apprentissage organisationnel tient compte du rôle des individus, tout en soulignant les dimensions sociales et organisationnelles du phénomène : l'apprentissage organisationnel consiste en un changement des pratiques organisationnelles grâce au développement de savoirs. Ce développement se concrétise dans le cadre des pratiques sociales, dispersées dans le temps et l'espace, et réalisées par des individus socialement compétents. Ces pratiques sociales ne sont pas aléatoires, mais structurées par des règles (par exemple le respect de certains standards) et ressources (par exemple les acteurs frontière). Au-delà de leur rôle contraignant, les structures sont aussi habilitantes, sachant que les individus, à travers les pratiques, peuvent changer les règles. En nous inscrivant dans cette vision de l'apprentissage, nous rejoignons des auteurs, dont Hatchuel (1994), qui proposent de conceptualiser les processus d'apprentissage comme des processus d'apprentissages croisés grâce à des prescriptions réciproques entre acteurs interdépendants : cette notion de prescription réciproque illustre le fait que, par sa nature intrinsèquement relationnelle, l'apprentissage de l'un est modifié par l'apprentissage de l'autre, modifications qui tiennent aussi bien aux relations qui existent entre les deux acteurs qu'à la nature des savoirs qu'ils élaborent en interaction.

### 2.3 / **Les dynamiques politiques**

Le pouvoir tel que nous l'entendons ici n'est pas forcément lié à la poursuite d'intérêts sectoriels, mais plutôt une dimension de l'action. Crozier et Friedberg (1971) définissent d'ailleurs le pouvoir comme le processus par lequel l'acteur individuel ou collectif arrive à contrôler les termes d'une relation d'échange afin qu'elle lui soit favorable. Selon ces mêmes auteurs, le pouvoir n'est pas le simple reflet et produit d'une structure d'autorité, qu'elle soit organisationnelle ou sociale, pas plus qu'il n'est un attribut. Il n'est au fond rien d'autre que le résultat toujours contingent

de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitude pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeu donné, pour leurs relations et tractions avec les autres participants à ce jeu. C'est donc une relation qui, en tant que médiation spécifique et autonome des objectifs divergents des acteurs, est toujours liée à une structure de jeu (*ibid.*, p. 30).

Plusieurs typologies du pouvoir ont été proposées, parmi lesquelles celle de Hardy (1996), qui distingue trois types de pouvoir : le pouvoir associé à la mobilisation des ressources ; le pouvoir associé aux processus de décision et le pouvoir de signification (*meaning*) qui légitime ou délégitime certaines pratiques. Swan et Scarborough (2005) soulignent, dans le cadre de leur étude sur le déploiement de réseaux de services intégrés, l'importance des pouvoirs de processus (reliés à la manière dont les acteurs forment et coordonnent les réseaux) et de signification (reliés aux processus de légitimation).

Pour conclure, nous proposons une vision des collaborations professionnelles, notamment médicales, fondée sur une conception relationnelle de la réalité sociale et basée sur la prise en considération prioritaire de certaines dimensions des dynamiques d'acteurs : l'identité des acteurs, les dynamiques cognitives induites par leurs activités et les diverses formes de pouvoir intervenant dans ce processus.

### 3 / **Une application empirique**

Notre cadre d'analyse a été utilisé à l'occasion d'un projet de recherche mené en collaboration avec le CSSS du Sud-Ouest Verdun (intégré en 2015 dans le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal). Ce centre a déployé depuis quelques années des initiatives innovantes visant à mieux structurer la collaboration médicale entre niveaux de soins. Un nouveau programme pour soutenir le rôle des médecins de première ligne auprès de la clientèle diabétique a, par exemple, été implanté. Il offre, entre autres, un suivi médical et multidisciplinaire aux patients ayant des besoins complexes, sachant que ces patients sont retournés à leur médecin de famille lorsqu'ils sont stabilisés. Cette initiative nous a, par conséquent, permis d'analyser comment un tel remaniement organisationnel se déroule, comment des collaborations médicales se mettent en place, et, par la même occasion, d'éprouver notre conception théorique des processus de développement des réseaux collaboratifs.

Notre étude empirique, de nature longitudinale, a été réalisée de 2012 à 2015. Elle a donné lieu à trois études de cas (trois continuums de services: diabète, gériatrie et santé mentale). Notre hypothèse était que le degré de complexité des cas cliniques pouvait avoir une influence sur les pratiques de collaboration. Pour analyser les pratiques de collaboration médicale et leur structuration, nous nous sommes essentiellement basées sur trois sources de données: des entrevues semi-dirigées, 62 au total, avec des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes, des infirmières, des gestionnaires et des représentants de l'agence régionale. Lors des entrevues avec les médecins omnipraticiens, nous avons aussi utilisé des mises en situation (vignettes) pour préciser la description de leurs pratiques professionnelles; une analyse documentaire, décrivant entre autres les remaniements organisationnels mis en œuvre; une observation non participante de certains forums d'échange mis en place pour soutenir la collaboration médicale.

L'analyse de ces données, à travers le cadre d'analyse proposé ici, a permis de mieux saisir comment les changements organisationnels, tels que le programme développé pour améliorer la prise en charge du diabète, et divers paramètres institutionnels, tels que les modes de rémunération des médecins, influencent effectivement les pratiques de collaboration, et comment les pratiques de collaboration ont généré des changements au niveau des structures organisationnelles, par exemple dans les modalités de prise en charge du diabète et d'autres maladies chroniques. Nous avons interprété ces changements à travers les dynamiques cognitives des acteurs, intimement associées aux dynamiques de pouvoir et identitaires. En outre, nous avons documenté la variation des pratiques de collaboration médicale, qui s'expliquent notamment par les dynamiques identitaires que vivent les médecins quant à la perception de leur rôle professionnel et de celui des autres professionnels. Ces dynamiques identitaires renvoient aussi à des dynamiques de pouvoir et sont influencées par les contextes organisationnel et clinique dans lesquels évoluent les médecins.

## **Conclusion**

En adoptant une approche relationnelle et en s'inspirant des théories institutionnelles et de la structuration sociale, ce chapitre vise à éclairer la dynamique des réseaux de collaboration, prenant acte de l'*agency* des

acteurs, en l'occurrence des médecins généralistes et spécialistes. Nous considérons en particulier trois dimensions des échanges, soit cognitive, identitaire et politique, ainsi que trois niveaux d'analyse : les acteurs individuels qui collaborent à divers degrés, les organisations dans lesquelles ils œuvrent et le champ institutionnel auquel ces organisations appartiennent. Dans cette conclusion, nous allons proposer quelques pistes de développement de cette perspective.

Si les dynamiques d'acteurs privilégiées dans le cadre proposé ont fait l'objet de certaines études empiriques, elles méritent certainement d'être étudiées de façon plus approfondie. Des recherches futures devront nous permettre de mieux appréhender comment l'identité de groupe professionnel (médecins de famille et spécialistes) émerge des pratiques de collaboration et comment cette identité influence le développement de nouvelles formes de collaboration. Il serait aussi utile d'analyser comment la nature de l'activité, par exemple le degré d'incertitude et de complexité, influence les dynamiques d'apprentissage. En effet, on peut penser que les dynamiques d'apprentissage associées à la prise en charge du diabète (une maladie relativement stable) diffèrent de celles associées à la prise en charge des maladies mentales graves (haut degré d'incertitude) ou des personnes âgées fragiles (complexité élevée due à la comorbidité).

Par ailleurs, il serait nécessaire d'étendre l'étude des dynamiques d'apprentissage au-delà des contextes d'implantation des technologies d'information, contextes qui ont le plus retenu l'attention des chercheurs à cet égard. À titre d'illustration, il serait fort intéressant d'examiner les dynamiques d'apprentissage qui sont à l'œuvre dans le cadre de formes novatrices de collaboration impliquant le développement de nouveaux rôles (Kates *et al.*, 2011). Comme souligné par Ramanujam et Rousseau (2006), l'apprentissage organisationnel dans les milieux de la santé est particulièrement complexe et mériterait un programme de recherche.

Finalement, il serait pertinent d'approfondir la compréhension des microdynamiques politiques et leur impact sur le développement de la collaboration (Collin *et al.*, 2011).

Au-delà de l'intérêt d'analyser chaque dimension de la dynamique d'acteur (cognitive, politique et identitaire), c'est l'interaction entre ces trois dimensions qui devrait faire l'objet d'approfondissements empiriques et théoriques (Sardas, 1993). Une étude menée par Oborn et Dawson (2010), portant sur les processus de mobilisation des connaissances à travers les frontières professionnelles, montre, à partir de l'exemple

d'une unité d'oncologie, que ces processus sont fortement influencés par les actions politiques des acteurs, qui limitent dans ce cas les processus d'apprentissage collectif. À notre connaissance, l'interférence entre les dynamiques politiques et d'apprentissage dans un contexte de collaboration médicale n'a pas été étudiée à ce jour. Une telle étude s'annonce fructueuse et devrait retenir l'attention des chercheurs.

De la même manière, une meilleure compréhension de l'influence mutuelle des dynamiques identitaire, politique et cognitive serait profitable. Rodríguez et Pozzebon (2010) ont montré comment la construction d'une identité organisationnelle, liée à la constitution des groupes de médecine de famille qui visent un renforcement de la collaboration entre médecins et infirmières, est intimement associée à des luttes de pouvoir. De même, Pratt, Rockmann et Kaufmann (2006) ont proposé, à partir de l'exemple de la formation médicale, une interprétation des processus identitaires, suggérant que l'apprentissage est au cœur de ces processus. Il s'agit dès lors de mieux comprendre ces phénomènes dans le contexte de la collaboration médicale.

Par ailleurs, notre cadre d'analyse juxtapose de manière «révélatrice» une approche relationnelle et les théories institutionnelles et de la structuration sociale. Comme nous l'avons constaté à travers notre recension des écrits, les travaux de recherche ont surtout insisté sur l'influence des institutions et des structures sur les pratiques de collaboration, en offrant plutôt une microanalyse des processus. Ces travaux ne se sont pas penchés sur les phénomènes de diffusion des changements de pratique d'un champ institutionnel. La théorie de structuration de Giddens, sur laquelle est basé notre cadre d'analyse, nous invite à examiner comment les pratiques de collaboration influencent les structures et les institutions. Cette voie de recherche est cohérente avec les développements récents de la recherche portant sur le changement institutionnel. Des auteurs tels que Suddaby et Viale (2011) ont discuté récemment du rôle des professionnels, dans la création, le maintien et la transformation des institutions. Ils proposent ainsi de considérer les projets professionnels comme des mécanismes de changement institutionnel. Ils ont notamment identifié quatre dynamiques à travers lesquelles les professionnels peuvent changer les institutions et produire un effet sur le champ institutionnel : la colonisation de nouveaux espaces économiques et intellectuels, l'occupation d'un champ par de nouveaux acteurs, l'introduction de nouvelles règles et l'utilisation du capital social. En analysant l'influence des pratiques de collaboration des professionnels sur les institutions, à travers l'analyse des dynamiques cognitives, politiques et identitaires, nous

serions en mesure de répondre à des questions de recherche telles les suivantes: comment ces dynamiques se mettent-elles en œuvre dans des contextes caractérisés par une interdépendance entre professionnels et organisations? Comment les dynamiques d'apprentissage conduisent-elles à la création et à l'institutionnalisation de nouveaux rôles professionnels et à l'instauration de nouvelles règles?

Au-delà de sa contribution potentielle à l'état des connaissances, ce cadre est également utile pour la prise de décision: il suggère que le développement des réseaux de collaboration médicale ne résulte pas de l'activation de certains leviers (incitations diverses, usage des technologies de l'information, etc.) qui, comme nous l'avons vu, ne contribuent pas forcément au renforcement des liens de collaboration. Un tel développement résulte plutôt du maintien et du développement de contextes d'action et donc d'interactions susceptibles de favoriser des dynamiques d'acteurs positives, et ce, sur le plan identitaire, sur le plan des apprentissages individuels et collectifs et sur le plan de la distribution des rapports de pouvoir.

## Bibliographie

- ABBOTT, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- AGRANOFF, R. et M. MCGUIRE (2001). «Big questions in public network management research», *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 11, n° 3, p. 295-396.
- AHUJA, G., G. SODA et A. ZAHEER (2012). «The genesis and dynamics of organizational networks», *Organization Science*, vol. 23, n° 2, p. 434-448.
- ALVESSON, M., L. ASHCRAFT, K. ROBYN et T. ROBYN (2008). «Identity matters: Reflections on the construction of identity scholarship in organization studies», *Organization Studies*, vol. 15, n° 1, p. 5-28.
- BAJOIT, G. (1992). *Pour une sociologie relationnelle*, Paris, Presses universitaires de France.
- BARLEY, S. R. et P. S. TOLBERT (1997). «Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution», *Organization Studies*, vol. 18, n° 1, p. 93-117.
- BEAULIEU, M.-D. et al. (2004). *Des connaissances probantes pour la première ligne: clé d'un savoir partagé. Étude exploratoire à partir de deux problématiques: le diagnostic génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle*, Rapport de recherche, Université de Montréal.
- BEAULIEU, M.-D. et al. (2006). *La collaboration entre médecins de famille et médecins spécialistes pratique souhaitée / pratique réelle: le grand écart*, Rapport de recherche, Université de Montréal.
- BEAULIEU, M.-D. et al. (2008). «Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada», *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 7, p. 1153-1163.

- BERENDS, H., K. BOERSMA et M. WEGGEMAN (2003). «The structuration of organizational learning», *Human Relations*, n° 56, p. 1035-1056.
- BERENDSEN, A. J. et al. (2006). «Collaboration with general practitioners: Preferences of medical specialists – a qualitative study», *BMC Health Services Research*, vol. 6, n° 155, p. 1-9.
- BERENDSEN, A. J. et al. (2007). «Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: A qualitative study», *BMC Health Services Research*, vol. 7, n° 4, p. 1-9.
- BLOY, G. (2008). «L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles», *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n° 1, p. 67-92.
- BRANGER, P. J. et al. (1999). «Shared care for diabetes: Supporting communication between primary and secondary care», *International Journal of Medical Informatics*, n° 53, p. 133-142.
- CHREIM, S. et al. (2007). «Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity», *Academy of Management Journal*, vol. 50, n° 6, p. 1515-1539.
- COLLIN, K. et al. (2011). «Work, power and learning in a risk filled occupation», *Management Learning*, vol. 42, n° 3, p. 301-318.
- CRONIN, P., F. RYAN et F. COUGHLAN (2008). «Undertaking a literature review: A step-by-step approach», *British Journal of Nursing*, vol. 17, n° 1, p. 38-43.
- CROZIER, M. et E. FRIEDBERG (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- CURRIE, G., R. FINN et G. MARTIN (2009). «Professional competition and modernizing the clinical workforce in the NHS», *Work, Employment, and Society*, vol. 23, n° 2, p. 267-284.
- D'AMOUR, D. et al. (2008). «A model of collaboration among professionals in healthcare organizations», *BMC Health Services Research*, vol. 8, n° 188, <<http://bmchealthservs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>>, consulté le 30 mai 2016.
- DAVIS, G. F. et C. MARQUIS (2005). «Prospects for organization theory in the early twenty-first century: Institutional fields and mechanisms», *Organization Science*, vol. 16, n° 4, p. 332-343.
- DIMAGGIO, P. J. et W. W. POWELL (1991). *The New Institutionalism of Organizational Analysis*, Chicago, Chicago University Press.
- DUBAR, C. (2010). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DUBAR, C. et A. TRIPIER (1998). *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- DUKERICH, J. M., B. R. GOLDEN et S. M. SHORTELL (2002). «Beauty is in the eye of the beholder: The impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians», *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n° 3, p. 507-533.
- FLEURY, M.-J. et N. PETITCLERC (2008). «Parcours de services en santé mentale: du médecin de famille à un mode d'intégration des services en réseau», Présentation au Congrès de l'AQESSS: «Un futur à composer au présent».
- FRANKS, P. et al. (2001). «Why do physicians vary so widely in their referral rates?», *Journal of General Internal Medicine*, n° 15, p. 163-168.
- GENEAU, R. (2004). *Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes: une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation*, Rapport de recherche, Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine, Université de Montréal.

- GHERARDI, S. (2000). «Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations», *Organization*, vol. 7, n° 2, p. 211-223.
- GHERARDI, S. (2010). «Telemedicine: A practice based approach to technology», *Human Relations*, vol. 63, n° 4, p. 501-524.
- GIDDENS, A. (1984). *The Constitution of Society*, Cambridge, Polity Press.
- GIDDENS, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*, Stanford, Stanford University Press.
- GRAY, B. (1989). *Collaborating*, San Francisco, Jossey-Bass.
- HAMERMAN, D. (2002). «Geriatric practice revisited: Toward collaboration with primary care medicine», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 5, p. 971-972.
- HARDY, C. (1996). «Understanding power: Bringing about strategic change», *British Journal of Management*, vol. 7, n° 1, p. 3-16.
- HATCHUEL, A. (1994). «Apprentissages collectifs et activité de conception», *Revue française de gestion*, n° 99, p. 10-20.
- HORNER, D. et K. ASHER (2005). «General practitioners and mental health staff sharing patient care: Working model», *Australian Psychiatry*. vol. 13, n° 2, p. 176-180.
- KASJE, W. N., P. DENIG et F. M. HAAJER-RUSKAMP (2002). «Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care», *International Journal for Quality in Health Care*, n° 14, p. 509-518.
- KASJE, W. N. et al. (2004). «Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care», *International Journal for Quality in Health Care*, n° 16, p. 229-236.
- KATES, N. et al. (2011). «The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future», *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, n° 5, p. 1-12.
- KILBOURNE, A. M. et al. (2004). «Translating evidence-based depression management services to community-based primary care practices», *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, p. 631-659.
- KINCHEN, K. S. et al. (2004). «Referral of patients to specialists: Factors affecting choice of specialist by primary care physicians», *The Annals of Family Medicine*, n° 2, p. 245-252.
- KOUSGAARD, K. R. et al. (2003). «General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, n° 21, p. 110-114.
- LAMOTHE, L. et Y. DUFOUR (2006). «Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level: A configurational approach», *Public Management Review*, vol. 9, n° 1, p. 67-85.
- LANGLEY, A. (2007). «Process thinking in strategic organization», *Strategic Organization*, vol. 5, n° 3, p. 271-282.
- LEVESQUE, J.-F. (2003). *L'organisation des services de première ligne, l'accès aux services, les attributs de l'expérience de soins et la santé: concepts, mesures et effets*, Document de travail, Unité de santé physique, Direction de la santé publique de Montréal Centre.
- LLIFFE, S., J. WILCOCK et D. HAWORTH (2006). «Obstacles to shared care for patients with dementia: A qualitative study», *Family Practice - An International Journal*, n° 23, p. 353-362.
- MACNAUGHTON, K., S. CHREIM et Y. L. BOURGEOULT (2013). «Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: A qualitative study», *BMC Health Services Research*, n° 13, p. 1-11.

- MARSHALL, M. N. et D. R. PHILIPPS (1999). «A qualitative study of the professional relationship between family physicians and hospital specialists», *Professional Geographer*, n° 51, p. 274-282.
- MARTIN, G. P., G. CURRIE et R. FINN (2009). «Reconfiguring or reproducing intra-professional boundaries. Specialist expertise, generalist knowledge and the "modernization" of the medical workforce», *Social Science and Medicine*, vol. 68, n° 7, p. 1191-1197.
- MCADAM, D. et W. R. SCOTT (2005). «Organizations and movements», dans G. F. Davis *et al.* (dir.), *Social Movements and Organizations Theory*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 4-40.
- MCELHERAN, W. *et al.* (2004). «Shared mental health care: The Calgary model», *Families, Systems & Health*, vol. 22, n° 4, p. 424-438.
- MEAD, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society*, Chicago, University of Chicago Press.
- MEYER, J. W. et B. ROWAN (1977). «Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony», *American Journal of Sociology*, n° 83, p. 340-363.
- MICK, S. S. et M. E. WYTTEBACH (2004). *Advances in Health Care Organization Theory*, San Francisco, Jossey-Bass.
- MILLIAT-GUITARD, L. *et al.* (2006). «Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein: perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers», *Bulletin du Cancer*, n° 93, p. 223-231.
- MITCHELL, G., C. DEL MAR et D. FRANCIS (2002). «Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review», *British Journal of General Practice*, n° 52, p. 934-939.
- MOHIDIN, A. *et al.* (2006). «Sharing specialist skills for diabetes in an inner city: A comparison of two primary care organizations over 4 years», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n° 12, p. 583-590.
- MUR-VEEMAN, I., I. EIJKELBERG et C. SPREEUWENBERG (2001). «How to manage the implementation of shared care», *Journal of Management in Medicine*, vol. 15, n° 2, p. 142-155.
- NICOLINI, D. (2007). «Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine», *Human Relations*, vol. 60, n° 6, p. 889-920.
- NILSEN, L. L. (2001). «Collaborative work by using videoconferencing: Opportunities for learning in daily medical practice», *Qualitative Health Research*, vol. 21, n° 8, p. 1147-1158.
- NKOMO, S. M. et T. COX JR. (1996). «Diverse identities in organizations», dans S. R. Clegg, C. Hardy et W. R. Nord (dir.), *Handbook of Organization Studies*, Londres, Sage, p. 338-356.
- OBORN, E. et S. DAWSON (2010). «Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege», *Human Relations*, vol. 63, n° 12, p. 1835-1857.
- PARÉ, G. (2006). «Les technologies de l'information. Et si notre santé en dépendait?», *Gestion*, n° 31, p. 14-20.
- PHILLIPS, N., T. B. LAWRENCE et C. HARDY (2000). «Inter-organizational collaboration and the dynamics of institutional fields», *Journal of Management Studies*, vol. 27, n° 1, p. 23-43.
- PRATT, M., K. W. ROCKMANN et J. KAUFMANN (2006). «Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents», *Academy of Management Journal*, vol. 49, n° 2, p. 235-262.
- RAMANUJAM, R. et D. M. ROUSSEAU (2006). «Healthcare organizations: The problems are organizational not clinical», *Journal of Organizational Behavior*, vol. 27, n° 7, p. 811-827.

- REAY, T. et C. R. HININGS (2009). «Managing the rivalry of competing institutional logics», *Organization Studies*, vol. 30, n° 6, p. 629-652.
- REID, R. et al. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*, Rapport de recherche de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Montréal.
- RODRÍGUEZ, C. et M. POZZEBON (2010). «The implementation evaluation of primary care groups of practice: A focus on organizational identity», *BMC Family Practice*, vol. 11, n° 15, p. 1-10.
- SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. et al. (2005). «The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies», *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, n° 1, p. 132-147.
- SARDAS, J.-C. (1993). *Dynamiques de l'acteur et de l'organisation: à partir d'une recherche intervention sur la gestion du risque bancaire*, Thèse de doctorat, Paris, École des mines.
- SCOTT, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks, Sage.
- SCOTT, W. R. (2008). «Lords of the dance: Professionals as institutional agents», *Organization Studies*, vol. 29, n° 2, p. 219-238.
- SCOTT, W. R. et al. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations*, Chicago, University of Chicago Press.
- SICOTTE, C. et al. (2006). «Risk assessment of two interorganizational clinical information systems», *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 13, n° 5, p. 557-566.
- SMITH, S. M., S. ALLWRIGHT et T. O'DOWD (2007). «Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management (review)», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, CDO04910.
- STARFIELD, B. (2003). «Primary care and specialty care: A role reversal?», *Medical Education*, vol. 37, n° 9, p. 756-757.
- SUDDABY, R. et T. VIALE (2011). «Professionals and field level change: Institutional work and the professional project», *Current Sociology*, vol. 59, n° 4, p. 423-442.
- SWAN, J. et H. SCARBOROUGH (2005). «The politics of networked innovation», *Human Relations*, vol. 58, n° 7, p. 913-943.
- TOUATI, N. et al. (2009). «Evaluating service organization models: The relevance and methodological challenges of a configurational approach - A discussion drawing on the evaluation of primary healthcare models», *Evaluation*, vol. 15, n° 4, p. 375-401.
- TOUATI, N. et J.-C. SUÁREZ-HERRERA (2011) «L'évaluation des interventions complexes: quelle peut être la contribution des approches configurationnelles?», *La revue canadienne d'évaluation de programmes / The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 26, n° 3, p. 17-35.
- WOOD, D. J. et B. GRAY (1991). «Toward a comprehensive theory of collaboration», *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 27, n° 2, p. 139-162.

## Repenser l'interactionnisme à travers les réseaux

L'exemple des relations entre préposés  
et résidents en centre d'hébergement

*Baptiste Brossard*

---

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) comme dans toute autre institution du secteur tertiaire, ce qu'on appelle la « qualité des services » désigne en fait la représentation, construite institutionnellement à travers des dispositifs d'évaluation, d'une adéquation relative entre les interactions produites à destination des usagers et un idéal plus ou moins formalisé de ce que ces interactions devraient être. Cette problématique est généralement abordée en sciences sociales à l'aide d'approches interactionnistes, c'est-à-dire se centrant sur l'étude des interactions elles-mêmes et de ce que leurs protagonistes en disent. Ces approches permettent d'appréhender ces multiples contacts quotidiens par lesquels les résidents de CHSLD font l'expérience d'une certaine « qualité » dans les soins qu'ils reçoivent. Plusieurs travaux ont décrit et analysé ces interactions, mettant selon les auteurs davantage en lumière les contraintes professionnelles des employés (Diamond, 1986; Lopez, 2006; Lechevalier-Hurard, 2013) ou les enjeux identitaires auxquels les résidents se trouvent confrontés dans ce cadre institutionnel (Paterniti, 2000; McGolgan, 2005).

Mais chaque interaction est elle-même le résultat de multiples interactions qui ont, en amont, conduit leurs protagonistes à adopter certaines manières de se comporter. Dans notre cas, il peut s'agir de la formation des préposés (interactions avec les formateurs), de leur vie personnelle (interactions avec leurs proches), des recommandations de leurs supérieurs hiérarchiques et de leurs pairs - ces aspects ont largement été

étudiés en France et au Québec par Aubry (2010, 2013) et Couturier (Aubry et Couturier, 2014). C'est également, par exemple, l'intervention des chefs d'unité de vie et des infirmiers qui organise le travail des préposés, l'influence des normes émises par les agences d'évaluation, le travail de la direction des établissements. Ces aspects font l'objet de publications professionnelles (par exemple dans le *Journal of Nursing Home Administration*), mais peu en sciences sociales. Au-delà des institutions, notons l'action plus ou moins perceptible des familles, qui peuvent émettre certaines requêtes, ou des médias, qui tendent à structurer la perception des enjeux du soin autour de questions, comme celle de la maltraitance.

Si chaque contact particulier entre un professionnel et un résident est profondément structuré par un *réseau d'interactions* qui implique de multiples protagonistes, dont la plupart ne sont pas présents au moment de l'interaction avec le résident, les travaux existants tendent à se concentrer sur un aspect de cette réalité, sur un point précis. Ou bien, à l'instar de l'ouvrage pionnier en ethnographie des centres d'hébergement, *Living and Dying at Murray Manor* (Gubrium, 1975), ils analysent ces institutions comme des lieux où cohabitent plusieurs « mondes », celui des résidents, celui des professionnels de première ligne (*frontline staff members*), celui des professionnels administratifs. Afin d'améliorer notre connaissance de ce qui produit les relations entre préposés et résidents, on pourrait étudier non pas des interactions ou des acteurs particuliers, mais la structure des liens multiples par lesquels ces acteurs s'influencent mutuellement : enrichir l'interactionnisme par l'approche réseau.

Ce chapitre vise à poser les bases de cette perspective. Je détaillerai tout d'abord le cadre théorique de cette alliance possible entre interactionnisme et approche réseau. Je décrirai ensuite la méthodologie utilisée, en présentant un ensemble de travaux qualitatifs conduits dans des CHSLD montréalais. Les résultats seront présentés autour de notions qui, à mon avis, constituent des outils pertinents pour atteindre l'objectif proposé, par exemple : comment un « réseau potentiel » au sein duquel les acteurs s'influencent mutuellement à travers plusieurs types de « traduction » se mobilise de façon variable selon les situations de « routine », de « crise », de « normalisation ». Je conclurai sur les possibilités offertes par cette perspective.

## 1/ Cadre théorique

L'**interactionnisme** et l'**approche réseau** sont des ensembles de théories et de pratiques de recherche qui ont donné lieu à d'innombrables déclinaisons, parfois contradictoires. Il serait impossible de les présenter exhaustivement ici. Je choisirai donc deux axes précis. Par interactionnisme, j'entendrai une démarche de recherche portant une attention prioritaire aux interactions (plutôt qu'aux individus, aux groupes ou aux institutions) de la vie quotidienne (plutôt qu'aux événements, aux tournants biographiques ou aux ruptures). Les travaux d'Erving Goffman (1974) me serviront de cadre ici, même si ce dernier ne se désignait pas comme un interactionniste. En effet, à la différence des interactionnistes « purs », il ne considérait pas l'interaction comme un moteur de changement social, mais comme une conséquence, plus ou moins directe, des structures sociales - je suis ici la lecture structuraliste de l'œuvre de Goffman, telle que défendue par Gonos (1977). En ce qui concerne l'approche réseau, les bases théoriques posées par Michel Callon (2003, 2006a, 2006b) à partir de ses travaux en sociologie des sciences feront office de référence.

Ces deux ensembles théoriques, développés dans des mondes de la recherche distincts bien qu'inspirés en partie par certains auteurs communs (notamment Dewey et la première génération des philosophes pragmatistes), comportent quelques similarités, ce qui m'autorisera à les mettre en cohésion. Tous deux se fondent en effet sur le refus d'instituer l'individu ou la société comme les unités de base de l'analyse sociologique au profit des relations entre individus et groupes. Une formule de Goffman a le mérite d'être efficace : « non pas les hommes et leurs moments, mais les moments et leurs hommes » (1974, p. 8). L'individu n'est pas central, mais les situations dans lesquelles il est amené à se comporter le sont. L'approche réseau propose finalement une rupture épistémologique dans le même ordre, que Michel Callon synthétise ainsi :

Grâce à la notion de réseau, on peut savoir comment un point, qui était isolé, devient un point qui contrôle un grand nombre d'autres points, qui devient un lieu de pouvoir [...] La structure des relations entre individus (c'est-à-dire la structure du réseau) impose des contraintes aux actions que chaque individu peut entreprendre; en même temps, cette même structure offre des occasions d'action. [...] on peut dire que l'action, qui est préformatée par la structure du réseau, a pour objet le réseau lui-même (2006a, p. 37-39).

Une autre rupture épistémologique commune concerne la notion de « contexte » et l'opposition entre le « microsocial » et le « macrosocial » - avec parfois, le « mésosocial » comme intercalaire sociologique. Goffman montre que, d'une part, les plus petits « détails » de la vie sociale, ceux qui sont insignifiants en apparence, ou microsociaux, reflètent ce qui se joue sur le plan macrosocial selon les situations ; d'autre part et en conséquence, ce qu'on appelle la structure *est* un ensemble de détails microsociaux. L'un n'existe pas sans l'autre. Ce brouillage théorique délibéré trouve écho dans la théorie des réseaux telle que Callon la présente :

[Cette approche] libère de la distinction entre microstructures et macrostructures. La notion de réseau permet de circuler entre les deux. Or nous vivons dans un monde où il y a en permanence des changements et des renversements d'échelles : des phénomènes qui paraissaient locaux deviennent globaux et réciproquement. [...] La notion de réseau [...] nous libère du concept de contexte, cette catégorie fourre-tout qui permet aux esprits paresseux d'expliquer sans avoir à expliquer quoi que ce soit. Les chaînes causales, si elles existent, sont déployées par les réseaux. La causalité a besoin de moyens de transport : les connexions réticulaires les fournissent ou, lorsqu'elles se défont, les interrompent. Chaque point a le contexte qui lui est fourni par l'ensemble des liens qu'il établit avec d'autres points (2006a, p. 37-38).

Les deux approches discutées ici sont donc au moins partiellement compatibles sur le plan épistémologique. Plus encore, je soutiendrai que l'approche réseau permet de pallier certaines faiblesses de l'interactionnisme, et inversement. L'avantage de l'interactionnisme est qu'il appréhende finement ce qui se passe entre les individus. Son utilisation permet d'aboutir à l'un des niveaux de description les plus détaillés en sciences sociales. Cependant, et l'œuvre de Goffman en est symptomatique, la mise en exergue des « interactions » conduit à placer toutes les interactions au même niveau alors que chaque interaction est connectée à d'autres interactions qui l'influencent et lui donnent sens, elles-mêmes connectées à d'autres interactions ; nous pourrions continuer à l'infini. L'approche réseau permet de se demander, et d'explorer avec méthode, quelles sont ces interactions, leurs limites et, surtout, leur structure globale. Une interaction n'est qu'un lien entre deux nœuds, pour reprendre le vocabulaire des réseaux. Les autres liens et nœuds - ceux qui ne sont pas observables si l'on se concentre sur le moment présent - sont tout

aussi, voire plus importants. Le regard de l'interactionniste sur une relation donnée, l'analyste des réseaux peut le dupliquer de manière à obtenir une chaîne causale.

Je propose une façon de résoudre ce problème en conceptualisant trois niveaux d'interaction. Les **interactions de premier niveau** sont celles qui font l'objet de l'analyse, que Goffman étudie. Disons, un employé de centre d'hébergement interagit avec un résident, il lui sert un repas. Les **interactions de deuxième niveau** sont des interactions produites en vue d'orienter directement les interactions de premier niveau. Reprenant notre exemple, ces interactions peuvent être la formation de l'employé, qui apprend auprès de son formateur à donner des repas, des discussions avec ses supérieurs hiérarchiques qui lui communiquent la manière dont ils attendent que le repas soit servi, des réprimandes ou félicitations de ces mêmes supérieurs au sujet de ce repas, etc. Les **interactions de troisième niveau** sont celles qui tentent d'orienter ce que devraient être, en général, les interactions de premier niveau. Ce sont, par exemple, les réunions de la direction en vue d'établir des normes sur la manière de donner les repas aux résidents et à les communiquer par des supports tels que des prospectus ou des vidéos pédagogiques.

Suivant cette optique, on évite alors de se référer à un « contexte », la catégorie pour esprits paresseux d'après Michel Callon. Sur le plan théorique, nous ne sommes pas « dans un contexte d'amélioration de la qualité des services », expression vague, mais dans un réseau d'interactions au sein duquel chaque acteur problématise à sa manière l'« amélioration des services » et cherche potentiellement à communiquer cette problématisation aux acteurs avec lesquels il est en contact. Du préposé qui tend une cuillère à un directeur d'établissement qui signe un papier : au-delà des notions de contexte, de micro et de macrosocial, nous avons affaire à un réseau d'interactions dont il s'agit de décrire le fonctionnement et l'évolution.

## 2 / Méthodologie

Débutée en France en janvier 2014, ma recherche repose principalement sur la méthode ethnographique (Beaud et Weber, 2003). Mon premier travail de terrain en centre d'hébergement s'est déroulé dans un établissement privé appartenant à l'une des plus grandes entreprises du secteur, situé dans la région parisienne. Pendant six mois, j'ai passé deux

ou trois jours par semaine à y effectuer des observations et quelques entretiens avec des résidents, observant parmi d'autres choses les contacts en apparence anecdotiques, mais essentiels entre les divers personnels et les résidents. Aussi intéressantes que puissent être ces observations, il est alors apparu que l'observation directe et les entrevues avec les protagonistes étaient insuffisantes pour comprendre la manière dont se déroulent ces interactions. C'est pourquoi, en arrivant au Québec, j'ai décliné la même question de recherche avec un dispositif méthodologique différent.

Entre mars et juillet 2015, plus inspiré par l'ethnographie multisite (Marcus, 1995) et l'ethnographie relationnelle (Desmond, 2014), j'ai mené en parallèle quatre études dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal comportant plusieurs CHSLD qui accueillent des personnes âgées atteintes de démence. Comme le réseau en question n'a pas de limite et ne peut être observé de façon exhaustive, j'ai choisi ces quatre études à la manière de « sondes » sociologiques permettant d'obtenir les données les plus étendues possible sur l'ensemble des relations déployées autour des interactions entre préposés et résidents.

Tout d'abord, j'ai souhaité avoir une meilleure compréhension de la socialisation des préposés. Comment apprennent-ils à se comporter avec les résidents? Dans quelles ressources puisent-ils pour faire leur travail? La socialisation est traditionnellement définie comme un processus permanent par lequel un individu acquiert les normes, les valeurs, les comportements et les aptitudes sociales appropriées dans sa société, selon sa position sociale. Cela désigne en fait de nombreuses interactions par lesquelles un tel processus se réalise. Dans le cas des préposés, quelles sont ces interactions? J'ai donc rencontré 15 préposés par l'intermédiaire de leurs chefs d'unité et mené des entretiens semi-structurés avec eux, qui ont duré entre 30 et 90 minutes. Nous avons parlé de leurs trajectoires sociales, de leur processus d'apprentissage du métier, des techniques relationnelles qu'ils utilisent pour faire face aux situations souvent difficiles qu'ils y rencontrent. Toutefois, les entretiens ont leurs limites: si les préposés ont parlé de ce qui a influencé leur savoir-faire professionnel, on peut supposer qu'un grand nombre de ces influences a été intégré inconsciemment, et n'a donc pas été évoqué durant nos conversations.

Deux autres travaux de terrain ont consisté en l'observation non participante, dix jours chacun, de deux chefs d'unité de vie dans des services accueillant des résidents diagnostiqués de démence. La première

unité abrite une cinquantaine de résidents et est intégrée dans une structure plus large, comportant plusieurs autres unités. La seconde est plus petite - une vingtaine de résidents y sont accueillis - et se trouve dans un bâtiment spécialement équipé pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Je me suis intéressé au travail des chefs d'unité, assistant à leurs interactions avec les infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés, membres de la direction du CSSS, dans le cadre de réunions ou de conversations ordinaires. Indirectement, j'ai pu observer des interactions qui n'impliquaient pas directement les chefs d'unité: interactions entre préposés et résidents ou infirmiers, entre infirmiers, etc.

Enfin, j'ai travaillé sur les accréditations que les établissements de santé doivent obtenir pour avoir le droit de fournir des services, essentiellement les normes fixées par Agrément Canada (un organisme d'évaluation non gouvernemental, mais obligatoire), qui effectue une évaluation tous les quatre ans, et le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui effectue une «visite ministérielle» tous les deux ans. Parmi les multiples normes requises, certaines concernent directement le comportement que les travailleurs doivent avoir avec les résidents. Afin de comprendre à travers quels mécanismes concrets ces normes sont mises en place et interprétées, j'ai contacté dix gestionnaires du CSSS ayant participé au dernier groupe de travail visant à satisfaire à ces exigences. J'ai réalisé avec eux des entretiens semi-directifs qui ont duré environ une heure, et collecté tous les documents relatifs à ce processus (grilles d'évaluation, documents de travail, sondages de satisfaction, etc.). Nous avons discuté de leur trajectoire professionnelle, de leur participation aux groupes de travail, de leur action concernant l'application de certaines normes et des contacts noués dans ce cadre.

Cet ensemble de données permet d'obtenir un aperçu du réseau d'interactions mobilisé autour des relations entre préposés et résidents. Fidèle aux méthodes d'enquête non directives, j'ai cherché à ne pas introduire d'idées, donc de nouveaux mots, dans les conversations afin de recueillir les propos des enquêtés tels qu'ils les formulent habituellement - bien qu'évidemment la relation d'enquête introduit toujours quelques «déformations». Une première conclusion en émerge: il n'a jamais été question de «réseau». Ce mot n'a pas été cité une seule fois. Cela nous renseigne sur le fait que si les professionnels, en pratique, agissent en réseau - ils sont sans arrêt en contact avec d'autres acteurs et d'autres institutions -, ils ne formulent pas cette dimension de leur travail en ces termes. Par conséquent, l'analyse des données ne saurait suivre le

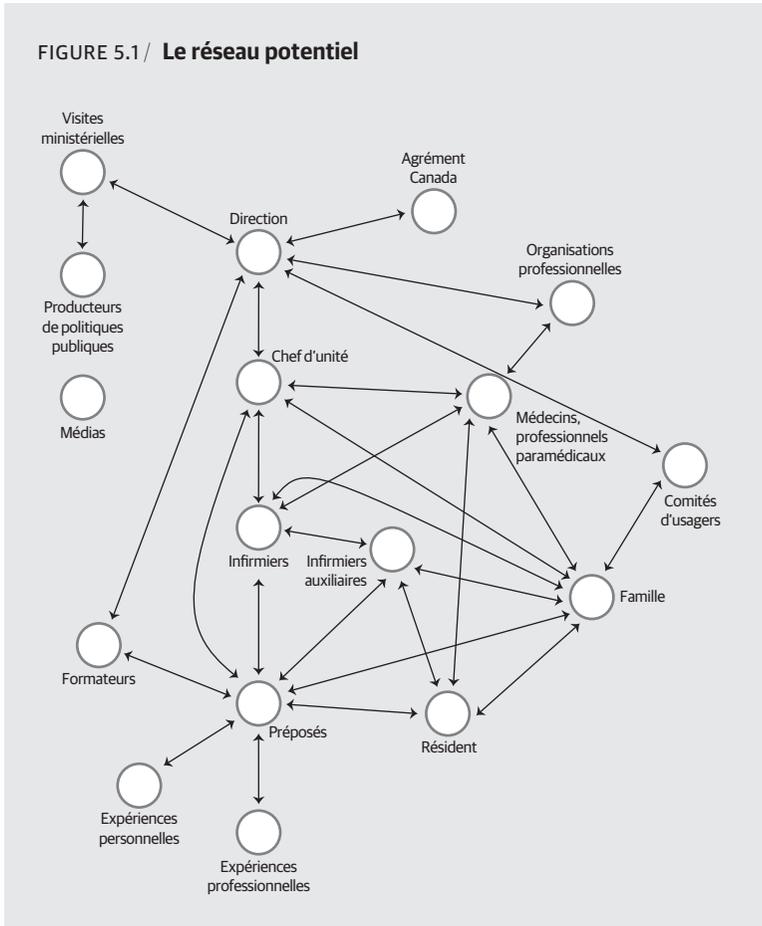
modèle de l'analyse thématique, souvent utilisé en méthode qualitative, et qui consiste à faire émerger les thèmes utilisés de façon récurrente par les acteurs. À la manière d'un puzzle, j'ai plus tenté de reconstituer les *patterns* d'action et de restituer les réseaux qui sont apparus de manière transversale lors des différents travaux de terrain que j'ai menés.

### 3 / **Le réseau potentiel**

Cette méthode permet dans un premier temps de dresser une cartographie de l'ensemble des acteurs potentiellement impliqués dans les relations entre préposés et résidents. À cette fin, j'ai identifié dans les discours des préposés en entretien, mes notes d'observation et les documents recueillis, tous les acteurs mobilisés et avec qui ils sont en contact. Le résultat est un schéma inéluctablement incomplet, mais parlant de cette complexité qu'il s'agira de décrire (figure 5.1). Sur ce schéma, je n'ai conservé que les relations qui se produisent sur une base ordinaire. Par exemple, il peut évidemment arriver que les médecins interagissent avec les préposés ou que les employés de la direction discutent avec les résidents, mais ces relations ne se produisent que dans des circonstances exceptionnelles ou fortuites, qui ne traduisent pas une structure relationnelle durable dans le fonctionnement de ce réseau. J'ai par ailleurs inclus « les médias » dans ce schéma, sans préciser de lien avec un acteur en particulier, tant les informations diffusées par la télévision, la radio, les journaux imprègnent les établissements, par la réputation qui leur est faite et surtout par les suspicions régulières de maltraitance visant les employés.

J'appellerai ce réseau un **réseau potentiel**, dans la mesure où chacun des liens qui y figurent ne sont pas actifs à chaque seconde, mais peuvent influencer le déroulement des soins selon les situations. Ces influences peuvent être différées dans le temps, à la manière des formations qui se sont déroulées dans un passé plus ou moins proche, ou différées relationnellement, au sens où certaines influences circulent à travers plusieurs acteurs - ainsi les normes de l'Agrément Canada « passent par » la direction, les chefs d'unité, les infirmières et infirmiers, avant de contribuer partiellement au travail des préposées et préposés. Ces influences peuvent être ponctuelles, notamment les interventions des professionnels paramédicaux (éducateurs, nutritionnistes, ergothérapeutes, etc.), ou continues, comme le travail quotidien des infirmières et infirmiers avec les préposés.

FIGURE 5.1 / Le réseau potentiel



Sur un plan analytique, le réseau potentiel peut être utilisé comme une photographie d'un moment de l'histoire, d'une institution ou d'un collectif de travail. Par exemple, il y a une dizaine d'années, les infirmiers donnaient encore quelques bains aux résidents. Les négociations syndicales ont abouti à ce qu'ils n'en donnent plus - ils sont largement occupés par le travail administratif et de coordination d'équipe. Ce déplacement a modifié la configuration relationnelle dans laquelle sont placés les résidents : les préposés et infirmiers auxiliaires sont désormais les seuls tenus d'être régulièrement en contact avec eux (les infirmiers interviennent parfois directement, mais plus dans les situations de crise, comme

nous le verrons). Au sein du réseau potentiel, il existe désormais une césure plus nette qu'auparavant entre les acteurs au contact quotidien des bénéficiaires et ceux chargés du management et du travail administratif. De la même manière, les comités de résidents «régularisent» un lien entre famille et direction, de façon plus institutionnalisée qu'avant leur existence.

#### 4 / **Les formes de traduction**

Comment caractériser les circulations de normes, de discours et de pratiques qui se produisent entre les différents acteurs de ce réseau potentiel? Une information ne circule jamais de façon transparente; parce qu'elle est relayée par des acteurs ayant des socialisations et des positions différentes, elle est en quelque sorte filtrée, altérée, transformée au fil de ces circulations. C'est ce que la notion de **traduction** vise à relater, du moins au sens que lui donne Michel Callon :

Les philosophes ont eu recours à la notion de traduction pour expliquer comment les scientifiques dans leur laboratoire passaient d'une langue qui était faite de notions tout à fait ordinaires, comme celles qui permettent de préciser la position d'une aiguille sur le cadran d'un ampèremètre, à une langue qui est théorique et qui utilise des notions décrivant des entités que personne n'a vues. La notion de traduction permet de décrire ce transport mystérieux qui fait que l'on peut passer d'observations empiriques, expérimentales à des énoncés théoriques qui, d'une certaine manière, n'ont rien à voir avec les énoncés observationnels qu'on peut faire (2003, p. 58).

Le même type de décalage frappant existe dans le réseau potentiel identifié. Il suffit de comparer comment la dimension relationnelle des soins est formulée par les préposés, qui insistent sur leur connaissance quotidienne de la routine du résident, par les médecins, qui discutent de l'aspect biologique et neurologique de sa pathologie, par les examinateurs des visites ministérielles, qui érigent des valeurs «humaines» auxquelles doit référer le soin en général, ou par les familles, qui relèvent surtout les besoins matériels de leur proche, pour se rendre compte qu'assurément, chacun s'interroge sur une réalité commune par des langages qui

la problématisent très différemment. Comment ces problématisations circulent-elles entre les acteurs, en discours et en pratique? Je suggérerai dans cette section que six principales opérations de traduction sont à l'œuvre: l'imitation, la suggestion, la modalisation, l'interprétation, la négociation et l'objectivation.

L'**imitation**, un concept initialement introduit en sociologie par Gabriel Tarde, mais qui a donné lieu à de nombreuses élaborations (Letonturier, 2000), désigne ici simplement le fait de reproduire une pratique. Les préposés, notamment au début de leur carrière, imitent largement ce que les autres préposés font, ce que leurs formateurs leur ont montré, et s'inspirent également de la manière dont se comportent les chefs d'unité et infirmiers, censés être des modèles. «*Au début tu regardes les autres et t'essaies de faire pareil*», résume une jeune préposée interrogée. On peut relever des opérations d'imitation également dans l'application de certaines normes d'Agrément Canada et des visites ministérielles, lorsque celles-ci comportent des directives claires que les personnels des directions et chefs d'unité tentent d'appliquer. Par exemple, les préposés doivent vouvoyer les résidents et se tenir à leur hauteur lorsqu'ils communiquent avec eux.

Le concept de **suggestion** est également très ancien. Il a été défini par Charles H. Cooley pour désigner «une influence qui fonctionne d'une manière comparative ou par réflexe, sans faire appel à cette activité de l'esprit hautement sélective impliquée dans le choix ou la volonté» (1902, p. 45; traduction libre). Il s'agit en fait d'une opération d'imitation moins consciente d'elle-même. C'est ce qui se produit lorsque les préposés disent effectuer mécaniquement, ou instinctivement, certains gestes, soit parce qu'ils l'ont suffisamment intériorisé pour ne plus avoir à y penser, soit parce qu'ils considèrent que ces gestes relèvent du «bon sens»; ce qui signifie que ce «bon sens» leur a été suggéré au cours de leur trajectoire personnelle et professionnelle à tel point qu'il passe pour évident. On peut supposer que les médias, parce qu'ils diffusent plus ou moins implicitement des normes, ont un fort pouvoir de suggestion sur l'ensemble des acteurs du réseau potentiel.

J'expliquerai la notion de **modalisation** à l'aide d'exemples. Les préposés convertissent parfois des ressources issues de leurs expériences personnelles et professionnelles précédentes afin de faire face aux situations dans lesquelles ils se trouvent au travail. Certains ont déjà eu à s'occuper d'un parent âgé. D'autres disent que le soin qu'ils apportent

à leurs enfants comporte des ressemblances aidantes avec les soins aux résidents. Des associations sont plus surprenantes, à la manière de ces trois préposés rencontrés qui ont auparavant travaillé dans des activités de service (bar, restaurant, boulangerie), et qui racontent au cours des entrevues que certaines anciennes compétences en relation clientèle sont partiellement transposables dans leur nouveau travail. La plupart présentent leur engagement dans leur activité professionnelle comme liée à une attirance généralisée pour l'aspect humain des relations, c'est-à-dire une attention aux autres qui concerne leurs relations privées aussi bien que professionnelles. En d'autres termes, ils *modalisent* une situation passée:

Par mode, j'entends un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle, mais que les participants considèrent comme sensiblement différentes. On peut appeler modalisation ce processus de transcription (Goffman, 1991, p. 52).

Dans les CHSLD, de nombreuses valeurs plus ou moins abstraites sont régulièrement énoncées par chacun des acteurs. On y entend souvent qu'il est impératif d'y favoriser la «dignité» des résidents en tant qu'«humains». Appliquer ces valeurs nécessite une **interprétation** de ce qu'elles recouvrent en pratique. Lorsque les familles demandent à ce qu'on traite leur proche avec «décence», lorsque les professionnels affirment que leur but est de garantir un soin «humain», une «approche milieu de vie», ou même lorsqu'ils cherchent à suivre certaines normes de l'Agrément Canada et des visites ministérielles qui mobilisent ce même registre, ils doivent convertir des mots en gestes. Il est également question d'interprétation lorsque les préposés doivent suivre certaines recommandations d'autres acteurs, par exemple suivre les instructions de leur infirmier référent ou du chef d'unité de vie: *«Il faut que dans ton approche tu sois plus... je dirais... plus douce, plus entraînante... tu vois ce que je veux dire?»*

Strauss place le concept de **négociation** au cœur de son approche du monde social, jusqu'à parler d'un «paradigme de la négociation» (1992, p. 258-262). Il désigne ainsi les discussions qui prennent place entre les protagonistes d'une interaction afin de définir un cadre et une ligne d'action. Ce ne sont pas systématiquement des désaccords, mais une part inhérente de la communication en société. On peut essentiellement

observer des activités de négociation dans le travail des chefs d'unité de vie et des infirmiers. Les premiers consacrent une part très importante de leur temps à tenter de convaincre les autres professionnels de modifier leur ligne d'action : négocier avec les infirmiers pour mettre en place des dispositifs spéciaux autour des résidents qui posent problème, demander aux professionnels paramédicaux ou médecins d'intervenir, évaluer et orienter le travail des préposés, définir les besoins de l'unité et les discuter avec la direction, etc. Les seconds sont chargés d'organiser le travail des infirmiers auxiliaires et des préposés tout en respectant les instructions des chefs d'unité, ce qui demande également des négociations constantes.

L'**objectivation** est un concept que l'on doit, dans le sens choisi ici, à Berger et Luckman (1986). Ce processus consiste à transformer une perception en objets pouvant être partagés entre plusieurs individus, en tant qu'« éléments d'un monde commun ». L'objectivation s'effectue essentiellement, dans les CHSLD et probablement dans l'ensemble des institutions contemporaines, par l'écrit. Il existe un nombre incalculable de dispositifs écrits (sur papier ou informatisés) par lesquels les différents personnels gardent une trace des soins dispensés, de l'état des patients et des mesures particulières prises à leur égard : cahiers de transmissions, cahiers de « contention », registre des repas, etc. Les opérations d'objectivation ont particulièrement été mises en exergue lors des entrevues avec les gestionnaires, dont la connaissance du CHSLD dépend moins de l'observation directe que de l'ensemble des comptes rendus écrits produits, parfois transformés sous forme statistique. L'objectivation concerne par ailleurs l'ensemble des mises à l'écrit visant à normaliser les pratiques des professionnels, soit des recommandations de bonnes pratiques sous forme de classeurs, d'affiches, de notes, etc., et les documents par lesquels les employés renseignent les familles des activités de leur proche.

Au sein du réseau potentiel, les communications s'effectuent donc à travers de multiples opérations de traduction qui n'y sont pas distribuées également. Les opérations d'**objectivation** concernent par exemple davantage les acteurs les plus haut placés dans la hiérarchie des CHSLD. Les **négociations** surviennent essentiellement autour des professionnels ayant un rôle de coordination dans l'institution. Les **imitations** sont généralement le fait des nouveaux arrivants. Les **modalisations** touchent relativement plus d'acteurs extérieurs aux CHSLD. Les **suggestions** et **interprétations** semblent être les opérations les plus également répandues dans le réseau.

## 5 / Routine, crise et normalisation

Cette base étant posée, nous pouvons aller plus loin. Dans quelles situations s'«activent» certaines parties du réseau potentiel pour devenir un réseau effectif, à un moment donné? Comment les opérations de traduction identifiées plus haut varient-elles selon ces moments? Pour approcher ces questions, il semble pertinent de distinguer ce que j'appellerai les situations de routine, de crise<sup>1</sup> et de normalisation.

Les **situations de routine** englobent les moments au cours desquels les professionnels n'observent pas de problème particulier ni de changement dans leurs habitudes. Les relations entre les préposés aux bénéficiaires et résidents se déroulent selon le programme prévu par les infirmiers, fixé au début des quarts de travail. Certaines dimensions de ces relations sont reportées sur les classeurs prévus à cette fin. Par la suite, ces informations seront conservées et consultées en cas de problème, par les infirmiers, chefs d'unité, médecins, professionnels paramédicaux, ou la direction de l'établissement, et peuvent être converties en statistiques, construites par la direction et parfois montrées aux examinateurs de l'Agrément Canada, des visites ministérielles ou tout autre type de contrôle. Les familles viennent voir essentiellement leur proche et les professionnels médicaux et paramédicaux interviennent selon le programme validé avec les chefs d'unité.

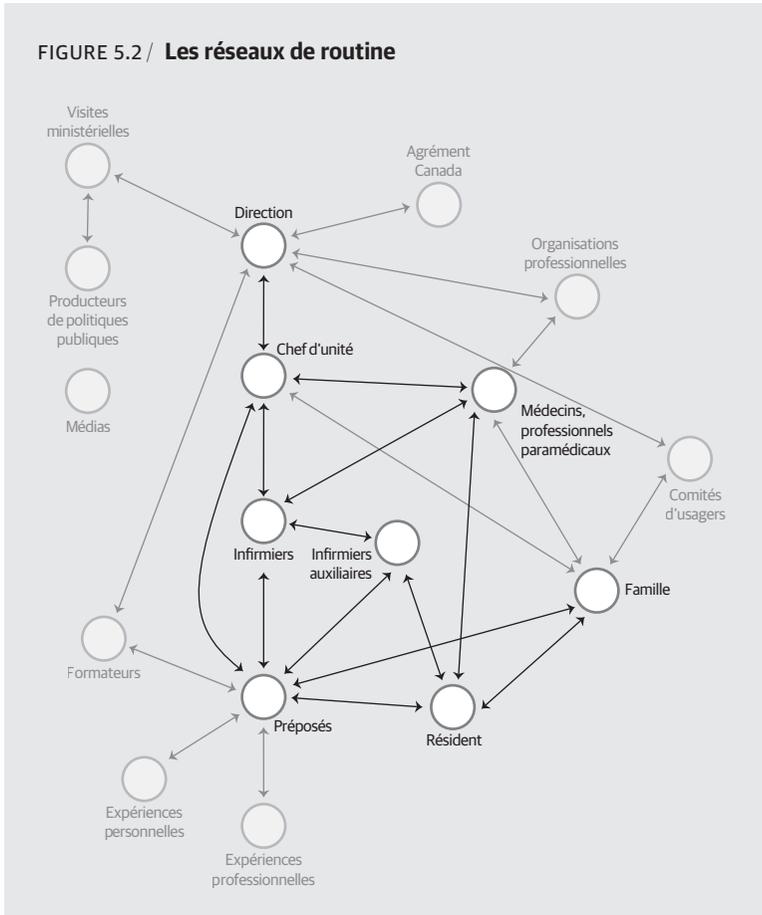
Les situations de routine ont donc plusieurs particularités si on les pense en termes de réseau :

- elles mobilisent de façon immédiate un nombre relativement réduit d'acteurs;
- les informations y descendent de la hiérarchie par des contacts directs (les infirmiers parlent aux préposés) et y «remontent» davantage par des supports écrits;
- les objectivations produites ne sont consultées qu'ultérieurement en cas de problème ou d'évaluation par des professionnels relativement plus élevés hiérarchiquement (direction, médecins, etc.);
- les familles y sont essentiellement en contact avec leur proche;
- les infirmiers orchestrent cette configuration; selon le vocabulaire des réseaux, ils ont la plus grande «centralité de degré».

---

1 La distinction entre routine et crise a été inspirée par les écrits de Hughes (1996, p. 59-136) sur le travail.

FIGURE 5.2 / Les réseaux de routine



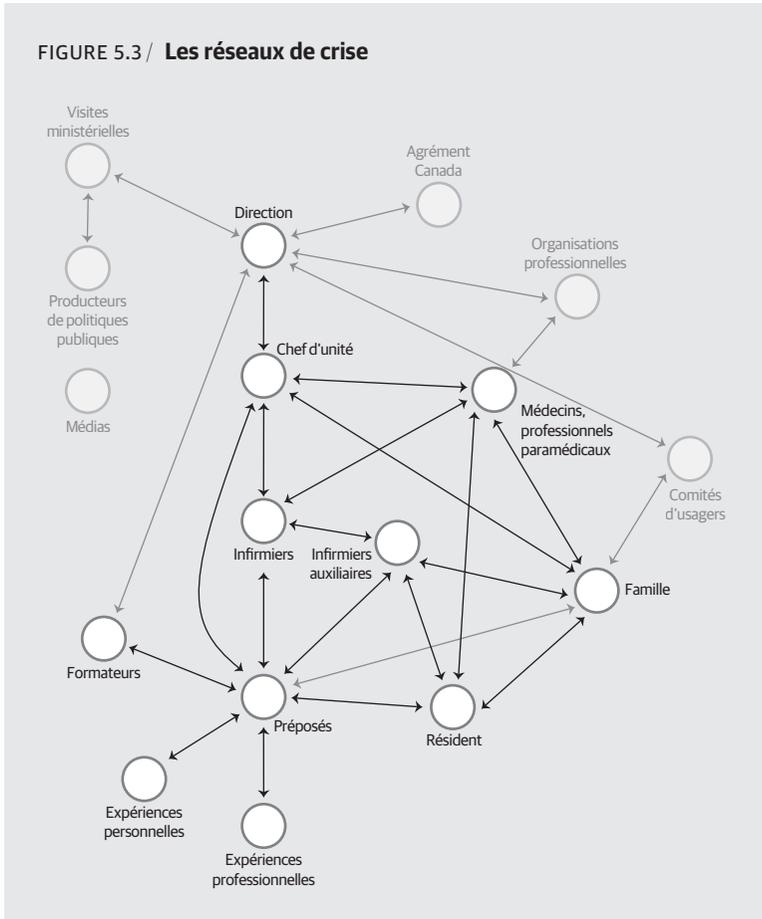
Les **situations de crise** sont celles où des professionnels considèrent que la routine est insuffisante pour faire face à un problème identifié, le plus souvent, un résident dont l'agitation met en péril le quotidien du service ou suggère un état émotionnel ou physique inquiétant. Généralement, les préposés ou les infirmiers auxiliaires font état du problème aux infirmiers, à l'oral, et ces derniers vont ensuite constater eux-mêmes la situation. S'ils considèrent également que la routine ne suffit plus, ils préviennent les chefs d'unité qui prennent en charge l'organisation du réseau : parmi l'ensemble des professionnels, ils choisissent de faire intervenir ceux qu'ils jugent les plus compétents pour résoudre le

problème en question (éducateurs, nutritionnistes, agents de sécurité, médecins, etc.). Les médecins ont un statut particulier dans ce cadre. Plus autonomes que les autres intervenants, ils ont de l'autorité sur les infirmiers et peuvent leur recommander une ligne d'action, parfois, donc, en contradiction avec celle du chef d'unité; il n'est donc pas étonnant que les médecins et chefs d'unité puissent connaître des difficultés à s'entendre et que les infirmiers ne sachent plus quoi faire. Les familles sont averties par les infirmiers ou le chef d'unité, selon la gravité attribuée à la situation. La police peut aussi être prévenue si le problème implique des violences graves, et des bénévoles religieux si un risque de décès existe. Les chefs d'unité font part de la problématique à la direction, à la fois pour demander des conseils et s'assurer que les mesures exceptionnelles qu'ils peuvent être amenés à prendre sont validées par leurs supérieurs. Ils font varier la mobilisation du réseau jusqu'à ce que le problème soit considéré comme réglé. Les préposés, quant à eux, peuvent être «coachés» par les professionnels paramédicaux afin d'adapter leur intervention aux difficultés spécifiques du résident. Ils puisent plus consciemment dans leurs expériences professionnelles, personnelles et leurs formations antérieures afin d'adapter leur comportement à la situation.

Les situations de crise ont donc plusieurs particularités si on les pense en termes de réseau :

- en comparaison aux situations de routine, elles mobilisent un nombre plus important d'acteurs, qui sont plus haut placés dans la hiérarchie, et davantage extérieurs à l'institution;
- si la production écrite s'accroît - les résidents dits problématiques font l'objet de descriptions plus abondantes, par exemple dans les cahiers de transmission -, ce sont surtout les contacts verbaux qui se multiplient, et notamment du bas en haut de la hiérarchie;
- les résidents sont en contact avec beaucoup plus d'acteurs qu'en cas de routine;
- les familles sont désormais préférentiellement au contact des infirmiers et des chefs d'unité;
- les chefs d'unité prennent ce rôle de pivot qu'assumaient les infirmiers dans les situations de routine.

FIGURE 5.3 / Les réseaux de crise



Les **situations de normalisation** sont celles où divers professionnels cherchent à établir un changement dans les pratiques des préposés. La plupart du temps, il s'agit de changements de normes impulsés par les agences d'évaluation des établissements de santé (Agrément Canada, ministère de la Santé et des Services sociaux) ou les ordres professionnels - des infirmiers, des travailleurs sociaux, des pharmaciens. La direction, qui est tenue pour responsable de l'application de ces normes, porte particulièrement ces projets qui peuvent comporter des marges de liberté (donc beaucoup d'interprétations), et donnent lieu à des déléguations. Des

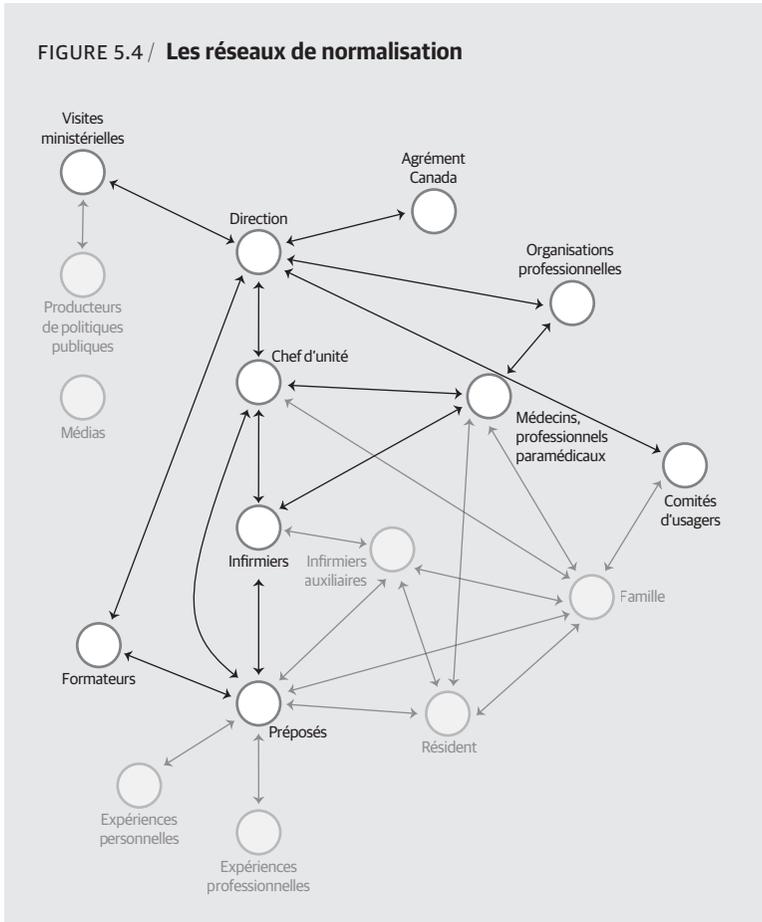
groupes de travail sont formés, souvent composés de chefs d'unité, de cadres (« conseillers milieu de vie » ou autres) et éventuellement d'infirmiers ou d'autres professionnels tels que des éducateurs, nutritionnistes ou travailleurs sociaux. Le résultat de leur travail est mis sous forme écrite, validé par la direction avant d'être diffusé à l'intention de l'ensemble des intervenants des CHSLD. Les comités de résidents, qui sont en fait composés de membres de leur famille pour la plupart, peuvent soit initier des changements de normes, soit intervenir pour orienter des initiatives déjà existantes.

Les situations de normalisation ont donc plusieurs particularités si on les pense en termes de réseau :

- elles mobilisent des acteurs plus élevés hiérarchiquement, rarement les préposés eux-mêmes ;
- ce sont les professionnels de la direction qui prennent le rôle de mobilisateurs de réseau : parmi l'ensemble des professionnels, ils choisissent de mobiliser ceux qu'ils jugent les plus compétents pour mettre en place le projet ;
- les contacts sont essentiellement verbaux, mais le produit final est un document écrit. Cela dit, très souvent, les infirmiers, chefs d'unité ou professionnels paramédicaux organisent des réunions pour ensuite expliquer oralement le document en question aux préposés ;
- les résidents ne sont pas impliqués directement, ni les membres de leur famille qui ne prennent pas part aux comités de résidents, sauf si le programme en question implique un sondage de satisfaction clientèle, ce qui arrive parfois.

Les situations de routine, de crise et de normalisation sont ainsi caractérisées par l'activation, au sein du réseau potentiel, d'un ensemble d'acteurs, de liens et de types de traduction différents. Ainsi, les situations de routine semblent mobiliser davantage de suggestion, puisqu'elles ne nécessitent pas beaucoup de réflexivité. Les situations de crise font place à plus de négociation (puisque'il s'agit pour les chefs d'unité de convaincre les professionnels d'une manière de changer de ligne d'action) et d'imitation (notamment parce qu'alors les professionnels paramédicaux, infirmiers et chefs d'unité interviennent directement auprès des résidents pour « montrer l'exemple »). Les situations de normalisation donnent plus abondamment lieu à des opérations d'objectivation (la rédaction d'un document devenant le but de la mobilisation) et d'interprétation (puisque'il s'agit de mettre en pratique des valeurs).

FIGURE 5.4 / Les réseaux de normalisation



## Conclusion

Cette proposition de mise en forme théorique n'est qu'une première base pour penser les relations entre préposés et résidents en termes de réseaux et d'interactions. Elle apparaît néanmoins prometteuse dans l'analyse sociologique des interactions professionnelles dans un cadre institutionnel ou bureaucratique ainsi que dans une perspective plus appliquée. C'est ce que je vais développer pour conclure.

J'ai déjà présenté en introduction l'intérêt de combiner l'interactionnisme et l'approche réseau sur le plan théorique. Sur le plan méthodologique, cette combinaison répond particulièrement bien au constat que Matthew Desmond (2014) fait au sujet de l'ethnographie et des méthodes qualitatives plus généralement. Traditionnellement, les chercheurs se concentrent, d'après lui, sur « des groupes délimités, définis par le partage par ses membres de certaines caractéristiques sociales, ou [sur] un lieu délimité par les frontières d'un quartier particulier ou d'une organisation » (*ibid.*, p. 547; traduction libre), ce qui conduit à sur-interpréter l'importance de ces unités sociales, voire à en essentialiser l'existence. Desmond propose d'étudier les « processus impliquant des configurations de relations parmi différents acteurs ou différentes institutions » (*ibid.*; traduction libre) pour sortir de cet écueil, notamment à un moment de l'histoire de nos sociétés où la mondialisation et la mise en relation, par exemple grâce aux nouvelles technologies, de nombreux individus simultanément impliquent qu'il n'existe pas - s'il en a déjà existé - de groupes délimités et isolés que cherchaient les premiers anthropologues; des groupes pouvant être étudiés et compris uniquement de l'intérieur.

L'approche proposée ici est une piste pour appliquer la recommandation de Desmond, d'autant plus que l'interactionnisme et l'approche réseau ont en commun, bien que cela n'ait pas été formalisé, un parti pris que l'on pourrait qualifier d'anti-institutionnaliste. Prendre pour cadre théorique l'interaction ou le réseau revient à dire que l'institution ne sera mobilisée dans l'analyse que si cela est nécessaire, qu'elle n'est pas centrale en soi. Un tel parti pris est frappant au regard des recherches sociales en santé, souvent axées sur des institutions identifiées, délimitées, et les problématiques qui se jouent en leur sein. Mais les interactions ou les réseaux ne s'y limitent pas nécessairement. C'est ce que Hughes défendait au sujet du travail:

Aucun travail n'est complètement intelligible si l'on ne le rapporte pas à la matrice sociale dans laquelle il existe, ou au système social dont il fait partie. Dans la plupart des cas, sinon dans tous, le système social ne se réduit pas au cadre institutionnel reconnu, mais comprend aussi des ramifications lointaines et profondes dans la société (1996, p. 66).

Les buts, hiérarchies, fonctionnements affichés officiellement par une institution donnée ne sont pas toujours suivis dans la réalité; d'où la nécessité théorique et méthodologique de considérer les institutions, quelle que soit leur raison d'être, comme des cadres matériels et symboliques parmi d'autres, et non comme des unités d'analyse évidentes.

Cela nous conduit à interroger ce que pourrait apporter la perspective de recherche proposée ici dans la pratique. En général, la « qualité relationnelle des soins » est perçue dans les institutions de santé comme une dimension des interactions entre les résidents et les professionnels en contact régulier avec eux, une dimension qu'il s'agit au niveau du management et des politiques, d'orienter et d'évaluer. Dans ce chapitre, ces orientations et évaluations ont été appréhendées comme une partie intégrante de la dimension relationnelle des soins. En effet, cette dernière n'implique pas que le résultat - les employés en interaction avec les bénéficiaires -, elle englobe tous les liens et acteurs du réseau potentiel, incluant les interactions entre chefs d'unité et personnels de la direction, entre médecins et infirmiers, etc. Elle est un phénomène global, qui ne résulte pas exclusivement de la compétence ou de la motivation des préposés ou des infirmiers auxiliaires eux-mêmes. Or seuls ces aspects sont évalués de façon approfondie dans les institutions observées: la face émergée de l'iceberg.

## Bibliographie

- AUBRY, F. (2010). « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*, <<https://sociologies.revues.org/3291>>, consulté le 30 mai 2016.
- AUBRY, F. (2013). « Une histoire de vocation? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles. Une enquête France/Québec », *Émulations*, n° 11, p. 1-8, <<http://www.revue-emulations.net/archives/n11-memoire-et-sociologie/aubry>>, consulté le 30 mai 2016.
- AUBRY, F. et Y. COUTURIER (2014). « Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique », *Travailler*, vol. 31, n° 1, p. 169-192.
- BEAUD, S. et F. WEBER (2003). *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- BERGER, P. et T. LUCKMANN (1986). *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- CALLON, M. (2003). « Science et société: les trois traductions », *Les cahiers du MURS*, n° 42, p. 56-71.

- CALLON, M. (2006a). «Sociologie de l'acteur réseau», dans M. Akrich, M. Callon et B. Latour (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines, p. 267-276.
- CALLON, M. (2006b). «Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau», *Sociologies pratiques*, n° 13, p. 37-44.
- COOLEY, C. (1902). *Human Nature and the Social Order*, New York, Charles Scribner's Sons.
- DESMOND, M. (2014). «Relational ethnography», *Theory and Society*, vol. 43, n° 5, p. 547-579.
- DIAMOND, T. (1986). «Social policy and everyday life in nursing homes: A critical ethnography», *Social Science & Medicine*, vol. 23, n° 12, p. 1287-1295.
- GOFFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*, Paris, Éditions de Minuit.
- GONOS, G. (1977). «"Situation" versus "frame": The "interactionist" and the "structuralist" analyses of everyday life», *American Sociological Review*, vol. 42, n° 6, p. 854-867.
- GUBRIUM, J. (1975). *Living and Dying at Murray Manor*, Charlottesville, University of Virginia Press.
- HUGHES, E. (1997). *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- LECHEVALIER-HURARD, L. (2013). «Faire face aux comportements perturbants: le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique», *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 279-301.
- LETONTURIER, É. (2000). «Gabriel Tarde, sociologue de la communication et des réseaux», *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 108, p. 79-102.
- LOPEZ, S. (2006). «Emotional labor and organized emotional care conceptualizing nursing home care work», *Work and Occupations*, vol. 33, n° 2, p. 133-160.
- MARCUS, G. (1995). «Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography», *Annual Review of Anthropology*, vol. 24, n° 1, p. 95-117.
- MCCOLGAN, G. (2005). «A place to sit: Resistance strategies used to create privacy and home by people with dementia», *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 34, n° 4, p. 410-433.
- PATERNITI, D. (2000). «The micropolitics of identity in adverse circumstance: A study of identity making in a total institution», *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, n° 1, p. 93-119.
- STRAUSS, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

## **Attirer et retenir des bénévoles**

Comment la théorie de l'acteur-réseau  
permet de mieux comprendre le processus

*François Aubry, Louise Belzile, Olivier Moreau,  
Maxime Guillette et Paul Morin*

---

L'objectif de ce chapitre est de montrer comment la théorie de l'acteur-réseau développée par Michel Callon et Bruno Latour permet de comprendre le processus d'attraction et de rétention des bénévoles dans les organismes communautaires en santé et services sociaux au Québec. Nous prendrons appui sur une étude réalisée en 2013, en Estrie (Morin *et al.*, 2014), et portant sur les facteurs d'attraction et de rétention des bénévoles âgés de plus de 65 ans dans ce type d'organisme. Nous définirons le bénévolat en nous inspirant de Ferrand-Bechmann (1992): un acte relativement durable sans rétribution financière, volontaire et dirigé vers autrui, s'effectuant à l'extérieur de la maison et qui ne concerne pas des soins prodigués à ses proches (proches aidants). Il peut être effectué dans plusieurs secteurs (loisirs, religion, politique, santé, etc.) et couvre des tâches diverses telles que l'administration, l'aide à la personne, l'organisation ou les collectes de fonds.

La participation sociale est reconnue pour avoir des effets multiples sur le bien-être et l'état de santé des aînés. Même si le bénévolat n'est que l'une des formes de participation sociale, il est une possibilité importante d'intégration et de maintien du lien social (Gagnon, 1998). Il a également une valeur économique pour les organisations qui ont besoin de l'implication de citoyens pour réaliser leurs objectifs. Il y a donc un intérêt majeur à comprendre ce qui motive les individus à s'impliquer et à identifier les manières par lesquelles les organisations peuvent intéresser et retenir ces effectifs bénévoles

Au Québec, le bénévolat par et pour les personnes âgées constitue un enjeu social majeur, notamment en raison du vieillissement de la population (Gagnon *et al.*, 2013). Ainsi, les personnes âgées représentent à la fois une importante proportion des bénéficiaires des activités réalisées par des bénévoles et un grand nombre de personnes pouvant potentiellement agir comme bénévoles. L'arrivée annoncée de la cohorte des *baby-boomers* préoccupe particulièrement les organisations humanitaires et caritatives, dans la perspective de développer des stratégies visant à engager ces bénévoles potentiels au sein de leurs activités. Selon le rapport du Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif (Conseil national des aînés, 2010), en 2007, les aînés de 65 ans et plus étaient les moins susceptibles de faire du bénévolat (36%), contrairement aux jeunes adultes de 15 à 24 ans (58%) sur le plan fédéral. Toutefois, les aînés de 65 ans et plus ont investi davantage d'heures en moyenne (218 heures par année) que les autres groupes d'âge (138 heures pour les 15 à 24 ans). Cette situation coïncide avec la réalité provinciale. En effet, selon le ministère de la Famille et des Aînés (2012), 26% des aînés seraient engagés bénévolement et ils représentent le groupe qui consacre le plus grand nombre d'heures aux activités bénévoles par rapport à l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, nous démontrons que l'attraction et la rétention des bénévoles dans les organisations communautaires et de santé et services sociaux nécessitent un travail d'« enrôlement » des personnes dans un réseau, ce qui implique un travail de « traduction » des intérêts des personnes et des organisations à chaque point de ce réseau. Afin de comprendre ces processus, nous utiliserons les écrits théoriques de Callon (1986) sur la traduction des énoncés dans la constitution des réseaux. Notre postulat est que l'attraction et la rétention des bénévoles nécessite un travail stratégique de problématisation des intérêts, d'intéressement et d'enrôlement des bénévoles, proche des logiques du travail en ressources humaines. Cela nous éloigne de l'idée qui fait communément sens, selon laquelle les bénévoles participeraient « naturellement » à leurs activités obligatives. Les organisations communautaires doivent établir une stratégie d'enrôlement des bénévoles potentiels, en faisant correspondre les motivations des individus aux attentes des organisations. C'est en ce sens que nous pouvons caractériser une partie du travail des organismes comme relevant d'une opération de traduction de leurs intérêts vers ceux des potentiels bénévoles. En retour, les organisations doivent veiller à ajuster leurs besoins aux potentialités et capacités des

personnes déjà bénévoles (rétention) et celles susceptibles de le devenir (attraction). Ces stratégies de traduction constituent, selon nous, une modalité d'intégration d'acteurs différenciés à un réseau mobilisateur.

Pour ce faire, nous avons divisé le chapitre en deux parties. La première partie présente une recension des écrits scientifiques publiés en anglais et en français, de type revue de portée (*scoping review*), sur les facteurs du recrutement des bénévoles âgés. La seconde partie expose des matériaux théoriques qui permettent de jeter un nouveau regard sur les données issues de la recension effectuée précédemment à partir de l'approche réseau.

## 1 / **Facteurs à considérer pour le recrutement et la rétention des bénévoles âgés**

Nous avons dans un premier temps procédé à une recension des écrits scientifiques à partir des principales banques de données francophones et anglophones. Nous avons considéré les cinq mots clés suivants : âgés, bénévolat, organismes, pratiques (attraction et rétention) et motifs (motivations et freins). En définitive, nous avons analysé 69 articles.

### 1.1 / **Composantes collectives et sociales présidant à l'implication bénévole**

Selon Morrow-Howell (2006), cibler les âgés dans le recrutement pour le bénévolat serait un phénomène relativement nouveau, traduisant un revirement du stéréotype de la fragilité des âgés qui ne peuvent effectuer que des tâches peu exigeantes. Toutefois, si l'on s'attarde aux types d'activités qui sont proposées aux personnes âgées, on peut constater que des traces de ce stéréotype subsistent. Il n'en demeure pas moins que les stratégies de gestion des bénévoles âgés sont inscrites au carnet des préoccupations des organismes qui « dépendent » des ressources bénévoles pour offrir des services.

Bien qu'un volet de notre étude se soit intéressé aux motivations des individus à s'engager dans une activité bénévole, nous les aborderons ici d'un point de vue collectif, en présentant ce que les écrits ont relevé comme étant des déterminants sociaux de l'implication bénévole. Ainsi, s'intéresser au bénévolat nous amène à considérer quelques concepts frontières dont celui de citoyenneté qui renvoie tout autant à une pratique qu'à un statut et qui s'exprime souvent en termes de participation citoyenne (Lie, Baines et Wheelock, 2011). D'ailleurs, les organisations

bénévoles sont souvent présentées comme des espaces de citoyenneté (*spaces of citizenship*) permettant l'expression de la participation démocratique, de la décision collective et du pouvoir décentralisé (*ibid.*). Si le bénévolat se vit en raison d'individus qui trouvent dans cet espace une manière de s'actualiser, Lie *et al.* nous mettent en garde contre une conception individualiste du bénévolat. Car, de leur point de vue, les bénéfiques du bénévolat rejoignent aussi la société puisque, par leur action, les bénévoles participent au bien commun et non seulement aux individus (bénévoles ou bénéficiaires). Cela nous conduit à une interprétation prudente des motivations et freins individuels eu égard à l'implication bénévole des aînés. Toutefois, la majorité des auteurs que nous avons consultés reconnaissent l'assemblage des dispositions individuelles et des influences collectives. Ainsi, s'il existe certaines «prédispositions» physiques et psychologiques, plusieurs facteurs socio-démographiques (éducation, revenu, etc.) et contextuels peuvent agir comme des prédicteurs de l'intérêt manifesté pour des activités bénévoles ou stimuler cet intérêt et l'engagement dans de telles activités (Castonguay, 2012; Gaudet et Turcotte, 2013).

Warburton et Dyer (2004) soulignent la complexité et la multidimensionnalité de la motivation des bénévoles. Raymond *et al.* (2008) renforcent ces caractéristiques applicables au bénévolat en insistant sur le fait que les actions et les choix individuels obéissent à plusieurs types de mobiles (ou motivations) qui servent à la fabrication d'agencements propres à chaque personne. Ce sont donc les combinaisons de motivations et non une motivation en particulier qui fondent l'engagement dans une activité, un projet ou une relation. Gagnon et Sévigny soulignent, pour leur part, qu'«il n'a d'ailleurs jamais été possible de démêler les motivations intéressées et désintéressées du bénévolat, celles liées à la cause, au secours apporté, et celles liées aux intérêts personnels du bénévole, particulièrement à la socialisation» (2000, p. 537) et, pourrions-nous ajouter, celles influencées par l'environnement social, culturel et politique. Cela dit, nous reconnaissons avec ces auteurs que tout effort de catégorisation se révèle une entreprise qui comporte un risque non négligeable de perdre de vue le caractère singulier de l'implication bénévole.

Les déterminants sociaux du bénévolat sont tissés à même les intérêts exprimés par les bénévoles. L'identification de ces déterminants exige, de ce fait, d'aller au-delà d'un exercice descriptif des contenus des discours des bénévoles qui sont rapportés dans les études recensées. Seule une analyse plus approfondie permet de déceler les composantes collectives et sociales présidant à l'implication bénévole. La littérature nous a

permis d'en identifier quelques-unes. Par exemple, chez certains aînés, le bénévolat se présente comme une forme d'incorporation de l'obligation morale. Cela serait plus fréquent chez les femmes (Skinner et Rogers, 2010) qui, en raison de leur socialisation genrée, auraient de la difficulté à exprimer un refus. Les pressions de l'entourage (immédiat et social) s'ajouteraient au fardeau du quotidien et, dans ces cas, le bénévolat serait vécu comme une obligation et non un choix. L'incorporation de la norme ou de l'attente sociale peut aussi s'exprimer dans la représentation du bénévolat comme étant une partie d'eux-mêmes, une manière de vivre (Grano *et al.*, 2008; Warburton et Terry, 2000; Witucki *et al.*, 2011; Charpentier et Quiénart, 2007). Certains diront que le bénévolat peut contribuer à structurer et à donner un sens à la vie des retraités. Grano *et al.* (2008) insistent sur la construction sociale et l'attribution de valeur au bénévolat. Ainsi, la perception du bénévolat est un facteur important qui influence directement l'intention de s'impliquer comme bénévole. Ceux qui y voient une activité utile, intéressante, plaisante et valorisante et sur laquelle ils peuvent exercer un contrôle manifestent davantage une intention de s'engager dans une activité bénévole.

## 1.2 / Stratégies organisationnelles d'attraction

Les moyens mis en œuvre par les organisations bénévoles afin de recruter des bénévoles sont présentés ici autour de quatre phases : la sollicitation, l'accueil, la sélection et l'offre de l'organisation.

La **sollicitation** peut prendre diverses formes : la sollicitation directe des aînés (Petit, 2010; Gaudet et Turcotte, 2013; Robichaud, Maltais et Larouche, 2000); le bouche-à-oreille (Kesteman et Monnier, 2005; Martinez *et al.*, 2006); les campagnes médiatiques (Kesteman et Monnier, 2005); le recrutement par Internet (Kesteman et Monnier, 2005; Thierry et Jeger, 2013); les campagnes collectives de recrutement qui tiennent compte des intérêts des bénévoles potentiels, de leurs connaissances et de leurs compétences (Bushway *et al.*, 2011); la mobilisation des professionnels (Cole et Macdonald, 2011); le démarrage précoce du recrutement auprès de personnes encore sur le marché du travail et plus jeunes (Butrica, Johnson et Zedlewski, 2009; Schlosser et Zinni, 2011); le passage par des organisations de proximité, souvent plus attrayantes (Schlosser et Zinni, 2011; Collom, 2008; McBride *et al.*, 2012); l'encouragement de la place des aînés dans la communauté (Skinner et Rogers, 2010); la promotion d'une image positive du bénévolat auprès des aînés (Warburton et Terry, 2000); la centralisation des stratégies de recrutement

au moyen d'un programme gouvernemental (Thompson et Wilson, 2001). Enfin, sur un plan plus global, la promotion de la participation citoyenne contribuerait à attirer les bénévoles (Keith, 2003).

L'**accueil** se décline en plusieurs modalités : recenser et prendre en considération les besoins et les attentes du bénévole en prévoyant, par exemple, une séance d'accueil et de partage (Fortin *et al.*, 2007; Combres-Joret et Lethielleux, 2012; McBride, 2006); laisser le temps aux bénévoles de choisir ce qu'ils veulent faire (Cole et Macdonald, 2011); leur permettre de s'impliquer dans des activités nouvelles, différentes de celles réalisées dans le cadre de leur emploi, si c'est cela qu'ils désirent (Cole et Macdonald, 2011; McBride, 2006); miser sur les différents buts qu'une personne peut réaliser avec un accent particulier sur les buts altruistes (Gillespie, Gottlieb et Maitland, 2011).

La **sélection** des bénévoles doit réussir à conjuguer les motivations des uns, soit les bénévoles, avec les besoins et les valeurs des autres, soit les organisations et leurs clientèles (Caldwell, Farmer et Fedor, 2008; Cole et Macdonald, 2011; Macduff, 2004). Pour les organisations, cela peut se traduire par des clarifications et des explications concernant le fonctionnement de l'organisme (Wilson *et al.*, 2006); une offre diversifiée qui permet plusieurs activités, différents rôles bien définis (Cole et Macdonald, 2011), la rotation dans les tâches, une intensité d'implication variable, des occasions d'apprentissage, etc. (Macduff, 2004; Cole et Macdonald, 2011; Morrow-Howell, 2006; Wilson *et al.*, 2006). La flexibilité, qui consiste à tenir compte des besoins et des disponibilités des bénévoles, semble un critère très important, mentionné par plusieurs auteurs, dont Cole et Macdonald (2011) ainsi que McBride (2006).

L'**offre organisationnelle** suppose une diversité de propositions, adressées à différents groupes d'acteurs potentiels. Cette offre doit être assortie de stratégies variées et structurées même si les résultats peuvent être reportés dans le temps. Caldwell *et al.* (2008) indiquent clairement que les organisations doivent faire l'effort, non seulement de développer les processus de recrutement, mais aussi de les formaliser. Les organisations développant des stratégies de ciblage de groupes de personnes susceptibles d'être intéressées par une implication bénévole, comme les *boomers* (Cole et Macdonald, 2011), doivent tenir compte du fait que les incidences du recrutement ne sont pas immédiates : elles se font parfois sentir sur le long terme. Ainsi, les actions qui visent à recruter des personnes de 50-65 ans (soit des préretraités) constituent une forme de réserve dont les bénéfices sont reportés dans le temps, au moment

où cette « bulle » de population sera plus âgée, plus disponible et déjà sensibilisée au potentiel qu'offrent les activités bénévoles (Butrica *et al.*, 2009; Schlosser et Zinni, 2011). Le bénévolat peut, dans ce contexte, être présenté aux personnes comme une stratégie de transition entre le marché du travail et la retraite.

S'il importe de porter attention à ces différentes phases du processus d'enrôlement pour élaborer les stratégies organisationnelles de recrutement des bénévoles, il apparaît tout aussi essentiel de considérer les manières de procéder. Or le contact direct semble faire une différence dans l'intéressement des bénévoles potentiels. C'est du moins un résultat transversal fort qui se dégage des études qui ont abordé les stratégies d'attraction des bénévoles. Demander à un membre de son entourage de venir prêter main-forte dans le soutien d'une cause ou pour une activité spéciale serait une stratégie gagnante. Cela rejoint également une motivation exprimée par des bénévoles, à savoir que l'implication d'un proche (petit-enfant, enfant, frère/sœur, amie, voisin, collègue, etc.) dans le bénévolat les stimule à en faire autant. L'engagement devient une possibilité. D'ailleurs, le fait de ne pas avoir été demandé ou sollicité constituerait un frein à l'implication (Martinez *et al.*, 2011). Le sentiment d'appartenance à une communauté élargie prédisposerait également à l'engagement dans des activités bénévoles, d'où l'importance des réseaux significatifs dans lesquels les personnes s'investissent.

### 1.3/ **Stratégies organisationnelles de rétention**

Concernant les stratégies de rétention, plusieurs auteurs s'y sont intéressés. Nous avons ainsi pu identifier six stratégies gagnantes.

La **flexibilité des rôles** (*role flexibility*) désigne la diversité des propositions pour s'ajuster et s'adapter aux capacités et intérêts des bénévoles (horaires, activités, etc.). Cela permet également le recrutement de bénévoles ayant différents parcours de vie ou *background* (Tang, Morrow-Howell et Hong, 2009).

La **reconnaissance** (*role recognition*) correspond à l'appréciation publique de la contribution des bénévoles. Ces marques de reconnaissance alimentent le sentiment d'utilité et la persévérance dans l'engagement (Tang *et al.*, 2009). Cette stratégie peut être mise en œuvre selon diverses modalités (Cole et Macdonald, 2011; McBride *et al.*, 2012; Kesteman et Monnier, 2005) qui vont de rencontres individuelles permettant de souligner l'appréciation de la contribution de chacun à des

manifestations publiques. La reconnaissance peut également se présenter comme un moyen efficace pour garder les bénévoles motivés (Cole et Macdonald, 2011; Macduff, 2004; Godbout, Filiatrault et Plante, 2012).

La **formation** (*training*) permet d'ajuster les capacités individuelles aux besoins des clientèles et d'accroître la motivation des bénévoles, surtout lorsque ces derniers ont des fonctions de services directs auprès de la clientèle, par exemple dans les centres d'appel de crise, d'information et de référence ou dans le secteur de l'accompagnement médical. Il s'agit de formations initiales et de formations continues qui contribuent grandement à la durée d'implication des bénévoles. Elles permettent par ailleurs de préciser les besoins éprouvés par les bénévoles désireux de remplir leur rôle (Tang *et al.*, 2009). La formation devient aussi un moyen pour les bénévoles de s'engager dans une activité en toute connaissance de cause. Cette stratégie a été reconnue comme un incontournable par nombre d'auteurs. Ceux-ci considèrent que les organisations doivent proposer de la formation et du développement professionnels aux bénévoles (Cole et Macdonald, 2011; Caldwell *et al.*, 2008; Keith, 2003; McBride *et al.*, 2012; Kesteman et Monnier, 2005; Ferrand-Bechmann, 2011). Mais encore faut-il adapter la formation dans les contextes où les habiletés attendues des bénévoles dépassent les simples visites amicales, notamment pour ceux qui n'ont jamais occupé un emploi ou qui ont un faible niveau d'éducation (Keith, 2003; Godbout *et al.*, 2012).

La **personnalisation** consiste à tenir compte de la singularité du bénévole qui se présente à l'organisation. Pour ce faire, différents aspects doivent être considérés. Tout d'abord, il faut être en mesure d'évaluer les compétences et les motivations des bénévoles pour les faire correspondre avec les activités proposées et les besoins de l'organisation (Cole et Macdonald, 2011; Keith, 2003; Caldwell *et al.*, 2008; Martinez *et al.*, 2006; Thierry et Jeger, 2013; Godbout *et al.*, 2012). Du point de vue du bénévole, le fait d'avoir la possibilité de développer une relation perçue comme authentique avec le bénéficiaire (Garland, Myers et Wolfer, 2008) et de pouvoir compter sur la flexibilité de l'organisation (McBride *et al.*, 2012) revêt une grande importance pour la fidélisation à l'organisation.

Le **suivi** des bénévoles, de leurs attentes, des défis qu'ils sont prêts à relever, etc., devrait faire partie des pratiques systématiques d'encadrement des bénévoles, notamment pour tenir compte du fait que les motivations peuvent changer au fil du temps et avec l'âge (Caldwell *et al.*, 2008), pour assurer un soutien et apporter les ajustements nécessaires (Cole et Macdonald, 2011; Garland *et al.*, 2008; Ferrand-Bechmann, 2011).

Enfin, le **travail en équipe** comporte deux valences. D'abord, la possibilité de faire du bénévolat avec d'autres, en famille ou en couple par exemple (Butrica *et al.*, 2009), ou en créant des équipes de travail, des groupes d'entraide entre bénévoles pour permettre les échanges d'informations et d'idées et pour résoudre des problèmes (Cole et Macdonald, 2011), constituerait une stratégie gagnante. Des moyens visant à faciliter l'intégration des bénévoles dans l'organisation doivent également être considérés et peuvent prendre la forme d'une assignation de personnes de référence, à la manière de mentors (Gomperts, 2006; Macduff, 2004). Le travail d'équipe est en ce sens réalisable entre bénévoles afin de faciliter l'accomplissement des tâches, mais aussi pour promouvoir un soutien mutuel, trouver des solutions aux problèmes rencontrés ou échanger plus généralement (Godbout *et al.*, 2012). Mais il concerne aussi les relations entre les employés rémunérés qui devraient être formés à travailler en collaboration avec les bénévoles (Cole et Macdonald, 2011; Ferrand-Bechmann, 2011). Encourager les travailleurs à côtoyer les bénévoles pourrait avoir un effet sur l'enrôlement éventuel de ces travailleurs, qui, une fois à la retraite, pourraient envisager de s'investir dans les activités bénévoles (Cole et Macdonald, 2011). Enfin, la valorisation de l'appartenance au collectif (Garland *et al.*, 2008; Godbout *et al.*, 2012) contribuerait à maintenir l'engagement des bénévoles.

Contrairement à ce qui est souvent perçu, les compensations financières (*incentives*) ne permettraient pas à elles seules de retenir les bénévoles (Kesteman et Monnier, 2005; McBride *et al.*, 2012; Tang *et al.*, 2009). Cette stratégie gagnerait à être mieux étudiée, notamment en fonction des contextes fort différenciés auxquels nous avons été confrontés.

Certains chercheurs incitent les organisations bénévoles à revoir en profondeur leurs modes d'organisation du travail afin qu'elles considèrent la manière dont les bénévoles aînés utilisent leur temps, leurs compétences, leurs connaissances et leurs talents. Il importe également que les organisations réussissent à composer avec des tensions que vivent les bénévoles. Par exemple, il leur faut trouver réponse à des désirs contradictoires comme celui d'être autonome dans l'exercice de leur activité et celui d'un encadrement dans les tâches qui leur sont dévolues. Cela suppose par conséquent une adaptation de la vision et des stratégies de gestion des bénévoles (Macduff, 2004) applicables aussi bien à leur recrutement qu'à leur rétention. Il semble d'ailleurs que la présence de gestionnaires rémunérés travaillant à temps plein pour recruter et superviser les bénévoles soit un facteur de croissance de l'efficacité des stratégies (Macduff, 2004).

Comme nous venons de le voir, les défis organisationnels sont nombreux et diversifiés en vue non seulement d'attirer des bénévoles, mais également de les retenir. En appui sur les données issues de la recension, nous avons produit un aide-mémoire (voir l'annexe 6.1) à l'intention des organisations qui travaillent avec des bénévoles et qui sont soucieuses d'optimiser leurs stratégies managériales. Cet aide-mémoire montre à quel point les organisations doivent prendre en compte les motivations et les freins à l'implication du point de vue des bénévoles et les chaînes de traductions que doivent opérer les organisations de manière à permettre la rencontre des intérêts en présence, soit ceux des organisations et ceux des bénévoles potentiels ou déjà intégrés.

## 2/ **L'enrôlement des bénévoles, ou la traduction des intérêts pour l'intégration dans un réseau**

### 2.1/ **Penser l'implication dans le bénévolat avec la théorie de l'acteur-réseau**

Penser l'attraction et la rétention des bénévoles aînés avec la perspective de la sociologie de la traduction (Callon, 1986) permet de constater l'existence de « torsions » nécessaires pour que chacune des parties atteigne ses objectifs. D'une part, les bénévoles tendent à répondre idéalement à leurs valeurs et à leurs intérêts en cherchant des organismes qui peuvent leur donner la possibilité de développer leurs capacités et d'occuper leur temps libre (motivation tournée vers soi), de « redonner au suivant » (motivation tournée vers autrui) ou encore de défendre une cause (motivation tournée vers la société). D'autre part, les organismes doivent faire correspondre leurs besoins aux attentes des bénévoles, potentiels ou actifs. C'est dans ce sens que les organismes doivent réaliser une opération de traduction qui, idéalement, devrait s'énoncer comme suit : « votre projet sera notre projet ». Ou, comme le notent Callon et Latour :

par traduction, on entend l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force : « vos intérêts sont les nôtres », « fais ce que je veux », « vous ne pouvez réussir sans passer par moi ». Dès qu'un acteur dit « nous », voici qu'il traduit d'autres acteurs en une seule volonté

dont il devient l'âme ou le porte-parole. Il se met à agir pour plusieurs et non pour un seul. Il gagne de la force. Il grandit (2006, p. 11-12).

Ainsi, pour ces auteurs, ce qui fait le social ne se conçoit pas tant en termes de groupes sociaux et de rapports de force que selon une perspective de mise en relations. Cette conception du monde considère qu'un projet s'établit par une opération de «traduction» des énoncés de chacune des parties, ou plus précisément par des chaînes de traductions qui produisent des transformations successives de ces énoncés et du sens que les acteurs leur donnent. Dans notre cas, nous sommes en présence de plusieurs mouvements transformationnels, dont une double traduction : d'un côté, l'organisation doit traduire ses besoins en centres d'intérêt potentiels pour le bénévole et d'un autre côté, ce dernier doit ajuster sa vision et ses attentes à l'offre organisationnelle. La traduction est un processus dynamique qui s'opère ici sous une forme dialogique entre deux principaux acteurs qui partagent un problème auquel l'un et l'autre peuvent apporter une solution.

La revue de littérature que nous avons menée présente bien les chaînes de traductions que doivent réaliser les organismes en vue de faciliter le recrutement et le maintien des aînés dans des activités bénévoles. Plus précisément, les travaux de Callon et Latour recensent trois opérations de traduction, que l'on peut appliquer ici à la manière dont les organismes et les bénévoles se mettent en relation : la problématisation, l'intéressement et l'enrôlement.

La première opération est la **problématisation**. L'interlocuteur initial, soit le bénévole aîné, est animé par un ensemble de motivations dont les combinaisons sont souvent singulières et plus ou moins dicibles, à moins de lui offrir les conditions pour lui permettre de les nommer. Il cherche au travers de son engagement bénévole à satisfaire certaines aspirations même si l'offre qui lui est faite ne correspond pas toujours parfaitement à ses intérêts et ses désirs. Il doit donc lui aussi traduire les propositions des organisations pour les synchroniser avec ses objectifs personnels. Le second interlocuteur (l'organisation) est aux prises avec des besoins populationnels croissants et diversifiés, et avec une ressource bénévole insuffisante ou qui se désinvestit rapidement. La problématique concernant les bénévoles est clairement double puisqu'elle concerne non seulement la capacité à attirer des bénévoles potentiels, mais aussi à trouver les moyens de les fidéliser. C'est ici que la connaissance de

l'acteur bénévole et la compréhension de ses intérêts et des conditions qu'il pose à son engagement sont requises. Bénévoles et organisations deviennent ainsi l'un et l'autre ce que Callon et Latour nomment des «points de passage obligés», nécessaires afin de trouver des solutions à leurs aspirations communes.

La seconde opération est l'**intéressement**. Chacune des parties doit intéresser l'autre, mais ce sont les organisations communautaires ou publiques qui doivent réaliser le maximum d'efforts pour attirer et retenir leurs bénévoles. L'aide-mémoire présentant les stratégies de gestion des ressources bénévoles précise, à certains points, la flexibilité que doivent démontrer les organisations. Par exemple, «rendre concrète la participation à la vie communautaire» est une stratégie d'intéressement basée sur le sentiment d'appartenance des bénévoles à une communauté (géographique, d'intérêt, de liens, etc.).

La troisième opération est l'**enrôlement**. Il s'agit d'une étape de stabilisation des rôles répondant à la problématisation. L'organisation précise ici ce que le bénévole peut faire pour répondre à ses intérêts et ceux des organisations. Il est certain que les bénévoles veulent une liberté quant au type de bénévolat, de tâches et d'horaires, etc., mais ressentent le besoin d'être soutenus et accompagnés par l'organisation où ils font du bénévolat (formation, supervision, groupe de soutien de bénévoles). En étant attentif à cette ambivalence, on peut préciser les besoins des uns (les bénévoles) et des autres (l'organisation) afin de créer des formes d'encadrement adaptées à ces besoins ou des modes d'organisation du travail plus souples. Par exemple, «composer avec l'ambivalence des bénévoles entre l'autonomie et le soutien» est une recommandation qui indique l'importance d'enrôler les bénévoles en se rapprochant de leurs goûts et choix personnalisés. Cela réclame donc un effort de gestion particulièrement important, notamment pour les petites organisations qui ne disposent pas nécessairement des moyens (financiers ou humains) pour y parvenir.

## 2.2 / **Un déséquilibre dans la relation d'enrôlement**

Avec le désengagement de l'État dans nombre d'activités sociales et sanitaires, combiné à l'obsession du déficit zéro et à l'augmentation des besoins de la population vieillissante, il y a fort à parier que les ressources bénévoles et les organisations qui les encadrent seront appelées à jouer un rôle de plus en plus crucial dans la recherche d'un certain équilibre social. C'est la raison pour laquelle les organisations font face à l'urgence

de développer des stratégies d'enrôlement des bénévoles qui soient efficaces, notamment pour assurer la stabilité des effectifs sur le moyen et long terme. Dans l'urgence perçue de l'action à mener, les organisations s'exposent à des risques, dont celui de ne pas pouvoir intéresser des bénévoles potentiels faute de n'avoir pu procéder aux traductions qui s'imposent entre leurs objectifs et ceux des bénévoles aînés. Il faut noter que les organisations vivent sous diverses tensions; par exemple, elles doivent démontrer en quoi leur proposition est intéressante et qu'elles peuvent répondre aux intérêts des bénévoles tout en respectant le caractère volontaire de l'implication du bénévole. Selon nous, cette dimension intrinsèque du volontariat confère au bénévole un certain pouvoir sur l'organisation, tout au moins en ce qui concerne sa légitimité fondée de se retirer de l'activité bénévole (future ou en cours), s'il trouve une autre organisation plus à même de traduire les intérêts de chacune des parties.

Il est impératif pour les organisations de chercher un équilibre entre une attention portée à l'individu et une prise en compte des contingences de leur réseau, un réseau constitué d'individus, de regroupements, de missions et de règles différenciées, de clientèles multiples, etc. Et ce défi appartient non pas aux bénévoles, mais bien aux organisations. Créer les conditions pour que cette rencontre se produise est une préoccupation partagée par les organisations. Le triple enchaînement de la problématisation - intéressement - enrôlement présentée plus haut semble une voie intéressante pour attirer et retenir les bénévoles aînés.

Mais deux écueils peuvent affecter la mise en place d'un tel processus. D'une part, des contraintes de gestion en termes de finance ou de ressources humaines peuvent rendre impossible un tel travail de gestion, notamment pour les organisations plus fragiles, du fait de la complexité du processus (contact avec chacun des bénévoles, prise en compte de leurs besoins, traduction de leurs intérêts en pratiques réelles, suivi fréquent, etc.). D'autre part, il faut que les membres responsables du recrutement des bénévoles dans les organisations puissent abandonner l'idée romantique qu'un bénévole sera « naturellement » porté à devenir et à rester bénévole, et qu'il n'est pas nécessaire de faire un travail de gestion spécifique.

Nos travaux s'inscrivent dans cette vision de conciliation des mondes, celui des bénévoles et celui des organisations, qui s'animent au sein d'activités humaines conçues à l'intérieur de réseaux d'acteurs plutôt que comme des arènes où s'opposent des protagonistes. Il faudra aller

plus loin dans l'utilisation de ces matériaux théoriques pour saisir l'étendue de leur éclairage sur les moyens que peuvent mettre en œuvre les organisations pour accomplir leurs missions tout en gérant de manière efficace et respectueuse les ressources bénévoles.

## Conclusion

Ce chapitre illustre, à travers les résultats d'une recension des écrits scientifiques, tout l'intérêt de penser l'attraction et la rétention des bénévoles dans les organisations par un travail d'enrôlement dans un réseau déjà constitué. Les écrits de Callon et Latour (2006) sur la traduction, et notamment le triple enchaînement de la problématisation - intéressement - enrôlement, ont ici une grande utilité pour identifier les mécanismes rendant nécessaire un travail de traduction des intérêts de l'organisme vers ceux des bénévoles et vice-versa. Ces matériaux théoriques apportent une contribution importante aux regards qu'il est possible de poser sur le bénévolat, sur les bénévoles et sur les organisations. Comme le note Latour, la traduction « signifie à la fois que l'on propose des nouvelles interprétations et que l'on déplace des ensembles » (1989, p. 284). Le bénévolat peut alors être perçu comme une toile sur laquelle divers acteurs tissent des relations, construisent un ensemble signifiant, et ce, malgré leurs intérêts distincts. Cet argument appelle également à concilier la perception du bénévolat en tant qu'activité oblatrice avec la nécessité de structurer les activités de l'organisation, notamment en ce qui concerne le recrutement et la rétention de ses membres. La formalisation des processus et des procédures organisationnelles doivent s'articuler avec la capacité de s'adapter et d'offrir une flexibilité de gestion.

Enfin, les bénévoles sont non seulement une ressource majeure pour les organisations communautaires, mais ils représentent également une force à la fois incontournable et jamais acquise. Nous suggérons que les organisations devraient, par conséquent, développer leur **capacité de traduction**, tout en faisant preuve de rigueur et de flexibilité dans leur approche de même que dans les moyens qu'ils déploient pour amener certains individus à intégrer des réseaux d'action bénévole.

## ANNEXE 6.1 / **Stratégies de gestion des ressources bénévoles**

### **Stratégies d'attraction**

#### **1/ Diversifier les moyens d'intéresser les aînés au bénévolat**

Les méthodes de recrutement qui visent à rejoindre un grand bassin de population demeurent pertinentes pour attirer les bénévoles dans les organisations (une campagne médiatique, un salon de bénévoles, etc.).

#### **2/ Être proactif en misant davantage sur les stratégies de proximité**

Il s'agit de rejoindre personnellement les bénévoles aînés (aller vers eux). Il faut que les personnes se sentent directement concernées, par des proches, par la cause ou encore par le lieu géographique. Par exemple, il faut encourager le personnel et les bénévoles à solliciter leurs proches, les membres de leur famille, leurs amis, leurs actuels ou anciens collègues de travail, etc.

#### **3/ Rendre concrète la participation à la vie communautaire**

Plus une personne a le sentiment d'appartenir à sa communauté (géographique, d'intérêt, de liens, etc.), plus elle aura le désir de s'y impliquer. En ce sens, le développement des communautés apparaît comme une stratégie indissociable du bénévolat.

#### **4/ Recruter des bénévoles avant qu'ils n'arrivent à la retraite**

Il est important de recruter des bénévoles aînés qui ne sont pas encore retraités, même s'ils peuvent avoir moins de disponibilité que les retraités. Cette stratégie permettra de susciter l'engagement de ces bénévoles à plus long terme.

#### **5/ Favoriser le bénévolat intergénérationnel**

Le bénévolat devient ainsi un moyen de transmission et de circulation de connaissances et de savoir-faire. Cela étend le rayon d'action, permet de réunir un ensemble de bénévoles plus diversifié tout en évitant de les enfermer dans des secteurs ou activités stéréotypés.

## **Stratégies de rétention**

### **1/ Bien évaluer dès le départ ce que l'organisation offre et ce que le bénévole veut et peut offrir**

L'organisation doit être au clair avec son offre (types d'activités, besoins particuliers auxquels l'organisation répond, territoire, clientèle, etc.), mais aussi avec ses conditions (temps demandé, ressources disponibles, formation, etc.). Il faut en outre viser une bonne évaluation (et réévaluation) personnalisée des besoins, des attentes, des compétences, des disponibilités, etc., des aînés qui veulent s'impliquer, de manière à faire le meilleur arrimage possible entre les possibilités de l'organisation et celles du bénévole.

### **2/ Composer avec l'ambivalence des bénévoles entre l'autonomie et le soutien**

Les bénévoles veulent avoir une certaine liberté quant au type de bénévolat, de tâches et d'horaires, etc., mais ressentent le besoin d'être soutenus et accompagnés par l'organisation où ils font du bénévolat (formation, supervision, groupe de soutien de bénévoles). En étant attentif à cette ambivalence, on peut préciser les besoins des uns (des bénévoles) et des autres (de l'organisation) et créer des formes d'encadrement adaptées à ces besoins ou des modes d'organisation du travail plus souples.

### **3/ Prendre garde à ne pas sous-estimer les capacités des aînés**

S'il est important de mettre les compétences des aînés à profit, il l'est tout autant de veiller à les accroître, si tel est leur désir, et de réévaluer leurs attentes et leurs besoins qui sont appelés à changer au fil du temps.

### **4/ Valoriser la contribution de chaque bénévole**

Une valorisation directe adressée à chacun des bénévoles, qui rend compte des résultats concrets de son implication, contribuerait aussi au renforcement du sentiment d'appartenance envers l'organisation.

## **Stratégies de gestion**

### **1/ Formaliser les procédures et les processus organisationnels**

Du personnel (bénévole ou rémunéré) assigné au recrutement des bénévoles, à la coordination des activités bénévoles et des dispositifs d'encadrement (formation, suivi, etc.), à la compilation des profils actuels par

rapport à ceux souhaités, etc., pourrait permettre d'accroître l'efficacité des stratégies de recrutement, mais également de rétention des bénévoles aînés au sein des organisations qui misent sur leur implication.

**2/ Favoriser le travail en équipe entre bénévoles et entre les bénévoles et le personnel salarié**

Il faut considérer que chacun doit pouvoir compter sur l'autre, que ce soit entre bénévoles, en constituant des équipes de travail ou encore en rendant visibles la contribution et le rôle de chacun, entre employés et bénévoles.

## Bibliographie

- BUSHWAY, L. *et al.* (2011). «Benefits, motivations and barriers related to environmental volunteerism for older adults, developing a research agenda», *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 72, n° 3, p. 189-206.
- BUTRICA, B. A., R. W. JOHNSON et S. R. ZEDLEWSKI (2009). «Volunteer dynamics of older Americans», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 64b, n° 5, p. 644-655.
- CALDWELL, S. D., S. M. FARMER et D. B. FEDOR (2008). «The influence of age on volunteer contributions in a nonprofit organization», *Journal of Organizational Behaviour*, n° 29, p. 311-333.
- CALLON, M. (1986). «Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc», *L'Année sociologique*, n° 36, p. 169-208.
- CALLON, M. et B. LATOUR (2006). «Le grand Léviathan s'appriivoise-t-il?», dans M. Akrich, M. Callon et B. Latour (dir.), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Mines ParisTech, p. 11-32.
- CASTONGUAY, J. (2012). *L'engagement bénévole dans les organismes communautaires en soutien à domicile aux aînés: les facteurs favorisant et contraignants*, Mémoire de maîtrise en service social, Québec, Université Laval.
- CHARPENTIER, M. et A. QUIÉNART (2007). «Au-delà de la vieillesse», *Gérontologie et société*, n° 120, p. 187-202.
- COLE, M. B. et K. C. MACDONALD (2011). «Retired occupational therapists' experiences in volunteer occupations», *Occupational Therapy International*, n° 18, p. 18-31.
- COLLOM, E. (2008). «Engagement of the elderly in time banking: The potential for social capital generation in an aging society», *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 20, n° 4, p. 414-436.
- COMBRES-JORET, M. et L. LETHIELLEUX (2012). «Le sens du travail à la Croix-Rouge française: entre engagement pour la cause et engagement dans le travail», *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 323, p. 64-81.
- CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (2010). *Rapport du Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et sur le vieillissement*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- FERRAND-BECHMANN, D. (1992). *Bénévolat et solidarité*, Paris, Syros.
- FERRAND-BECHMANN, D. (2011). «Le bénévolat, entre travail et engagement», *Vie sociale et traitements*, n° 109, p. 22-29.
- FORTIN, A. *et al.* (2007). «Les temps du soi. Bénévolat, identité et éthique», *Recherches sociographiques*, vol. 48, n° 1, p. 43-64.
- GAGNON, E. (1998). «Cinq figures du lien social: De la forme de socialité associative. Contradictions du bénévolat», *Revue du MAUSS*, n° 11, p. 237-249.
- GAGNON, É. et A. SÉVIGNY (2000). «Permanence et mutations du monde bénévole», *Recherches sociographiques*, vol. 41, n° 3, p. 529-544.
- GAGNON, E. *et al.* (2013). *L'invention du bénévolat. Genèse et institution de l'action bénévole au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- GARLAND, D. R., D. M. MYERS et T. A. WOLFER (2008). «Social work with religious volunteers: Activating and sustaining community involvement», *Social Work*, vol. 53, n° 3, p. 255-265.

- GAUDET, S. et M. TURCOTTE (2013). «Sommes-nous égaux devant l'«injonction» à participer? Analyse des ressources et opportunités au cours de la vie», *Sociologie et sociétés*, vol. 45, n° 1, p. 117-145.
- GILLESPIE, A., B. GOTTLIEB et S. MAITLAND (2011). «Goals and personal resources that contribute to the development and agency attachment of older adult volunteers», *Canadian Journal on Aging*, vol. 30, n° 1, p. 101-111.
- GODBOUT, E., J. FILIATRAULT et M. PLANTE (2012). «La participation des aînés aux activités de bénévolat: une revue systématique», *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 79, n° 1, p. 23-32.
- GOMPERTS, J. (2006). «Toward a bold new policy agenda: Five Ideas to advance civic engagement opportunities for older Americans», *Generations*, vol. 30, n° 4, p. 85-89.
- GRANO, C. et al. (2008). «Motives and determinants of volunteering in older adults: An integrated model», *International Journal Aging and Human Development*, vol. 64, n° 4, p. 305-326.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013a). *Types d'organisme dans lesquels les bénévoles s'impliquent, selon l'âge, Québec, 2004 à 2010*, <[http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/benevolat/benevolat\\_2004\\_2010\\_age.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/benevolat/benevolat_2004_2010_age.htm)>, consulté le 30 mai 2016.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013b). *Nombre et proportion de bénévoles selon l'âge et le sexe, Québec, 2004-2010*, <<http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/conditions-vie-societe/benevolat/index.html>>, consulté le 30 mai 2016.
- KEITH, P. M. (2003). «Interests and skills of volunteer in an ombudsman program: Opportunities for participation», *Aging and Human development*, vol. 57, n° 1, p. 1-20.
- KESTEMAN, M. et E. MONNIER (2005). «Bénévoles et rémunérés: Tous professionnels?», *Pensée plurielle*, n° 9, p. 55-60.
- LATOUR, B. (1989). *La science en action*, Paris, Gallimard.
- LIE, M., S. BAINES et J. WHEELOCK (2011). «Citizenship, volunteering and active ageing», *Social Policy and Administration*, vol. 43, n° 7, p. 702-718.
- MACDUFF, N. L. (2004). «Managing older volunteers: Implications for faith-based organizations», *Journal of Religious Gerontology*, vol. 16, n° 1, p. 107-122.
- MARTINEZ, I. et al. (2006). «Engaging older adults in high impact volunteering that enhances health: Recruitment and retention in the Experience Corps® Baltimore», *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 83, n° 5, p. 941-953.
- MARTINEZ, I. L. et al. (2011). «Invisible civic engagement among older adults: Valuing the contributions of informal volunteering», *Journal of Cross Cultural-Gerontology*, vol. 26, n° 1, p. 23-37.
- MCBRIDE, A. M. (2006). «Civic engagement, older adults, and inclusion», *Civic Engagement in Later Life*, vol. 30, n° 4, p. 66-71.
- MCBRIDE, A. M. et al. (2012). «Engaging older adult volunteer in national service», *Social Work Research*, vol. 36, n° 2, p. 101-112.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE et DES AÎNÉS (2012). *Les aînés au Québec: quelques données récentes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MORIN, P. et al. (2014). *Documentation de l'implication bénévole des personnes aînées en Estrie*, Sherbrooke, Centre affilié universitaire, CSSS-IUGS.

- MORROW-HOWELL, N. (2006). «Civic service across the life course», *American Society on Aging*, vol. 30, n° 4, p. 37-42.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*, Madrid, OMS.
- PETIT, M. (2010). «Les femmes retraitées en France, entre engagement bénévole et engagement familial», *Enfances, familles, générations*, n° 13, p. 79-96.
- RAYMOND, É. et al. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*, Québec, Institut national de santé publique du Québec
- ROBICHAUD, S., D. MALTAIS et G. LAROCHE (2000). «Les jeunes retraités, entre l'enchantement et le désenchantement?», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 2, p. 79-93.
- SIRVEN, N. et P. GODEFROY (2009). «Le temps de la retraite est-il improductif?», *Retraite et société*, n° 57, p. 75-97.
- SCHLOSSER, F. K. et D. M. ZINNI (2011). «Transitioning ageing workers from paid to unpaid work in non-profits», *Human Resource Management Journal*, vol. 21, n° 2, p. 156-170.
- SKINNER, M. et D. ROGERS (2010). «Conservation volunteering: Sowing seeds for long life», *Global Ageing*, vol. 6, n° 2, p. 35-38.
- STATISTIQUE CANADA (2007). *Enquête canadienne sur le bénévolat, le don et la participation sociale. Point saillant de l'enquête de 2007 sur le bénévolat, le don et la participation*, <<http://www.statcan.gc.ca/pub/71-542-x/71-542-x2009001-fra.pdf>>, consulté le 30 mai 2016.
- TANG, F., N. MORROW-HOWELL et S. HONG (2009). «Institutional facilitation in sustained volunteering among older adult volunteers», *Social Work Research*, vol. 33, n° 3, p. 172-182.
- THIERRY, D. et F. JEGER (2013). «Retraités et bénévoles: les missions de France Bénévolat» *Retraite et société*, n° 65, p. 131-139.
- THOMPSON, E. et L. WILSON (2001). «The potential of older volunteer in long-term care», *Generations*, vol. 25, n° 1, p. 58-63.
- WARBURTON, J. et M. DYER (2004). «Older volunteers participating in a university research registry: Helping others my age», *Educational Gerontology*, vol. 30, n° 1, p. 367-381.
- WARBURTON, J. et D. J. TERRY (2000). «Volunteer decision making by older people: A test of a revised theory of planned behavior», *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 22, n° 3, p. 245-257.
- WILSON, L. B. et al. (2006). «Civic engagement and lifelong learning», *Generations*, vol. 24, n° 1, p. 90-94.
- WITUCKI, B. et al. (2011). «Becoming an older volunteer: A grounded theory study», *Nursing Research and Practice*, vol. 2011, p. 1-8.

PARTIE 3 /

# **LE RÉSEAU COMME OBJET D'ÉTUDE**

C'est une pathologie qui cassait les réseaux naturels, familiaux et médicaux. Donc on était obligés de créer un nouveau type de réseau: «les médecins informés», rares à l'époque.

Daniel DEFERT

## Les réseaux mis en contexte

Une perspective comparative sur la prise en charge du VIH en France et au Québec

*Gabriel Girard*

---

Ces mots de Daniel Defert (tirés de Defert, Cabé et Uhlade, 2006), le fondateur de l'association AIDES en France, résument bien la démarche des premiers acteurs de la lutte contre le VIH/sida. Confrontés à une pathologie nouvelle, mortelle à courte échéance et encore mal connue, les malades et leurs proches se trouvent souvent très isolés. Les premiers concernés doivent aussi composer avec une réalité : le VIH, transmissible sexuellement et par le sang, réveille dans la société des peurs anciennes, associées aux épidémies et à la contagion. Autant d'éléments qui font craindre des réactions de rejet et d'exclusion, alors que l'épidémie affecte fortement des populations déjà discriminées : les usagers de drogues, les immigrants d'Afrique ou des Caraïbes, les hommes gais et les communautés autochtones. Dans ce contexte, les quelques médecins impliqués et leurs patients doivent organiser en urgence une réponse collective en ce qui a trait à la prise en charge, à l'accompagnement pour la fin de vie, mais aussi à la prévention. En France comme au Québec, ces premiers réseaux informels de solidarité se structurent progressivement, jusqu'à constituer un modèle original de coordination d'acteurs dans le champ de la santé.

C'est l'histoire de cette mobilisation singulière qui est au cœur du présent chapitre. Cette mise en perspective retrace les grandes étapes de la formalisation d'un réseau de santé publique associant acteurs médicaux, milieu communautaire et acteurs publics. Mais il s'agit également d'envisager ces processus à l'aune d'une comparaison entre la France et le Québec. L'objectif n'est pas ici de dresser la liste des différences et des

ressemblances, mais plutôt d'envisager la manière dont s'est construite la réponse à une même pathologie dans deux contextes sociaux et politiques différents. Si elle ne se situe pas dans le cadre d'une approche réseau en tant que telle (ni en méthode ni en théorie), une telle démarche contribue à la compréhension de la construction des réseaux de santé face à une maladie émergente. Cette analyse éclaire également le gouvernement des populations minoritaires et stigmatisées dans les sociétés contemporaines.

Pour ce faire, ce chapitre s'appuie sur une double approche méthodologique. Il s'agit d'abord de retracer la fabrication de la mobilisation contre le VIH en France et au Québec. On s'intéressera ensuite à la manière dont les alliances entre médecins, patients/organismes communautaires et pouvoirs publics se sont transformées et institutionnalisées au cours du temps. Ce travail mobilise avant tout des sources écrites : ouvrages, articles, rapports et plans nationaux/provinciaux de lutte contre le sida.

## 1 / **Éléments de contexte : le VIH/sida en France et au Québec**

Près de 35 ans après l'identification des premiers cas de sida, le VIH demeure une épidémie active dans la majorité des pays du Nord. Sur le plan épidémiologique, la France et le Québec présentent un certain nombre de similitudes.

En France, selon les estimations récentes, 150 000 personnes vivent avec le VIH (soit 0,22% de la population générale). La mobilisation des communautés concernées et les campagnes d'information « grand public » ont permis de contenir l'épidémie, mais près de 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2012 (Cazein *et al.*, 2014). Parmi elles, 42% sont homosexuelles, 38% sont des hétérosexuels nés à l'étranger et 18% sont des hétérosexuels nés en France. Autrefois important, le nombre de diagnostics chez les usagers de drogue par injection se situe autour de 1%, démontrant le succès des politiques de réduction des risques. Dans ce contexte, l'évolution de l'infection vers le stade sida est de plus en plus rare : en 2012, 1 500 cas de sida ont été rapportés, qui s'expliquent généralement par un retard du dépistage ou l'absence de soins.

Au Canada, en 2011, 71 000 personnes vivaient avec le VIH (soit 0,21% de la population générale). Le nombre de nouvelles infections annuelles s'élève à 3 175, nombre composé de 46% d'homosexuels,

17% d'immigrants et 13% d'usagers de drogues injectables (ASPC, 2014). Au total, 172 cas de sida ont été rapportés en 2011. Au Québec, près de 20 000 personnes vivent avec le VIH, et environ 760 nouvelles infections sont diagnostiquées chaque année. La répartition des modes de transmission est à l'image du reste du Canada, même si l'on note une proportion de diagnostics plus forte chez des homosexuels (56%) et moindre chez les usagers de drogues (8%).

Le VIH apparaît donc dans les deux contextes comme une épidémie concentrée dans certaines populations minoritaires : gais, immigrants d'Afrique subsaharienne et usagers de drogues injectables. La principale différence concerne les communautés autochtones au Québec, qui sont fortement affectées par les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). De manière générale, si le nombre de nouveaux diagnostics VIH est stable dans le temps en France comme au Canada, il se maintient à un niveau élevé.

## 2/ **Faire face à l'épidémie (1981-1995)**

### 2.1/ **En France : les patients prennent la parole**

L'histoire de la lutte contre le sida en France a fait l'objet de multiples travaux sociohistoriques (Pinell, 2002; Dodier, 2003; Broqua, 2006). Ce sont des médecins, alertés par le décès rapide de jeunes patients au début des années 1980, qui sonnent la première alerte. Les malades sont emportés en quelques mois par des formes rares de cancer ou par des pneumonies, car leur système immunitaire est très affaibli. Les premières années de l'épidémie sont marquées par l'incertitude et l'incrédulité. Incertitude, car le virus n'est identifié qu'en 1983. Jusqu'alors, différentes présuppositions circulent, certaines associant la maladie aux « modes de vie » des gais, ou à leur consommation de *poppers*. Il apparaît cependant très tôt que le sida affecte également des hétérosexuels et des usagers de drogues par injection. L'hypothèse d'une maladie transmissible sexuellement et par le sang se dessine et elle est finalement confirmée scientifiquement. Mais l'incertitude règne sur le diagnostic et l'évolution de la maladie. Si les tests de dépistage sont commercialisés à partir de 1985, on ignore encore si toutes les personnes séropositives développeront effectivement le sida. Enfin, l'absence de traitement efficace confronte les médecins et les patients à une relative impuissance.

Dans la première moitié des années 1980, les pouvoirs publics abordent la question du VIH/sida avec une extrême frilosité. La maladie ne concerne encore que quelques centaines de patients, et les autorités craignent une instrumentalisation politique par le Front national. Si la surveillance épidémiologique s'organise, la réponse publique est balbutiante en matière d'information et de prévention. Dans ce contexte, les patients, leurs proches et les médecins sont amenés à s'auto-organiser. Symboliquement, le décès du philosophe Michel Foucault, en 1984, marque l'origine de la principale association de lutte contre le sida en France. C'est en effet son compagnon, Daniel Defert, qui décide de créer AIDES l'automne suivant, épaulé par quelques amis. Pour eux, il est urgent de proposer des formes de soutien aux malades qui sont bien souvent isolés, ostracisés par leurs proches et discriminés dans le monde médical. La nouvelle association se propose d'intervenir dans ces différents domaines, à travers l'accompagnement, l'information au public et l'action auprès des autorités de santé. AIDES grossit rapidement et s'implante dans la plupart des grandes villes françaises au cours des années 1980. L'association se veut « généraliste » : il s'agit d'un mouvement de personnes atteintes et de leurs proches, indépendamment de l'orientation sexuelle, du genre ou de la couleur de peau. Cette approche stratégique leur permet d'allier une action ciblée auprès des communautés touchées et un travail d'universalisation des enjeux du VIH. Dans un contexte d'« universalisme républicain » à la française, les initiateurs de AIDES voient dans la non-différenciation de leur public cible la condition de réussite de leur mouvement. Ainsi, à la différence des mobilisations dans le contexte anglo-saxon, les premiers militants français réfutent une approche par les « identités » (gais, noirs, prostitués, etc.).

À mesure que l'épidémie prend de l'ampleur, sa gestion s'impose comme un problème de santé publique majeur. Pour les autorités de santé, il s'agit d'enrayer la diffusion du VIH. Les premières grandes mesures datent de 1987, avec la fin de l'interdiction de publicité sur le préservatif, la mise en vente libre des seringues, mais également les premières campagnes de prévention « grand public ». Dans le même temps, l'État formalise son soutien aux associations de terrain. Dès lors, la lutte contre le VIH s'impose comme une priorité de santé publique. Cette période est également marquée par la diversification du monde associatif. Les structures locales et nationales se multiplient souvent autour de divers champs d'intervention : jeunes, toxicomanie, femmes, formations des soignants, hébergement, etc.

Les politiques publiques de lutte contre le sida sont formalisées par la création en 1988 de deux agences : l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), chargée de l'élaboration des campagnes de prévention, et l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), chargée d'orienter et de soutenir la recherche dans ce domaine. En parallèle, le Conseil national du sida est formé avec la mission de répondre aux enjeux éthiques concernant la maladie. Sur le plan opérationnel, les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) et les centres de dépistage anonymes et gratuits sont mis en place au sein des hôpitaux. Au même moment, une association contestataire fait irruption : il s'agit d'Act Up-Paris, créée en 1989. Ses militants brisent le consensus autour de la « généralisation » de la cause en revendiquant leurs conditions de minoritaires, en tant que séropositifs - gais, toxicomanes, travailleuses du sexe - « victimes » de l'épidémie. Cette radicalité politique se traduit par une stratégie de confrontation assumée, là où AIDES privilégiait jusqu' alors la négociation avec les pouvoirs publics. L'appel à la compassion fait place à l'expression de la colère.

Au milieu des années 1990, le paysage de la lutte contre le sida en France s'organise autour d'une diversité d'acteurs interconnectés. Le réseau associatif est en première ligne sur le terrain. Ses missions se sont diversifiées : accompagnement des malades, hébergement social, éducation et information, prévention de proximité, collecte de fonds, plaidoyer politique, etc. De plus, le milieu associatif bénéficie de financements publics et privés qui lui permettent de développer ses missions, notamment en se professionnalisant. Sur le plan médical, la prise en charge du VIH et du sida est principalement assurée par les services hospitaliers. Cependant, les médecins hospitaliers et les médecins de villes ont commencé à mettre en place des Réseaux Ville-Hôpital VIH qui sont chargés de coordonner les soins, notamment pour les populations les plus précaires. Développés avec les associations de patients, ces réseaux essaient dans la plupart des grandes villes. Sur le plan scientifique, l'épidémie a joué un rôle structurant pour la surveillance épidémiologique. La création du Réseau national de santé publique en 1992 - qui devient l'Institut de veille sanitaire en 1998 - en atteste. Dans le domaine de la recherche, l'ANRS joue un rôle structurant pour le soutien et l'animation des travaux sur le sida. Autour de grandes enquêtes, l'agence crée les conditions de collaborations multidisciplinaires entre infectiologues, cliniciens, épidémiologistes, anthropologues ou sociologues. Les associations sont également représentées dans ces processus.

C'est sans aucun doute sur le plan de la coordination des politiques publiques que règne le plus grand flou. L'articulation du travail entre les différentes agences, la Direction générale de la santé et les gouvernements est complexe. Les tensions sont d'autant plus grandes que la lutte contre le sida met en jeu des positionnements politiquement et moralement délicats sur des questions de sexualité ou de consommation de drogues. Cette relative fragilité de l'État laisse aux associations une grande marge de manœuvre pour orienter les politiques (Paicheler, 2002). De manière générale, l'organisation de la réponse au VIH/sida en France traduit une reconfiguration des rapports entre les patients, les médecins, la science et les autorités de santé. Cette période est marquée par l'émergence d'associations puissantes - telles que AIDES, Arcat ou Act Up - légitimées par l'action de terrain et capables d'influer sur les politiques publiques.

Mais les réseaux qui se constituent sont rendus possibles par deux facteurs: le capital social des militants et la multipositionnalité de plusieurs acteurs, qui facilitent les alliances. Parmi les premiers militants des associations de lutte contre le sida, la plupart sont en effet issus des classes moyennes éduquées, et plusieurs ont déjà eu un engagement militant à gauche ou à l'extrême gauche. Ces propriétés sociales contribuent à l'établissement de négociations, tant avec les soignants qu'avec les pouvoirs publics. Quant à la multipositionnalité, elle découle de l'implication de certains professionnels de santé dans des associations: c'est le cas à AIDES, à Arcat-sida ou dans des structures locales. Mais elle tient aussi à la reconnaissance de l'expertise des patients. En s'ouvrant aux associations, le comité scientifique de l'ANRS, les comités d'experts de l'AFLS ou le Conseil national du sida favorisent des alliances inédites entre militants, médecins, acteurs de santé publique et chercheurs. Cependant, les tensions sont nombreuses, principalement entre l'État et le monde associatif. Les associations reprochent à l'État son retard et ses réticences à considérer le sida comme un problème de santé publique; elles soulignent aussi le moralisme des campagnes de prévention qui occultent les réalités homosexuelles. Fortes d'une légitimité de terrain ou d'expérience, ces dernières cherchent à orienter les politiques publiques. La dissolution de l'AFLS en 1994, sous la pression des associations, illustre ainsi leur poids dans le contexte français (Paicheler, 2002).

## 2.2 / **Au Québec: l'organisation d'une réponse exceptionnelle**

Le Québec a l'étrange privilège d'être le territoire d'origine de celui qui a été considéré comme le « patient zéro » du sida en Amérique du Nord: Gaétan Dugas. Ce jeune homosexuel, steward, a été soupçonné par les autorités de santé des États-Unis d'avoir été impliqué dans près d'une quarantaine de nouvelles infections au début des années 1980 (Shilts, 1987). Il est mort du sida en 1984. L'anecdote a bien entendu été balayée par les connaissances scientifiques les plus récentes, qui situent les premiers cas de l'épidémie en Afrique (Pépin, 2011; Lachenal, 2014). Toujours est-il que le Québec reste associé aux prémices de la mobilisation contre le sida sur le continent américain. Historiquement, la mobilisation contre le VIH a également été portée au Québec par une coalition d'acteurs hétérogènes: milieu communautaire, pouvoirs publics et monde médical. Mais les sources sont rares pour en retracer le développement durant la décennie 1980 (Gosselin, 2005).

Plusieurs « phases » peuvent cependant être identifiées. Une « phase d'éveil » (1981-1985), caractérisée par la mobilisation de quelques médecins alertés par leurs collègues étasuniens de l'émergence de la nouvelle maladie. Ces médecins créent le Comité Sida-Québec en 1983, qui vise à rassembler et à diffuser une information fiable sur le sujet. À la même période, des personnes concernées par le VIH créent un premier regroupement, l'Association des ressources montréalaises contre le sida (Montreal AIDS Ressource Committee [Lavoie, 1998]). Cette première vague de mobilisation pose les bases de la réponse communautaire québécoise au VIH, dans une situation où les pouvoirs publics se tiennent en retrait. Une « phase de réaction » (1985-1987), durant laquelle le gouvernement provincial met en place une série de mesures: sécurisation des produits sanguins, premiers financements à destination des organismes communautaires, mais aussi pour la formation des médecins et pour la recherche. Progressivement, le milieu communautaire se diversifie et se spécialise, autour des enjeux d'hébergement des personnes séropositives (L'envol, en 1987, et La Maison d'Hérelle, en 1989) ou d'information et de prévention dans les communautés haïtiennes (GAP-Vies, 1987) ou parmi les usagers de drogues. Les groupes éclosent également hors de la région montréalaise, avec la création du MIELS, à Québec, en 1986, d'IRIS-Estrie, à Sherbrooke, et du MIENS, à Chicoutimi, en 1988. Parallèlement, le milieu médical montréalais s'organise. Plusieurs médecins créent,

en 1984, la clinique l'Annexe, spécialisée en ITSS, et qui devient en 1987 la clinique l'Actuel, dirigée aujourd'hui par le docteur Réjean Thomas. La troisième phase débute en août 1987, lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lance le premier Plan d'action-Sida au Québec, qui marque véritablement « l'entrée en scène du gouvernement » (Gosselin, 2008). Une première campagne d'information du public est lancée en 1988, et l'enveloppe budgétaire pour les groupes communautaires augmente à cette période. Aiguillé par le rapport du Groupe de travail sur le sida (1987-1988), le gouvernement met en place le Comité québécois de coordination sida (CQCS). La création de ce comité traduit une implication politique de l'État sur la question du sida. Jusqu'alors, les initiatives sur le sujet émanaient des médecins, des organismes communautaires et de certains centres locaux de services communautaires (CLSC), sans qu'une cohérence d'ensemble se dessine, que ce soit pour les orientations ou les moyens. Le CQCS s'organise dès le départ en sous-comités, chargés de la prévention, des aspects psychosociaux, des questions éthiques, de la recherche, des aspects cliniques et des soins (Gosselin, 2005). Comme en France, les pouvoirs publics s'attachent à mettre en œuvre une politique de lutte contre le sida, tout en garantissant le respect des droits et des libertés. Autrement dit, cette approche écarte toute coercition à l'égard des malades. Confronté à l'absence de données épidémiologiques, le Comité joue un rôle clé dans le développement de la recherche.

Les années 1990 sont marquées par une radicalisation, symbolisée par la création d'Act Up-Montréal. Les activistes mènent des combats décisifs pour la prise en compte des droits de la personne et contre l'homophobie dans le contexte du sida. Ils assurent notamment la diffusion dans le Village de l'un des premiers dépliants de prévention à l'attention des gais, en 1991. Mais le groupe s'illustre également avec ses actions publiques dans le parc de l'Espoir, qui contraint en 1996 la municipalité de Montréal à dédier le lieu à la mémoire des personnes décédées du sida. Avec la création d'Action Séro-Zéro, en 1991, puis son autonomisation en 1994, la prévention dans le milieu gai s'affirme progressivement comme une priorité. Une orientation soutenue par les conclusions des premières enquêtes sur les comportements dans cette population. La seconde moitié des années 1990 est d'ailleurs marquée par le développement d'actions et de formations auprès des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH) ».

Au milieu des années 1990, la lutte contre le sida au Québec présente un portrait contrasté, qui caractérise la troisième phase de cette chronologie. L'existence d'un comité de coordination rend lisibles les mécanismes de décision et d'attribution des financements. Le CQCS s'impose alors comme un interlocuteur pour les groupes communautaires, mais aussi pour les CLSC et les cliniques. Cependant, la structuration de l'action contre l'épidémie intervient à la même période que des profondes refontes du système de santé. La loi de 1991 crée ainsi des régies régionales chargées du pilotage de l'action locale contre le VIH. Cette décentralisation rebat les cartes d'un réseau en pleine construction. Si sur la durée les grandes orientations du CQCS restent stables, c'est l'organisation du système de santé qui évolue. La multipositionnalité des acteurs est claire en ce qui a trait au CQCS - la plupart des membres des commissions sont issus du monde médical. Mais la place des organismes communautaires tarde à être reconnue : ils sont invités à la consultation de 1991 autour du Plan VIH, alors qu'ils étaient absents en 1988.

Les années 1990 sont marquées par la multiplication des organismes communautaires dans le champ du VIH. Ceux-ci répondent à des besoins divers en matière de prévention et de soutien social. Conscients de leur rôle de première ligne, les pouvoirs publics développent leur financement et leur délèguent des secteurs d'intervention complémentaires de l'offre publique (hébergement, aide à domicile, prévention). De leur côté, ces organismes se fédèrent : la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida) rassemble les différents groupes à partir de 1991. Au Québec, la recherche échappe en grande partie à des mécanismes de pilotage, malgré la volonté initiale du CQCS. Le soutien à la recherche est rapidement transféré aux organismes subventionnaires préexistants dans le champ de la santé. De plus, ce secteur met en jeu le palier fédéral, tant pour le financement que la coordination, avec la création d'un réseau canadien d'essais cliniques en 1990. Sur le plan de l'organisation des soins, le rapport du comité sida de 1988 préconise un certain nombre d'aménagements. L'objectif est de mieux coordonner les hôpitaux et les CLSC, mais aussi d'implanter de nouvelles structures : les Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins du sida (UHRESS). Aux CLSC sont dévolus les tests de dépistage et la coordination du soutien psychosocial des malades. Quant aux hôpitaux, aux UHRESS et aux cliniques médicales, ils sont chargés de fournir les soins

et d'assurer la formation des soignants. Les UHRESS proposent un modèle relativement innovant de coordination des soins, une « approche globale » qui fait écho aux Réseaux Villes-Hôpital français. Ces unités sont créées dans cinq centres hospitaliers, situés à Montréal et à Québec.

Ces grandes orientations traduisent la volonté d'offrir des soins et des services adaptés, sans pour autant faire du VIH une pathologie à part (Gosselin, 2005). Cependant, les tensions sont nombreuses dans l'organisation du réseau québécois de lutte contre le VIH/sida, entre l'État et les organismes communautaires, mais aussi entre l'État et le monde médical.

### 2.3 / **Des réseaux d'acteurs face à l'urgence**

L'irruption du sida, une pathologie mortelle affectant fortement des populations déjà minorisées, pose un énorme défi aux sociétés occidentales. En France comme au Québec, l'organisation de la réponse collective au VIH s'appuie sur une option « moderne-libérale » (Dodier, 2003), caractérisée par le refus de la coercition des malades, l'éducation et l'information du public et la mise en œuvre de campagnes de promotion du préservatif. Dans les deux contextes, l'intervention de l'État est très progressive, et elle est précédée par une mobilisation associative et du monde médical. Cette chronologie est relativement commune dans le monde occidental. La fin des années 1980 marque l'instauration de politiques publiques et d'une coordination des actions, impulsées par le rapport Got (1988), en France, et par le Rapport de synthèse du Groupe de travail sida (1988) au Québec. Cependant, l'État doit composer avec les acteurs préexistants. En France et au Québec, les médecins sont logiquement très tôt impliqués dans la définition des priorités. Malgré ces points de convergence, les modèles français et québécois de réponse au VIH/sida se distinguent sur deux principaux points.

Le premier concerne l'organisation des soins et de la recherche. En France, les soins VIH sont concentrés à l'hôpital, notamment dans les services de maladies infectieuses. Le modèle français tient pour beaucoup d'une tradition centralisatrice. Mais il apparaît très tôt que l'hospitalocentrisme a des limites, surtout dans le cadre d'une pathologie qui affecte, en plus du corps, les relations sociales. L'émergence des réseaux Villes-Hôpital illustre les marges de manœuvre dont disposent les acteurs

locaux dans la mise en réseau des interventions liées au VIH (soins, accompagnement social, hébergement). Au Québec, l'organisation des soins est plus éclatée: elle repose sur les CLSC, les cliniques médicales, les services hospitaliers spécialisés et les UHRESS. Pour des raisons épidémiologiques, la plupart des services VIH sont concentrés à Montréal et à Québec. De ce fait, les réseaux de prise en charge sont avant tout adaptés à la réalité locale, suivant une approche de coordination par territoire. Cette réalité est renforcée par la création des régies régionales, portée par la réforme de 1991.

Le second point qui différencie la France du Québec dans le domaine du VIH concerne la réponse associative ou communautaire. L'auto-organisation des patients et de leurs proches est très précoce dans les deux cas. Elle s'appuie au départ sur la mobilisation d'hommes gais, mais aussi d'usagers de drogues, de femmes trans et d'immigrants. De part et d'autre de l'Atlantique, des conflits opposent les acteurs communautaires sur l'affichage - ou l'effacement - de ces enjeux identitaires dans la mobilisation (Lavoie, 1998; Girard, 2013). Mais le profil des organismes se distingue. En France, le monde associatif se construit à partir d'un référentiel politique issu de la gauche: la construction d'un rapport de force - avec l'État ou le monde médical - y est primordiale. Dès leur origine, les deux principales associations, AIDES et Act Up, soulignent la nécessité de repenser la place des malades dans le système de santé. De ce fait, AIDES et Act Up s'imposent comme des interlocuteurs incontournables pour les pouvoirs publics. Cela n'empêche pas, pour AIDES, le développement d'une logique de services sur le plan local pour pallier les manques identifiés dans l'intervention publique. Au Québec, le mouvement communautaire est issu d'une tradition liée à l'action sociale, qui préexiste au sida. De ce fait, les organismes sont très tôt mis à contribution (et financés) par l'État comme des intervenants de première ligne dans des secteurs non couverts par le public, tels que l'hébergement des personnes séropositives ou la prévention de proximité. Tout en gardant leur autonomie, les organismes sont intégrés au réseau public, comme acteurs offrant des services complémentaires. Construits à partir de besoins spécifiques, les groupes communautaires ne se fédèrent qu'en 1991 au sein de la COCQ-sida qui se donne une mission de plaidoyer politique. Dans ce contexte, la participation communautaire à la définition des politiques publiques est progressive.

En France comme au Québec, la gestion de l'épidémie pose problème aux pouvoirs publics et au monde médical. Le VIH/sida oblige en effet à repenser la prévention d'une maladie transmissible sexuellement et par le sang, mais aussi la prise en charge et la fin de vie de jeunes gens souvent isolés et stigmatisés. Dans ce contexte, l'organisation des réponses collectives à la maladie revêt un caractère exceptionnel, que traduit la création de structures *ad hoc*. Mais plus largement, les quinze premières années de la mobilisation contre le sida ont posé les bases de nouvelles formes de collaboration entre les communautés concernées, les patients, les soignants et l'État. Les réseaux formels et informels qui en découlent vont jouer un rôle déterminant dans la seconde phase de l'épidémie, marquée par l'arrivée de traitements efficaces.

### 3 / **Reconfigurations des réseaux de lutte contre le sida (1996-2015)**

Tout bien considéré, le Québec dispose d'une diversité de lieux et d'un nombre accru d'intervenants compétents pour traiter les personnes vivant avec le VIH/sida et leur fournir les services nécessaires. Néanmoins, en raison notamment de l'évolution rapide des traitements, de l'augmentation de la clientèle, de la hausse de la proportion de personnes aux prises avec plusieurs problèmes et des transformations du réseau sociosanitaire, il semble y avoir certaines difficultés dans le transfert des connaissances et de l'expertise ainsi que dans la coordination entre les services et l'ajustement de certains services (MSSS, 1997, p.14).

En quelques phrases, le document de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida décrit la complexité des enjeux auxquels sont confrontés les acteurs de terrain au moment de l'arrivée des traitements antirétroviraux.

#### 3.1 / **Faire avec le nouveau contexte thérapeutique**

L'arrivée des trithérapies, à partir de 1996, contribue à reconfigurer la lutte contre le sida. Les antirétroviraux constituent une avancée vitale pour les malades: en quelques mois, le nombre de décès diminue radicalement. Les traitements permettent d'envisager une vie «avec» le VIH, avec, par exemple, la reprise d'un emploi. Sur le plan médical, le VIH se chronicise progressivement; mais c'est loin d'être le cas sur le plan sociétal, car la maladie reste stigmatisée.

En France comme au Québec, l'arrivée des trithérapies correspond à un pic de la mobilisation contre le VIH. Les organismes communautaires sont nombreux et implantés, et remplissent leur mission en association étroite avec les pouvoirs publics. Plus généralement, le VIH figure en tête de l'agenda de la santé publique et de la recherche. En 1996, deux événements de collecte de fonds - le «Sidaction» en France, et «Tous unis contre le sida» au Québec - sont diffusés sur les chaînes de télévision, preuve de l'importance de la prise de conscience des ravages de la maladie.

La seconde moitié des années 1990 est donc marquée par un paradoxe dans la lutte contre le sida. Les traitements tant espérés sont là et suscitent un grand espoir, mais la chronicisation tend à normaliser une maladie construite historiquement à travers son exceptionnalité. Les traitements font par ailleurs émerger de nouvelles questions, concernant la prévention, le rôle des patients et la mobilisation communautaire.

Sur le plan de la prévention, la crainte est forte que l'existence de traitements efficaces entraîne une baisse de la vigilance, notamment dans les populations les plus touchées. Dès la fin des années 1990, les différentes enquêtes et les dispositifs de surveillance épidémiologique attestent d'une reconfiguration du rapport au risque dans la communauté gaie (Lavoie *et al.*, 2002; Velter, 2007). Le nombre de relations sexuelles sans préservatif augmente, même s'il est réducteur de l'attribuer uniquement à une forme «d'optimisme thérapeutique». Malgré tous les efforts d'information, les nouvelles infections se maintiennent à un niveau élevé. Mais les nouveaux traitements ont également des conséquences sur la capacité des patients à faire valoir leur expertise profane autour de la maladie: la multiplication des options thérapeutiques entraîne une technicisation qui tend à redonner le pouvoir aux médecins.

Enfin, le mouvement communautaire/associatif subit le contrecoup de près de quinze ans de mobilisation dans l'urgence. Avec l'arrivée des traitements, on observe un reflux progressif de l'implication militante. Ce désengagement a des explications multiples, individuelles et collectives: l'épuisement de certains militants, mais aussi la volonté de s'investir dans d'autres causes. Au Québec, c'est l'époque où la lutte pour le droit au mariage des couples de même sexe devient une préoccupation majeure pour les militants gais, renvoyant la lutte contre l'épidémie au second plan (Lavoie, 1998). En France, les années 1997-1999 sont marquées par le combat en faveur de la reconnaissance des couples de même sexe. Dans ce contexte, le milieu communautaire fait face à un

mouvement simultané d'affaiblissement militant et d'institutionnalisation. En effet, grâce aux financements publics, les associations se professionnalisent (Girard, 2014).

### 3.2 / **Au Québec: des partenariats introuvables**

Le tournant des années 2000 est marqué par de profondes mutations du système de santé. Après la régionalisation entamée une décennie plus tôt, un processus de fusion se profile, sous prétexte de rationalisation des dépenses de santé. En 2003, les centres de santé et des services sociaux (CSSS) sont créés, qui regroupent les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers sur un secteur géographique donné. Les CSSS sont chargés de l'offre de service, de son évaluation et de l'identification des besoins de santé sur leur territoire.

Dans le document d'orientation *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITSS 2003-2009*, le réseau des acteurs impliqués semble cependant relativement inchangé (MSSS, 2003). Le Ministère est en charge de la coordination des orientations - le CQCS a disparu, remplacé par le Service de lutte contre les ITSS - relayé sur le plan régional par les Agences de la santé et des services sociaux et les CSSS. Sur le plan local, les CLSC, les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) et les cliniques médicales privées, sont en première ligne pour le dépistage et le traitement des ITSS. Pour ce qui est des soins spécialisés en VIH, les URHESS et les cliniques privées jouent un rôle clé au regard de la prise en charge et de la formation des soignants. Quant aux organismes communautaires, leur rôle est essentiel dans la prévention, l'hébergement et le soutien social. Enfin, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) et les milieux de recherche participent à l'évaluation des actions, à la formation, à la surveillance épidémiologique et au développement des connaissances dans le domaine du VIH.

Dans la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITSS*, la question des partenariats occupe une place importante : il s'agit, selon le document, de « passer de la parole aux actes ». La complexification des traitements, de même que les problématiques sociales vécues par les personnes les plus vulnérables, rend le développement de partenariats incontournable entre acteurs institutionnels, organismes communautaires et acteurs du soin. L'idée sous-jacente de ces orientations est de proposer une approche « globale », prenant en compte les facteurs sociaux et environnementaux de la santé.

Au Québec, les partenariats - ou l'action intersectorielle<sup>1</sup> - dans le domaine du VIH constituent une problématique récurrente dans les documents d'orientation des pouvoirs publics. C'est une problématique qui dépasse d'ailleurs le VIH: la nécessité de l'action intersectorielle est inscrite dans la Loi sur la santé publique de 2001. Dans la formulation pour la stratégie 2003-2008 sur le VIH, la diversité des acteurs impliqués apparaît à la fois comme une richesse, issue de la construction singulière de la lutte contre le sida, et comme un frein. Le document souligne en effet que:

sur la base des groupes vulnérables qui partagent parfois certains éléments reliés à l'infection par le VIH, à l'hépatite C et aux ITSS, il y a intérêt à ce que la pratique des acteurs soit coordonnée pour une efficacité d'action à l'égard de ces groupes [...] Mais tous les acteurs n'y trouvent pas nécessairement leur compte; certains peuvent y voir une perte d'autonomie et de pouvoir direct (Québec, 2001, p. 26).

Sur la durée, la coordination de la lutte contre le sida au Québec se heurte donc à la diversité des intérêts en jeu: acteurs communautaires, cliniques médicales privées et acteurs de la santé publique agissent à partir de référentiels différents et poursuivent des objectifs parfois divergents. Le souci marqué pour l'action en partenariat répond aussi à une préoccupation croissante: la rationalisation des coûts de santé.

### 3.3/ **En France: professionnalisation et réformes de la représentation des usagers**

À la fin des années 1990, le « mouvement sida » connaît une crise de perspective. Pour les pouvoirs publics, la maladie ne semble plus être la priorité qu'elle a déjà été. Avec les trithérapies, les réponses de santé publique s'orientent vers le dépistage, le traitement et le maintien des campagnes de prévention. Malgré les progrès thérapeutiques, la

---

1 Voici comme elle a été présentée dans le plan national de santé publique 2003-2012: « L'action intersectorielle est souvent perçue comme le produit d'une démarche de planification et d'organisation, caractérisée par la concertation et l'établissement de partenariats, qui est réalisée dans le but de mieux coordonner les interventions et les services offerts à la population. Une telle vision administrative est pourtant peu susceptible de favoriser l'innovation si elle repose sur un cadre rigide et l'interprétation stricte des mandats de chaque acteur. Par contre, la démarche devient mobilisatrice et propice à l'innovation lorsque l'on mise sur la souplesse et que l'on valorise la réflexion commune sur les problématiques, les personnes touchées et le renouvellement des pratiques. D'autres fois, l'action intersectorielle peut prendre appui sur les réseaux informels, qui viennent compléter avantageusement les démarches formelles de collaboration. »

situation des personnes vivant avec le VIH reste souvent marquée par la précarité et l'exclusion. Du côté des associations, la logique militante cède progressivement la place à une logique de service. Act Up-Paris, qui a fondé son action sur l'urgence, peine à renouveler ses combats. À Montréal, l'antenne d'Act Up a disparu au milieu des années 1990.

Après une croissance continue, les financements publics et privés atteignent un plateau. De plus, les associations doivent réorienter leurs actions au regard de la nouvelle réalité de l'épidémie. L'accompagnement social, l'hébergement et l'aide à domicile, autrefois des secteurs d'intervention clés, sont remis en question : faut-il maintenir des services spéciaux pour les personnes atteintes du VIH ? Ou les élargir aux malades chroniques ?

Mais surtout, les financements publics s'accompagnent de plus en plus d'exigences, en particulier sur le plan de l'évaluation des actions. La rationalisation des coûts de santé devient là aussi progressivement une donnée incontournable. Dans ce contexte, AIDES connaît de fortes difficultés financières et doit se refonder, passant d'une fédération de groupes locaux à une association unifiée en 2002. Plus généralement, le mouvement associatif se professionnalise fortement et des alliances sont créées avec d'autres associations de patients, notamment à travers le Collectif interassociatif sur la santé, en 1996.

Le début des années 2000 est marqué par la question de la représentation des patients dans le système de santé, instituée par la loi sur la santé publique de 2002 « relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi signe également l'institutionnalisation des réseaux de santé, que les réseaux Villes-Hôpital avaient préfigurée. Ainsi, la Loi sur la santé publique de 2002 stipule que « les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins ».

En 2007, des coordinations régionales de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) sont créées, dans lesquelles les patients sont représentés :

Afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques actuelles de l'épidémie et au contexte dans lequel elle s'inscrit, une évolution de l'actuel dispositif des

centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) est réalisée par l'instauration des coordinations régionales de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). La coordination des acteurs concernés répond aux objectifs de faciliter la prise en charge globale du patient infecté par le VIH, de contribuer à l'équité des soins sur tout le territoire, tant pour la qualité des pratiques professionnelles que pour l'accessibilité aux soins. Des orientations sont données pour rapprocher les domaines de la prévention, du dépistage de ceux du soin, de la recherche clinique, le secteur hospitalier et extra hospitalier et favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé (Circulaire DGHOS/DGS du 19 décembre 2005).

Enfin, en 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire marque une étape décisive de la régionalisation de la santé publique en France. Ce sont les agences régionales de santé qui fixent les priorités sur leur territoire. En quelques années, le paysage de la lutte contre le sida en France a considérablement changé, du fait de la chronicisation de la maladie. Cependant, ces grandes caractéristiques demeurent : un partenariat parfois conflictuel entre associations et État, et un réseau public structuré par l'Hôpital.

### 3.4 / **La gestion des risques comme nouvel enjeu**

Au tournant des années 2000, l'information de la population générale apparaît relativement secondaire. En France comme au Québec, les actions de prévention des ITSS visent à présent principalement les populations définies comme vulnérables : les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les prisonniers et, pour le Québec seulement, les communautés autochtones (MSSS, 2010 ; MS, 2010).

La vulnérabilité à l'égard du VIH et des ITSS est définie non seulement au regard de critères épidémiologiques (prévalence et pratiques à risque), mais aussi à partir de considérations sociales et politiques (discriminations, précarité). Les jeunes constituent à eux seuls une population cible pour l'action publique, en particulier concernant les ITSS. Cette approche de la prévention s'inscrit donc dans une perspective globale, où les interventions visent à créer des environnements favorables à la promotion de

la santé. Ainsi, dans les deux pays, les stratégies plus générales de santé intègrent la reconnaissance des couples de même sexe et la lutte contre l'homophobie.

Avec les traitements antirétroviraux, de nouvelles problématiques émergent cependant dans le champ de la prévention. Les communautés homosexuelles sont particulièrement concernées. Les acteurs œuvrant en prévention perçoivent en effet une recrudescence des pratiques sexuelles sans préservatif dans ces populations, malgré les multiples actions de prévention. Pour ces acteurs, il s'agit de documenter ces constats de terrain. Au Québec, la cohorte Oméga, qui a suivi des hommes gais séronégatifs de 1994 à 2003, offre un portrait précis des évolutions dans le domaine de la prévention (Otis, 2015). En France, le dispositif des « Enquêtes Presse Gay » enregistre une augmentation des pratiques à risque (Velter, 2007).

La gestion des risques dans la population homosexuelle s'affirme, au cours des années 2000, comme un champ de recherche et d'intervention particulièrement dynamique des deux côtés de l'Atlantique. Si la compréhension des déterminants des pratiques à risque est indispensable, il s'agit aussi de proposer des pistes d'intervention. Il apparaît clair que la promotion du préservatif se heurte à des limites : pour certains hommes, une certaine lassitude préventive est manifeste, après 15 ou 20 ans de vie sexuelle. Pour d'autres, l'utilisation du préservatif est difficile à négocier selon les contextes et les partenaires.

Dès lors, le développement d'approches biomédicales de prévention apparaît à beaucoup d'acteurs comme une voie à explorer. Au cours de la décennie 2000, de nombreuses recherches se déploient dans le domaine de la prévention, à travers l'implantation de services de dépistage rapide, mais surtout avec la démonstration de l'effet protecteur des antirétroviraux. Il est en effet confirmé, pour les séropositifs, qu'une charge virale indétectable réduit considérablement le risque de transmission. Pour les séronégatifs, une nouvelle approche est développée : la prophylaxie pré-exposition (PrEP), autrement dit la prise d'antirétroviraux de manière préventive, avant la prise de risque.

L'exploration de ces nouvelles avenues de prévention participe à transformer le paysage de la lutte contre le sida :

- d'abord, la division du travail apparaît moins nette : les liens entre traitement et prévention font des médecins et des infirmiers des acteurs de première ligne dans un champ jusqu'alors occupé par les organismes communautaires ;

- les acteurs communautaires, pour leur part, font valoir leur volonté de participer activement aux recherches qui les concernent. L'approche de «recherche communautaire» se développe alors dans le domaine du VIH, d'abord au Québec, puis en France (Otis, 2015). Il s'agit pour les associations de revendiquer une place dans la recherche, au même titre que les médecins et les scientifiques;
- enfin, puisqu'il s'agit d'approches innovantes, la recherche joue un rôle central dans leur développement. De ce fait, les pouvoirs publics sont - relativement - en retrait dans ces processus. Mais plus encore, dans des contextes d'économies budgétaires, la recherche devient progressivement un nouveau vecteur de financements pour les actions de santé publique. Ainsi, le développement du dépistage rapide, ou la PrEP, est durablement inscrit dans le cadre de la recherche interventionnelle ou évaluative.

L'évolution de la prévention chez les hommes gais constitue une illustration intéressante des reconfigurations de la lutte contre le sida. De nouveaux réseaux d'acteurs se forment autour des projets de recherche : intervenants communautaires, cliniciens et chercheurs. Plus généralement, la prévention auprès des minorités se situe de plus en plus souvent sur le terrain de l'expérimentation (salles d'injection supervisées, dépistage rapide, PrEP), ce qui dépossède en partie les pouvoirs publics du pilotage des actions. Mais du même coup, le VIH est devenu le terrain de prédilection d'un gouvernement par l'exception. Les expériences innovantes sont acceptées lorsqu'elles concernent les minorités - sexuelles, raciales -, mais il ne saurait être question de les généraliser à la population «générale».

## Conclusion

Dans ses propos cités en ouverture de ce chapitre, Daniel Defert décrit l'urgence de la mobilisation pour contrer les effets destructeurs du VIH sur «les réseaux naturels», amicaux, familiaux et professionnels. L'histoire croisée des réponses à l'épidémie en France et au Québec est aussi le récit de la formalisation progressive de ces réseaux d'un nouveau genre, remparts et ressources face à la stigmatisation et à l'isolement.

Ce regard rétrospectif permet d'envisager deux grandes périodes, délimitées par l'arrivée des traitements antirétroviraux. En France, l'avant 1996 est caractérisé par un réseau centralisé, sur les plans public, médical et associatif. Les jeux d'influence et de pouvoir de même que les

conflits sont construits autour du rapport de force entre l'État et les différents acteurs. Au Québec, cette même période est marquée par un plus fort consensus et une plus grande décentralisation des réseaux : les organismes communautaires se développent selon des besoins ou des enjeux identitaires ; les structures de santé adaptent leurs réponses à l'épidémiologie de leur territoire. Dans les deux pays, cependant, la gestion du stigmate (lié à la séropositivité, au racisme ou à l'homophobie) met en tension les différents acteurs autour du principe de généralisation de la cause. C'est la volonté d'universalisation qui l'emporte dans les années 1980 et 1990, créant des frustrations dans le monde communautaire.

Avec les trithérapies, les réseaux se reconfigurent. L'urgence des premières années cède la place à la gestion d'une maladie en voie de chronicisation. Il s'agit également d'une phase d'institutionnalisation des réseaux préexistants. Cependant, en France, cette institutionnalisation se traduit par l'inscription d'une partie des acquis de la mobilisation « sida » dans le droit commun : sur un plan structurel, l'inscription des réseaux de santé dans la loi en témoigne. Au Québec, l'après 1996 est caractérisé par la quête de partenariats, dans un contexte où l'intersectorialité est promue comme mode d'organisation des réponses en santé publique. Mais ces partenariats sont difficiles à pérenniser, tant les acteurs concernés sont hétérogènes.

De manière plus générale, les évolutions historiques de la lutte contre le sida traduisent les tensions entre l'héritage de réponses exceptionnelles élaborées dans les années 1980, la normalisation de l'après 1996, et le maintien de particularités irréductibles dans la gestion d'une épidémie plus que jamais politique (Girard, 2015). Dès lors, l'étude des réseaux dans le VIH permet d'illustrer l'importance d'une analyse contextualisée des réseaux d'acteurs de la santé, à la fois sociologiquement et géographiquement.

## Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2014). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1: Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, <[http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-1226-EPI\\_chapter1\\_FRO2-web.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-1226-EPI_chapter1_FRO2-web.pdf)>, consulté le 30 mai 2016.
- BROQUA, C. (2006). *Agir pour ne pas mourir! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Sciences Po.

- CAZEIN, F. *et al.* (2014). « Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n<sup>os</sup> 9-10, p. 154-162.
- DEFERT, D., M. H. CABÉ et M. UHLADE (2006). « Innovation militante et réseau », *Sociologie pratique*, vol. 2, n<sup>o</sup> 11, p. 7-12.
- DODIER, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- GIRARD, G. (2013). *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- GIRARD, G. (2014). « Sida: un monde associatif en crise? », *La vie des idées*, <<http://www.laviedesidees.fr/Sida-un-monde-associatif-en-crise.html>>, consulté le 30 mai 2016.
- GOSELIN, E. (2005). *La lutte contre le sida au Québec: le centre québécois de coordination sur le sida (1989-1995)*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université Sherbrooke.
- LACHENAL, G. (2014). « La quête des origines du sida », *La vie des idées*, <<http://www.laviedesidees.fr/La-quete-des-origines-du-Sida.html>>, consulté le 30 mai 2016.
- LAVOIE, R. (1998). « Deux solitudes: les organismes sida et la communauté gaie », dans I. Demczuk et F. Remiggi (dir.), *Sortir de l'ombre. Histoire des communautés lesbienne et gaie de Montréal*, Montréal, VLB.
- LAVOIE, R. *et al.* (2002). « Sentiment d'invulnérabilité à l'égard du VIH/sida, attitudes à l'égard des traitements antirétroviraux et prise de risque sexuel chez les hommes séronégatifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », dans G. Godin, J. Lévy et G. Trottier (dir.), *Vulnérabilités et prévention. VIH/sida, enjeux contemporains*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 172-200.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ - MS (2010). *Plan de lutte contre le VIH/sida et les autres IST 2010-2014*, Paris, République française.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (1997). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4, orientations 1997-2002*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (2003). *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les ITSS (2003-2008)*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008)*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (2010). *Les ITSS: l'épidémie silencieuse. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, MSSS.
- OTIS, J. (2015). « Parcours de recherches participatives avec la communauté gaie au Québec: engagement et doutes », dans J. Otis, M. Bernier et J. Lévy, *La recherche communautaire VIH/sida, des savoirs engagés*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- PAICHELER, G. (2002). *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*, Paris, Éditions CNRS.
- PÉPIN, J. (2011). *The Origins of AIDS*, Cambridge, Cambridge University Press.
- PINELL, P. (2002). *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, Paris, Presses universitaires de France.
- QUÉBEC (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Politique gouvernementale.
- SCHILTS, R. (1987). *And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic*, New York, St Martin's Press.
- VELTER, A. (2007). *Rapport de l'Enquête Presse Gay 2004*, Saint-Maurice, InVS.



# Un réseau pour préserver l'action communautaire

L'expérience du RQIIAC

*René Lachapelle*

---

Ce chapitre se propose de montrer comment le Regroupement québécois des intervenants et intervenants en action communautaire en centre de santé et de services sociaux (RQIIAC) représente un mode d'organisation professionnelle qui permet de préserver la capacité de soutien à l'innovation sociale en organisation communautaire, dans un contexte où les institutions tendent à programmer le développement des communautés et autres formes d'action collective. Il s'appuie à la fois sur l'expérience personnelle de l'auteur en tant qu'organisateur communautaire, membre de l'association depuis sa fondation et président du Regroupement de 2002 à 2006, sur une analyse de documents produits par le RQIIAC (2008, 2010, 2013) et sur une série d'entrevues réalisées avec des organisatrices et organisateurs communautaires (OC) dans le cadre de diverses recherches, dont un doctorat portant sur la fonction de liaison en organisation communautaire (Lachapelle, 2014a).

En créant le RQIIAC en 1988, les OC visaient à «promouvoir et défendre l'intégrité et la spécificité de l'action communautaire en CLSC et centre de santé» (Lachapelle, 2003, p. 10). À ce moment, l'institutionnalisation des centres locaux de services communautaires (CLSC) risquait de cantonner la pratique des OC aux enjeux du réseau de la santé (Comeau *et al.*, 2008) alors que ceux-ci situent leur intervention à la frontière entre l'établissement public qui les emploie et les réseaux communautaires dans lesquels ils s'inscrivent. «D'une certaine manière, en créant leur regroupement, les OC ont appliqué à leur propre situation les méthodes d'intervention collective» (Comeau *et al.*, 2006, p. 20). Organisée en

réseau, l'association permet une liaison entre les OC répartis dans les différents centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et crée une communauté de pratiques permettant de préserver leur contribution à la capacité d'innovation dans les systèmes locaux d'action (SLA) où ils interviennent. Dans le contexte actuel où la tendance à la centralisation de l'administration publique l'emporte sur le soutien à l'innovation sociale dans les communautés locales, cet enjeu prend un relief particulier que le chapitre espère mettre en évidence.

L'exposé présente d'abord une brève description des concepts de gouvernance en réseau, de système local d'action (SLA) et d'innovation sociale, et de la fonction de liaison caractéristique des pratiques des OC. Il décrit ensuite son objet de recherche plus en détail, le RQIIAC comme réseau professionnel et communauté de pratiques permettant de soutenir et de conforter la capacité d'innovation des SLA et montre comment la fonction de liaison a évolué selon les conjonctures. Il se clôt sur les enjeux de pérennisation de ce rôle dans le contexte des contraintes que la nouvelle gestion publique fait peser sur le développement territorial.

## 1/ **Gouvernance en réseau, systèmes locaux d'action, innovation sociale et fonction de liaison**

La gouvernance en réseau renvoie à un « ensemble de relations relativement stables qui sont non hiérarchiques et de nature interdépendante, reliant des acteurs qui partagent des intérêts communs relativement à une politique et qui échangent des ressources pour défendre ces intérêts partagés considérant que la coopération est la meilleure façon d'atteindre ces buts communs » (Borzel, 2012, p. 2; traduction libre). Cette gouvernance repose sur la fréquence des rapports entre les parties constituantes qui renforce une culture commune, c'est-à-dire un ensemble de règles plus ou moins tacites de fonctionnement favorisant une convergence des attentes des participants et un langage partagé pour mettre en commun l'information et les routines d'intervention (Jones, Hesterty et Borgatti, 1997). Cette notion permet de montrer comment fonctionnent les SLA, mais aussi une association professionnelle sans but lucratif comme le RQIIAC, dont l'activité repose sur le semi-bénévolat de ses membres et qui est essentiellement vouée au partage des savoirs et savoir-faire en organisation communautaire, quelles que soient les stratégies d'intervention de ses membres. Des professionnels dispersés sur un vaste territoire, dont certains ne sont pas membres de l'association, peuvent ainsi

maintenir des liens grâce à une liste d'envois électroniques et un site Web et avoir des contacts lors de rencontres régionales et, une fois l'an, lors d'une rencontre nationale.

Les OC pratiquent l'intervention collective sur des territoires locaux et dans des communautés de divers types selon les territoires, quartiers urbains métropolitains ou MRC urbaines, semi-urbaines et rurales. Comme toutes les interventions sociales, leurs pratiques sont toujours situées dans le temps et l'espace et « reposent sur la capacité de l'individu de "faire une différence" dans une situation donnée ou dans le cours des choses » (Giddens, 1984, p. 15; traduction libre). Ils composent nécessairement avec les « propriétés structurelles de systèmes sociaux, déterminantes », mais qui sont aussi « déterminées par l'intelligence pratique des acteurs en interaction » (*ibid.*; traduction libre). Giddens considère que cette intelligence pratique constitue une science de leur milieu. Elle s'exprime dans le discours des intervenantes et intervenants, ce qui fait que les entrevues permettent de voir comment les pratiques des OC contribuent à susciter et à soutenir un fonctionnement en réseau dans le milieu communautaire, mais aussi plus largement entre les acteurs des communautés locales dans le cadre des SLA.

La notion de système local d'action (SLA) désigne l'ensemble des interactions entre les acteurs d'un territoire, qui rendent possible une gouvernance en réseau. Si elle correspond à un territoire comme lieu physique où les acteurs établissent des liaisons, constituent des réseaux et passent à l'action, elle appréhende aussi ce territoire comme un milieu qui a son histoire particulière, ses coutumes, ses ressources et ses réseaux sociaux avec les interactions multiples qu'ils entretiennent entre eux. Belley (2014) propose une notion apparentée, le « système régulateur spatialisé » (SRS) qui permet de « comprendre pourquoi et comment, dans un contexte donné, les acteurs, qui sont des "coopérants" plus ou moins volontaires et autonomes, sont en mesure (ou non), suivant leurs intérêts, leurs représentations et leurs ressources, de se coordonner pour accomplir un projet ou résoudre un problème de développement » (Belley, 2014, p. 120). Pour décrire ces « pourquoi et comment », il propose quatre composantes: « les structures (sociale, économique, culturelle, etc.), le contexte spatiotemporel (local et global), les institutions (plus ou moins formelles et stabilisées) et les acteurs, notamment leurs intérêts, leurs ressources et les cadres cognitifs (changeants) qui les font (ré)agir » (*ibid.*, p. 124). Ainsi défini, un SRS correspond bien à la réalité que désigne la notion de SLA.

Développer un SLA, c'est établir des interactions entre des acteurs sociaux provenant de cultures organisationnelles différentes, qui n'ont pas un accès égal au pouvoir et dont les intérêts peuvent diverger. C'est aussi «faire cohabiter entre elles des logiques, des approches d'intervention, et même des conceptions de la communauté qui sont souvent différentes» (Bourque, 2008, p. 98). Ce processus négogène (Bourque et Lachapelle, 2010, p. 51) ne se réduit pas à l'agrégation d'intérêts collectifs portés par chacun des acteurs sociaux; il passe par un processus de conciliation basé sur la démocratie participative et délibérative pour gérer les conflits, permettant aux divers points de vue de s'exprimer et de dégager un projet commun (Lévesque, 2007). La fonction de liaison désigne l'ensemble des tâches favorables à cette mise en rapport de personnes provenant de différents réseaux (santé et services sociaux, éducation, emploi, développement) dans la réalisation d'un projet concerté. Elle est au cœur du leadership de processus en organisation communautaire et permet d'établir des liaisons entre les acteurs afin que «les individus d'un groupe améliorent leur connaissance, leur compréhension et leurs contacts concernant les individus [d'un] autre groupe et inversement» (Liedholm et Lindberg, 2007, p. 85). Pour les praticiennes et praticiens de l'organisation communautaire, cette fonction de liaison repose sur la connaissance du milieu et des acteurs en présence et sur la capacité de les mettre en action en favorisant la cohésion du SLA et des rapports égaux dans les processus de prise de décision. C'est aussi soutenir les démarches du SLA pour qu'il ait accès aux ressources voulues pour réaliser ses projets, aussi bien celles dont il dispose à l'interne que celles qu'il doit obtenir à l'externe (Klein, 2011).

Engagés pour soutenir les organismes communautaires, les différentes concertations thématiques et, pour un certain nombre, les pratiques de développement territorial, les OC se définissent professionnellement comme des accompagnateurs des personnes et des communautés plutôt que comme des experts. Ils pilotent des processus permettant de mobiliser et d'intégrer institutions, élus et organismes de la société civile dans un nouvel acteur collectif ouvert à l'ensemble des parties prenantes d'une problématique collective ou d'un territoire. Leurs interventions poursuivent divers objectifs: assurer la circulation de l'information, rendre accessibles les contenus experts, aider à comprendre le point de vue des autres acteurs, développer le respect mutuel des cultures en présence et contribuer à rendre effective la participation de tous, quel que soit leur niveau de savoir et de pouvoir. Ils doivent composer avec des

paradoxes et orchestrer des processus dynamiques et complexes capables de susciter de nouvelles coopérations et de l'innovation pour le développement collectif et territorial. Ce soutien s'impose puisque « l'innovation sociale renvoie à des capacités d'initiative de la société civile rendues possibles grâce à des interrelations sociales différentes de celles promues dans les cadres marchands » (Klein, Laville et Moulaert, 2014, p. 23). L'exercice de la fonction de liaison rend possible la nécessaire négociation entre les procédures et programmes émanant d'une logique descendante et les initiatives du milieu développées selon une logique ascendante (Bourque, 2008) et donc socialement innovante: « Le local est un des lieux d'émergence de l'innovation sociale: elle ne découle pas des mécanismes ou des processus nouveaux mis en scène par les grandes organisations ou institutions, mais des actions territorialisées » (*ibid.*, p. 11).

L'organisation communautaire mise sur la territorialité, c'est-à-dire sur les appartenances par lesquelles « un territoire se sent exister comme communauté » (Caillouette *et al.*, 2007, p. 14). Ce « construit social » constitue l'espace dans lequel s'exerce la fonction de liaison entre les divers acteurs collectifs et repose sur l'exercice harmonieux de divers leaderships. Chaque type d'acteur apporte à la démarche collective des capacités différentes qui favorisent son efficacité: leadership institutionnel, leadership expert, leadership politique, leadership communautaire, leadership citoyen et leadership de processus. Beuret (2006) recourt au concept de « traduction » pour décrire le leadership de processus, une traduction qui s'effectue dans plusieurs registres: traduction scientifique, qui rend accessibles les contenus experts; traduction croisée, qui aide à comprendre les autres points de vue en présence; traduction organisationnelle, qui rend effective la participation de tous les acteurs, quel que soit leur niveau de savoir et de pouvoir et qui permet le jeu des intérêts en présence; enfin, traduction institutionnelle, qui structure les rapports entre les logiques en présence dans un SLA.

L'enquête de Comeau *et al.* (2008) montre que les OC s'estiment compétents principalement dans les interventions de mobilisation des ressources, l'animation de groupes de tâches en planification et développement des communautés, les coalitions, les réseaux et les tables de concertation. Ils exercent un rôle de passeurs en assurant non seulement une circulation transparente de l'information, mais surtout la liaison entre les diverses cultures en présence. La principale qualification des passeurs est leur aptitude à traiter avec les différents types de leadership

et avec les différents niveaux de compétence. Le travail de liaison dans un SLA contribue à la construction d'un leadership collectif qui s'appuie sur la territorialité et qui est en même temps générateur d'un renouvellement de cette territorialité (Caillouette *et al.*, 2007).

## 2 / **Le RQIIAC, un réseau professionnel et une communauté de pratiques en soutien aux SLA**

Assurer la liaison pour mettre en réseau les acteurs d'un SLA relève d'une pratique professionnelle requérant non seulement des compétences d'intervention, mais aussi une connaissance du milieu reposant sur des relations bien établies avec les personnes qui y vivent. «*C'est long créer des liens de confiance et travailler en partenariat*», précise une directrice de centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui dirige des OC, avant d'ajouter que «*le réseau de contacts dans les milieux c'est très profitable pour eux et pour moi*» (Lachapelle, 2014a, p. 136). Les OC sont en petit nombre dans chaque milieu, dispersés sur un territoire où les distances ne favorisent pas les partages d'expérience entre pairs. L'expérience du RQIIAC montre qu'une communauté de pratiques qui fonctionne en réseau soutient le renforcement de l'identité professionnelle et le développement des compétences. C'est ce qui explique que les OC, dans le cadre d'un sondage, soulignent le plus souvent comme apport des activités régionales du RQIIAC la «*connaissance des enjeux rencontrés dans la pratique*» (Lachapelle et Bourque, 2012a, p. 30).

Le RQIIAC a adopté dès ses débuts un mode de fonctionnement en réseau : alimenté par des contributions bénévoles de praticiennes et praticiens et de chercheuses et chercheurs universitaires, alliant des rencontres dans les régions sociosanitaires et à l'échelle du Québec, inclusif quant à la diversité des modes d'intervention et des stratégies d'action des OC, il s'est d'abord voulu un moyen de partager les savoirs et savoir-faire, d'échanger des informations stratégiques et de mener des réflexions collectives sur les enjeux du réseau, des communautés et de la pratique de l'organisation communautaire. L'association repose sur l'adhésion volontaire des OC moyennant une modeste cotisation annuelle, mais ses activités sont ouvertes à toutes les personnes qui pratiquent l'organisation communautaire dans le réseau public. Le conseil d'administration se réunit quatre fois l'an et ses membres y participent souvent bénévolement, quelques fois sur leur temps de travail avec l'accord de leur

établissement. Les rencontres régionales et les colloques aux deux ans sont généralement reconnus par les établissements comme des activités de formation professionnelle et procurent de modestes ressources pour la poursuite des activités de l'association. Le RQIIAC s'est donné trois cadres de référence successifs qui sont avant tout des repères pour les diverses pratiques d'organisation communautaire ayant cours dans les établissements. Le premier cadre de référence a été rédigé conjointement avec la Fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ, 1994), le second a été élaboré sur des bases autonomes en 2002 (Lachapelle, 2003) et le troisième (RQIIAC, 2010) a donné lieu à une vaste réflexion collective dans le contexte de l'intégration des CLSC dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Le RQIIAC agit comme une communauté de pratiques en fournissant à l'ensemble des OC en CSSS un espace de partage des savoir-faire lors de rencontres régionales et nationales et au moyen d'un bulletin publié trois fois l'an, *Interaction communautaire*. L'association gère aussi une liste de courriels par où circulent régulièrement des demandes d'information et des partages d'expérience sur divers enjeux collectifs. Le site Web du RQIIAC<sup>1</sup> rend accessibles les documents produits au fil des ans à l'occasion des activités et colloques qui deviennent ainsi des outils de partage de connaissances entre pairs. Le RQIIAC poursuit des partenariats étroits avec les milieux de la recherche et de la formation en travail social et participe en tant que partenaire à des projets de recherche dont certains menés par la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)<sup>2</sup>.

Ce fonctionnement en réseau professionnel est important pour les OC qui assument une pratique aux frontières de l'organisme qui les emploie et d'un milieu avec les diverses institutions qui le composent. Ils sont, dans leur établissement, les intervenants qui présentent le plus haut risque de se trouver au cœur de rapports conflictuels: « plus qu'aucune autre profession, l'action communautaire est sur la ligne des conflits potentiels entre l'institution, l'État et les groupes de citoyens » (Hurtubise, 1989, p. 52). L'association permet de répondre collectivement aux questionnements périodiques de leur pratique dans le réseau public. Réalisée à la veille de la création des CSSS, la recherche réalisée par une équipe dirigée par Yvan Comeau abonde dans le même sens et conclut que « la création du RQIIAC s'est avérée une stratégie efficace pour le

---

1 <<http://www.rqiiac.qc.ca/>>, consulté le 30 mai 2016.

2 <<http://w4.uqo.ca/crcoc/>>, consulté le 30 mai 2016.

maintien et le développement de l'organisation communautaire dans le réseau public» (Comeau *et al.*, 2008, p. 122). L'enquête a aussi établi que les trois quarts des OC répondants « considèrent le RQIIAC comme leur association professionnelle » (RQIIAC, 2013, p. 11). Il est significatif que, dix ans après la création des CSSS et en dépit des contraintes budgétaires qui créent des conditions moins favorables aux rencontres régionales et nationales, les adhésions soient en hausse et que les OC trouvent les moyens de se rencontrer et d'échanger.

### 3 / **Les transformations de la fonction de liaison pratiquée par les OC**

Depuis bientôt quatre décennies, la fonction de liaison des OC dans le réseau de la santé et des services sociaux a évolué au gré des transformations de la conjoncture dans laquelle elle s'exerce. Durant la mise en place des CLSC (1972-1985), elle a favorisé le développement d'organismes communautaires et les a inscrits dans des rapports de partenariat avec les établissements. Au moment où le réseau des CLSC s'est consolidé (1986-2002), ce sont les pratiques de concertation thématiques et territoriales, devenues une composante du modèle québécois (Klein *et al.*, 2014), qui ont bénéficié du travail de liaison des OC. La création des CSSS (2003) a modifié les conditions de pratique tout en continuant à profiter des pratiques de liaison des OC. En suivant l'évolution de la fonction de liaison au cours des trois époques qui ont précédé la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) en 2015, il est possible de montrer comment le RQIIAC a permis aux OC de pérenniser leur capacité d'intervention dans les contextes créés par ces réformes successives.

#### 3.1 / **L'établissement des CLSC: soutenir l'émergence des communautés locales**

La période de mise en place des CLSC (1972-1985) est celle de la transition de l'État entrepreneur caractérisé par l'intervention « dans le développement économique, culturel et social » (Vaillancourt, 2011, p. 7) à l'État-partenaire « plus ouvert à la participation de la société civile » (*ibid.*, p. 16). La création de CLSC alliant services de santé, services sociaux et services communautaires représente une innovation majeure dans le système de santé et de services sociaux, mais aussi un élément propice à

l'émergence de SLA favorables à l'innovation sociale sur les territoires locaux que sont les MRC et les quartiers urbains. Ce faisant, Québec établissait un échelon territorial qui allait permettre le développement d'une nouvelle territorialité. La définition du CLSC s'est inspirée, d'une part, des principes du rapport Seebohm au Royaume-Uni (1968), qui recommandait d'organiser les services sociaux sur une base locale afin de renforcer l'identité communautaire et de stimuler l'entraide, particulièrement en milieu urbain (Hopkins, 1996, p. 27), et, d'autre part, des expériences des cliniques communautaires de quartier ouvertes dans les années 1960 à l'initiative de jeunes animateurs sociaux. Pour le travail social, l'avènement des CLSC, c'est la mise en œuvre d'une « orientation multidisciplinaire et déprofessionnalisante, axée sur une approche intégrée, dispensée sur une base territoriale locale et participative » (Mayer, 2002, p. 273).

Recrutés parmi les premières ressources des nouveaux CLSC afin de développer des plans d'organisation alignés sur la situation des communautés, les premiers OC étaient souvent issus des rangs des animateurs sociaux et porteurs des mêmes préoccupations d'action sociale, d'éducation populaire et d'action sociocommunautaire. Leurs pratiques sont alors définies par trois fonctions identifiées dans la convention collective de 1976: la connaissance du milieu, le développement de programmes d'action communautaire et le soutien aux groupes. Ces fonctions étaient axées sur la priorité d'établir des liens entre les communautés et les CLSC: « Les rôles et fonctions de l'intervenant étaient en liens directs avec les populations » (Favreau et Hurtubise, 1993, p. 77). La contribution alors attendue de l'organisation communautaire était de faire en sorte que se construise une relation qui n'avait guère de précédent au Québec, entre les besoins particuliers de communautés locales et les services sociaux et de santé publics.

Beauchamp dit de l'organisateur communautaire de cette période qu'on « lui définissait une fonction de “récepteur”, qui devait “transmettre les messages venant de la population”. À cette fin, le SAC [service d'action communautaire] se devait d'être en contact avec le citoyen et les organismes, afin de les aider à formuler leurs besoins et à prendre les moyens pour y répondre » (Beauchamp, 2006, p. 21). Ce rôle d'interface place les OC « à la frontière entre l'État et la société civile. Et si les ressources communautaires se trouvent du côté du mouvement, du côté civil de cette frontière, les CLSC sont pour leur part immédiatement de

l'autre côté, du côté étatique» (*ibid.*, p. 3). L'organisation communautaire se présente donc comme un «service-frontière du CLSC» qui contribue à «une reconnaissance mutuelle entre réseaux d'action bénévoles et communautaires et services de l'institution» (*ibid.*, p. 7). Les OC dans ce travail de liaison se trouvent au point de jonction entre une institution émergente et des citoyens qui s'organisent, en position de faire le pont entre les institutions locales et les citoyens et citoyennes dans le cadre d'actions qui peuvent comporter des rapports soit coopératifs, soit conflictuels.

Le travail de liaison débouchait sur l'accompagnement d'organismes en place et la création de nouveaux organismes communautaires: «*Si le groupe n'existait pas, la première démarche consistait à trouver des citoyens que la chose pouvait intéresser [...] et accompagner ces citoyens-là*» (entrevue OC05, Lachapelle, 2014a, p. 73). L'organisation communautaire en CLSC est un service direct de soutien à la participation de citoyennes et citoyens qui s'organisent, développent leur capacité d'action en face des pouvoirs établis et accèdent à de nouvelles ressources. Cela a permis le développement d'un leadership citoyen et contribué à «*faire évoluer les mentalités et à faire découvrir aussi qui étaient les acteurs influents qui étaient susceptibles de faire avancer les dossiers*» (entrevue OC04, *ibid.*, p. 73).

### 3.2 / **L'institutionnalisation des CLSC: soutenir les concertations**

Au cours de la seconde période, soit de 1986 à 2002, les CLSC suivent un parcours d'institutionnalisation, et les mouvements d'action citoyenne se développent et se consolident autour de deux stratégies. D'un côté, les associations sans but lucratif s'identifient à l'action communautaire autonome et développent des coalitions revendiquant de l'État une reconnaissance et un soutien financier qui leur seront consentis en 2001 (Québec, 2001). De l'autre, les associations et coopératives engagées dans une approche entrepreneuriale renouvelée obtiennent aussi reconnaissance et soutien au sein des grandes familles de l'économie sociale que sont le Conseil de la coopération du Québec (1940), les fonds de travailleurs (Fonds de solidarité des travailleuses et travailleurs du Québec en 1983 et Fondation en 1996) et le Chantier de l'économie sociale du Québec (1999). La proposition d'une loi sur l'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale reçoit l'appui d'une très large coalition et réussit

à décrocher la signature de plus de 215 000 personnes et de centaines d'organismes dont plusieurs CLSC et municipalités. L'opération aboutit à l'adoption par l'Assemblée nationale en 2002 de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans tous ces domaines, les OC ont été actifs en soutien à la création et au développement des organismes.

Le modèle CLSC est cependant menacé par une évaluation confiée par la Ministre à un comité dirigé par le docteur Brunet. Réagissant au rapport Brunet (1987), la Fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ) multiplie les démarches pour faire valoir les caractéristiques essentielles des CLSC et préserver l'approche communautaire qui fait leur originalité. En réaction au même rapport, les OC entreprennent pour leur part une démarche afin d'affirmer l'originalité de leur contribution. Une enquête à laquelle répondent plus de 70% des 350 OC des CLSC (Hurtubise *et al.*, 1989) et un colloque auquel participent 328 personnes (Hurtubise et Paré, 1989) aboutissent à la création, en juin 1988, du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centres de santé (RQIIAC). La FCLSCQ considère favorablement l'arrivée de cette association professionnelle et l'associe à ses efforts pour le maintien de la dimension communautaire des CLSC. Dès 1990, les deux associations collaborent à la production d'un document qui constitue l'une des pièces du cadre de référence des CLSC et qui inscrit l'action communautaire (au sens d'organisation communautaire) dans les établissements de première ligne que sont les CLSC des années 1990, comme «un mode d'intervention indispensable pour soutenir les communautés dans le développement de leur autonomie» (Vallée, 1991, p. 1). Le cadre de référence que la FCLSCQ soumet à ses membres en 1991 est constitué de cinq documents portant sur les services médicaux, l'accessibilité, le soutien à domicile, l'action communautaire et les services sociaux locaux. Elle souhaite en faire «un outil privilégié pour implanter un réseau public de première ligne complet et articulé» (lettre de la FCLSCQ aux directions des CLSC en date du 4 novembre 1991).

Avec le développement des instances de concertation, d'abord thématiques pour relier les divers organismes concernés par la jeunesse, les aînés, les femmes, les familles, etc., puis davantage territoriales pour prendre en compte les problématiques de développement local, notamment après le colloque de Victoriaville en 1986, *Fais-moi signe*

*de changement* (CDC des Bois-Francis, 1987), les services d'organisation communautaire des CLSC se déplacent sur le terrain du développement des communautés. La fonction de liaison des OC s'applique à la mise en réseau de l'ensemble des acteurs locaux, y compris le CLSC lui-même, dans le cadre d'instances vouées aux diverses variantes du développement local. L'organisation communautaire des CLSC est souvent initiatrice des concertations locales et soutient celles qui sont lancées par d'autres acteurs :

Dans la plupart de ces concertations, le CLSC aura joué un rôle important, quelques fois de leadership. Plus que d'autres organismes locaux, le CLSC avait les moyens de soutenir, d'appuyer le développement de telles tables d'échanges : secrétariat, animation de rencontres, préparation de dossiers. L'action communautaire aura joué dans ces contextes le rôle du « passeur », de l'agent d'une concertation institutionnelle (Beauchamp, 2006, p. 49).

La fonction de liaison demeure axée sur la participation citoyenne tout en s'exerçant dans le cadre de la mise en relation de divers acteurs locaux autour de tables de concertation : « Organisateur communautaire, nous sommes des négociateurs, des "agents de liaison", des "hommes-frontière", entre les programmes, les structures et institutions de l'État et les réseaux informels, communautés locales, familiales, régionales... » (Beauchamp, 1986, p. 4). Beauchamp souligne aussi que les OC ne se considèrent pas comme des mandataires de l'institution, mais comme des « hommes-frontières qui n'appartiennent pas d'abord à telle institution, tel ministère, tel programme, mais à la communauté » (*ibid.*, p. 4). Il souligne ainsi que la liaison exige, même lorsqu'il y a un mandat - ce qui est le cas dans les équipes d'organisation communautaire -, que l'OC soit clairement perçu comme une personne qui n'impose pas la culture de l'établissement, mais offre un service pour soutenir l'action de la communauté. Il faut d'ailleurs faire ses preuves, comme l'exprime cette OC : « *Au début, les groupes communautaires étaient en réaction. [...] Le message qu'on recevait à l'époque, c'était un peu "C'est nous autres le mouvement social et c'est nous autres qui faisons le développement social". [...] À la longue, ils ont compris que ce réseautage-là venait les aider dans leur mission* » (entrevue OC, Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009, p. 29).

De 1994 à 1997, deux CLSC sur cinq sont fusionnés à un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et la Fédération des CLSC du Québec se regroupe avec la Fédération des CHSLD pour former l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ):

Ce mouvement fait voler en éclats toute la logique de la première réforme de 1970, les CLSC étant de moins en moins des établissements à dimension humaine («à visage humain» comme on disait à l'époque), et leur vocation «communautaire» étant de plus en plus remise en question (Mayer, 2002, p. 402).

Le travail de liaison du CLSC avec le milieu se poursuit tout de même durant cette seconde période notamment en soutien à de nouvelles formes d'action concertée sur des enjeux sociocommunautaires larges. Si les concertations sont de plus en plus «proposées» par les divers programmes publics (Côté, St-Pierre et Bourque, 2010), les OC y contribuent toujours avec les mêmes préoccupations de participation de populations généralement exclues du pouvoir. Lors d'une entrevue de groupe, des OC actifs à cette époque étaient d'accord pour reconnaître que leurs interventions portaient sur des enjeux qui débordaient le domaine socio-sanitaire, et que, dans cette approche large, ils ont bénéficié, comme le disait l'un d'eux, d'un «*support institutionnel qui, je pense règle générale, nous donnait comme une erre d'aller [...] on sentait qu'on avait une organisation qui était complice de l'action que l'on faisait*» (entrevue OCO2, Lachapelle, 2014a, p. 76).

### 3.3 / **L'intégration des CLSC dans le CSSS: soutenir le développement des communautés**

En 2003, avec l'élection du gouvernement libéral de Jean Charest, le «modèle québécois» est mis à l'épreuve d'un nouveau régime largement inspiré des «principes de compétition propres à l'économie marchande» (Vaillancourt, 2011, p. 30). Le nouveau gouvernement reconduit la plupart des grandes politiques de la période précédente, mais il modifie sérieusement les instances qui permettaient à la société civile d'y contribuer. Les CLSC passent du statut d'établissements autonomes au rang de mission particulière dans les nouveaux CSSS. La réforme a pour effet de placer la médecine spécialisée et les services hospitaliers au poste de

gouverne du réseau, minorisant les missions sociales et de santé communautaire dont l'intégration faisait l'originalité des CLSC. L'organisation communautaire passe avec les CLSC dans les CSSS, les milieux d'intervention subissent des transformations importantes et les OC partagent le terrain du développement des communautés avec de nouveaux intervenants en développement territorial. On constate que *«plus l'établissement grossit [...] plus la tendance est d'amener les organisateurs communautaires dans les plates-bandes plus strictes du secteur de la santé et des services sociaux, les tables de concertation, les projets cliniques»* (entrevue OC02, Lachapelle, 2014a, p. 77), oubliant que *«dans une bonne partie [...] ce qu'ont été les CLSC, c'était la notion de prise en main par le milieu de sa santé et tout le volet social et même le volet économique»* (entrevue OC05, *ibid.*, p. 77). La posture professionnelle de l'OC qui *«n'a pas d'intérêt particulier sinon l'intérêt du citoyen»* (entrevue OC04, *ibid.*, p. 77), ne va plus de soi pour les directions responsables des OC. Les fusions ont entraîné l'arrivée d'un personnel d'encadrement peu familier avec des enjeux communautaires : *«c'est un personnel [...] formé en nursing entièrement, donc où toutes les interventions étaient vraiment cliniques, individuelles»* (entrevue OC04, *ibid.*, p. 77).

Coïncidant presque avec l'avènement des CSSS, les départs à la retraite des cohortes d'OC embauchées au cours des premières années des CLSC font craindre à certains que ce soit *«la fin de la génération des CLSC»* (entrevue OC05, Lachapelle, 2014a, p. 69). L'arrivée de la relève entraîne un rajeunissement des effectifs et une féminisation de la profession, confirmés par les premiers résultats d'une enquête en cours sur l'évolution des métiers d'intervention collective. Il n'y a pas encore de statistique vérifiée quant aux formations initiales de cette nouvelle génération d'OC, mais plusieurs indices autorisent à penser qu'une majorité plus forte que dans le passé provient des unités de formation en travail ou en service social. Autre caractéristique : ces OC n'arrivent pas dans le métier à partir d'un engagement militant en milieu communautaire dans une proportion aussi importante que dans le passé. Cela soulève quelques défis quant au renforcement de la capacité d'analyse sociale au cours de la formation de base, mais surtout quant à un encadrement approprié pour l'intégration sur le terrain, que ce soit dans le cadre des stages en cours de formation ou au moment de l'arrivée dans un poste d'OC (Rheault, 2011; Lachapelle, 2011). Le RQIIAC peut à cet égard constituer un atout.

En dépit de ces contraintes, les OC continuent à établir des liaisons entre les acteurs dans leurs milieux d'intervention. Dans la majorité des CSSS, les équipes regroupant les OC provenant des CLSC fusionnés se constituent progressivement. Avec le soutien de l'établissement et la participation de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire pour une quinzaine d'entre elles, plusieurs équipes entreprennent avec la direction de leur CSSS une démarche d'élaboration d'un cadre de référence local et certaines se donnent une planification stratégique. Les postes de coordination professionnelle se multiplient assurant une cohésion des OC dans l'action et des communications efficaces avec la direction (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009). Le RQIAC, pour sa part, juge nécessaire de renouveler son cadre de référence de façon à situer l'organisation communautaire dans le nouveau cadre légal définissant la mission des CSSS.

Le développement des communautés et le soutien à «l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être», jadis terrains privilégiés d'intervention en organisation communautaire, deviennent, avec la mise à jour du Programme national de santé publique en 2008 (MSSS, 2008), des stratégies de la santé publique. L'intégration à des hôpitaux et le découpage du territoire en fonction des contraintes technologiques de ce type d'établissement modifient profondément la donne pour l'organisation communautaire et soulèvent l'inquiétude des OC. Les territoires d'appartenance, quartiers ou MRC, facteur déterminant pour la mobilisation des populations dans les SLA, s'étaient consolidés à l'échelle des territoires de CLSC. Au moment même où les nouveaux établissements qui se voient confier une mission de susciter et de coordonner des réseaux locaux de services, ils se trouvent majoritairement intégrés dans des ensembles plus larges où n'existe pas d'appartenance territoriale comme base de mobilisation. À l'interne, la multiplication des niveaux d'encadrement crée une difficulté de communication entre les OC et la direction générale de laquelle relèvent les relations de l'établissement avec son milieu.

L'action communautaire autonome se renforce grâce au financement en appui à la mission, financement dont les modalités sont négociées et harmonisées avec l'ensemble des ministères d'attache, comme établi dans la politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire. L'autonomie des organismes communautaires est préservée par le nouveau gouvernement libéral, mais elle est de plus en plus confrontée à «la logique complémentariste» (Duval *et al.*, 2005, p. 2) qui inspire les

ministères. En santé et services sociaux, les organismes communautaires sont sollicités pour la formation des réseaux locaux de services et l'élaboration des plans d'action locale en santé publique; sur le plan de la solidarité sociale, on les interpelle pour contribuer aux approches territoriales intégrées (ATI) de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale; au regard du développement local, de l'économie sociale et de la mise en œuvre du pacte rural, ils sont invités à participer à des instances relevant des centres locaux de développement (CLD) et des conférences régionales des élus (CRÉ). Quatre sociétés de gestion, financées conjointement par la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) et l'État, mettent en place à l'échelle locale des instances de concertation responsables d'adopter et de soumettre aux instances régionales autant de plans stratégiques «intersectoriels» et de sélectionner les projets admissibles à un financement. Le milieu communautaire se diversifie en fonction des problématiques sectorielles, son personnel se professionnalise et la sédimentation des divers programmes et mesures fait que se multiplient les appels à la concertation dont l'initiative vient d'en haut plutôt que du milieu. La fonction de liaison des OC s'inscrit dans ce paysage menacé d'hyperconcertation (Bourque, 2008).

La transition en CSSS a marqué une rupture sur le plan de la territorialité et donné une prépondérance à la logique de programmes, y compris en développement des communautés. Ces changements ont par ailleurs fourni de nouveaux outils d'intervention, notamment pour raffiner la connaissance des communautés. Ils ont introduit à l'échelle régionale de nouveaux partenaires en mesure de permettre aux communautés d'accéder aux ressources externes, partenaires avec lesquels il faut savoir négocier pour que ces ressources deviennent des leviers plutôt que des mécanismes d'instrumentalisation des actions locales. Deux facteurs de renforcement marquent un progrès: la présence de plus en plus intéressée des élus locaux sur le terrain du développement social et la création des postes d'agent de développement rural dont l'expertise se combine bien avec celle des OC. En revanche, les rapports avec les élus ne sont pas toujours heureux: la culture municipale est peu familière avec l'action communautaire et comporte des rigidités qui ne facilitent pas l'intervention collective. L'importance du financement par projet fait aussi naître entre les porteurs de projets des rapports de compétition pour l'accès aux ressources plutôt que de coopération à un projet collectif. Dans ce contexte, la fonction de liaison prend une importance renouvelée pour le milieu, mais aussi pour la responsabilité populationnelle des établissements.

La première qualification que les directions des CSSS reconnaissent aux OC est leurs liens privilégiés avec le milieu : « *Comme nouvelle directrice, je vous dirais que j'ai utilisé beaucoup ses connaissances et son lien d'attachement à ses communautés* » (entrevue D30, Lachapelle, 2014a, p. 132). Cette familiarité avec le milieu entraîne en retour une attitude de reconnaissance par le milieu : « *Les organisateurs communautaires, c'est vraiment le point d'ancrage dans la communauté* » (entrevue D06, *ibid.*, p. 132). Une image qui revient dans les entrevues c'est que les OC sont pour les établissements « *nos yeux, nos oreilles aussi* » (entrevues D06 et D24, *ibid.*, p. 132). On cherche donc à en faire des diffuseurs du mode d'intervention que l'on souhaite voir se développer dans l'ensemble des services : « *Mes champions, ce sont mes OC et mes agents de prévention-promotion parce que, eux, ils vont supporter les gestionnaires* » (entrevue D06, *ibid.*, p. 133). Les OC considèrent que leur priorité est l'action dans les communautés, mais ils sont disposés à partager leur expertise du milieu afin d'orienter davantage les services en fonction de la responsabilité populationnelle. Leur collaboration prend même une importance stratégique dans le contexte des CSSS :

*Comme agents de liaison, je pense que ça peut faire partie d'une condition sine qua non. Si on n'y arrive pas ou si on ne s'inscrit pas là-dedans, l'impact va être concret : on va devoir se retirer des dossiers, de plusieurs éléments de développement de la communauté. Je trouve que tout le monde serait perdant, et nous et l'employeur et le milieu* (entrevue OC13, *ibid.*, p. 134).

Ils expriment toutefois une réserve : « *On s'adresse à nous comme organisateurs communautaires : n'oubliez jamais le communautaire dans la dénomination de la profession* » (entrevue OC13, *ibid.*, p. 134).

Dans un contexte institutionnel moins favorable découlant de la création des CSSS et des partenariats public-privé (FLAC), la recherche sur la fonction de liaison a permis de démontrer que les OC ont continué à intervenir comme passeurs selon des modalités correspondant au profil de chaque SLA (Lachapelle, 2014b). On peut donc parler d'une pérennité certaine et d'une évolution de la fonction de liaison en organisation communautaire depuis les débuts du CLSC jusqu'aux CSSS. Tous les OC rencontrés dans le cadre des entrevues menées pour la CRCOC ou pour notre thèse de doctorat ont évoqué des pratiques de liaison avec les organismes du milieu et réaffirmé leur préoccupation que la parole citoyenne ait sa

place: ils se considèrent comme partie prenante non seulement des préoccupations du réseau qui les emploie, mais aussi d'un ou de plusieurs SLA déterminés par les acteurs du milieu.

#### 4 / **Le réseau du RQIIAC pour maintenir le fil conducteur des pratiques d'OC**

Dans le contexte de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, le RQIIAC dans son cadre de référence valorise une offre de services en organisation communautaire axée d'abord sur les besoins et attentes des communautés (développement local et des communautés, actions transversales sur les déterminants de la santé, soutien aux organismes du milieu) sans négliger les programmes de santé publique et des services de l'établissement (RQIIAC, 2010, p. 45). Cette primauté accordée à la communauté, un OC l'exprime bien en parlant de concertations qui « *n'ont pas été mises en place par le CLSC, on les a soutenues dans leur structuration, mais c'étaient toutes des demandes issues du milieu* » (entrevue OC15, Bourque, Lachapelle et Sénéchal, 2011, p. 53).

Le développement de relations avec les gens et l'insertion dans de multiples réseaux ne sont pas seulement le résultat de capacités ou d'aptitudes personnelles, ce sont aussi des compétences à développer. Le leadership de processus repose sur des compétences acquises et un savoir-être dont le développement est favorisé par l'expérience de même que par les échanges entre pairs. Les espaces d'échange que le RQIIAC crée y contribuent dans une large mesure. Ainsi, une recherche réalisée en Estrie en 2011-2012 (Lachapelle et Bourque, 2012a) montre que l'existence du RQIIAC est une source de satisfaction parce qu'elle permet aux OC des CSSS d'avoir un contrôle sur leurs activités de formation continue. Dans cette région, « les besoins sont identifiés par les OC » et « le RQIIAC priorise [...] à partir des besoins exprimés par ses membres [...] en fonction des réalités du moment » (*ibid.*, p. 30). Cette formule d'apprentissage déterminée par les OC « sert de levier collectivement significatif » et « permet de développer une identité commune, un sentiment d'appartenance » (*ibid.*). Quant à l'apport le plus souvent évoqué de ces activités, c'est la « connaissance des enjeux » tant politiques que pratiques. On relève aussi l'acquisition de compétences, le « développement de nouvelles expertises » et de solidarités entre pairs (*ibid.*)

L'expertise que les OC ont développée pour relier institutions et communautés et rallier divers acteurs dans les instances de concertation est reconnue dans les établissements. Comme l'exprime un directeur des services communautaires en CSSS, ils savent «asseoir des partenariats, créer des dynamiques de concertation, générer la participation citoyenne, un enjeu majeur» (Lachapelle, Bourque et Fois, 2009, p. 31). Ils se perçoivent et sont reconnus comme des catalyseurs, des agents qui savent dans les instances de concertation rallier des acteurs de cultures organisationnelles différentes et «voir, comme le dit un OC, comment chacun des partenaires va y trouver son compte» (*ibid.*, p. 39). La connaissance des acteurs en présence, la capacité de les amener à entrer en interaction, le souci d'assurer la transparence et la circulation de l'information de même que le soutien à la capacité d'agir, en particulier des plus éloignés du pouvoir, contribuent à la coordination des démarches en développement territorial: «*Tu fais avec les gens. Comprendre les subtilités et reconnaître dans les individus qui est en mesure d'être leader, qui peut mener un projet*» (Lachapelle, 2014a, p. 139).

Les SLA donnent toute leur mesure lorsque la concertation des acteurs s'inscrit dans la durée. Il faut une certaine pérennité dans l'action pour que les acteurs apprennent à dépasser les intérêts sectoriels, que les collectivités mobilisent les ressources locales et entreprennent des démarches pour aller chercher celles qui leur font défaut pour un développement intégré de leur territoire. La pérennité est aussi une condition du leadership de processus et de la pratique efficace de la fonction de liaison qui tous deux reposent en bonne partie sur une stabilité de présence dans les communautés: «Ça prend beaucoup de patience, beaucoup de travail, un savoir-faire tactique et stratégique pour convaincre les organisations de s'ouvrir à la participation citoyenne, mais aussi pour convaincre les citoyens de l'importance de contribuer au débat public» (Lachapelle et Bourque, 2013, p. 47). Cette patience professionnelle fait partie de la culture commune des OC. Ils ont besoin d'établir des liaisons avec les autres agents de développement de territoire avec lesquels ils partagent cette expérience.

Des initiatives telles que Vivre St-Michel en santé (Ndiaye, 2005), le Réseau d'animation en développement durable de Lanaudière (Forest et St-Germain, 2010; Bourque et Mercier, 2014) ou l'Escale Côte-Nord (Lachapelle et Bourque, 2012b) sont largement redevables à des réseaux locaux ou régionaux de personnes qui assument une fonction de liaison. À l'échelle locale émergent actuellement des démarches visant à intégrer

les dimensions économiques, sociales et environnementales pour un développement durable des collectivités en y associant plus étroitement les élus. Les OC y exercent une fonction de liaison. On peut citer en exemples la Politique de développement social durable de la MRC de Vaudreuil-Soulanges (Lachapelle et Bourque, 2013), le Collectif territorial et le Groupe d'accompagnement des communautés du Haut-Saint-François (Lachapelle, Mercier et Bourque, 2014) ou le COMPLICE à Shawinigan (Lachapelle et Bourque, 2015).

## Conclusion

Avec la fin des années 1990 s'ouvre une période où les logiques descendantes sont prépondérantes et s'amorce une nouvelle centralisation des institutions publiques qui constitue une redéfinition de l'action de l'État et pose un défi aux communautés locales quant à leur capacité d'innovation sociale. D'après nos observations, le RQIIAC a contribué à ce que la fonction de liaison dans les CLSC, puis dans les CSSS, évolue et soit en mesure de faire face aux exigences de la nouvelle gestion publique en maintenant l'ancrage des pratiques dans les communautés locales. Pour conclure, nous allons décrire dans les grandes lignes les évolutions actuelles et résumer les arguments défendus dans ce chapitre: l'organisation des OC en réseau est une forme de mobilisation favorisant la continuité de leur pratique, la préservation de leur responsabilité populationnelle et le lien avec les communautés même lorsque les changements de politique compromettent le respect de ces valeurs centrales.

Après avoir fusionné la majorité des établissements dans 95 CSSS en 2003, le gouvernement les remplace en 2015 par des CISSS à l'échelle des régions administratives et abolit les agences qui assumaient une coordination régionale. Il est difficile de reconnaître l'héritage des CLSC dans les organigrammes des CISSS. Les nouveaux établissements sont établis en fonction de l'organisation des services médicaux sans tenir compte ni des dimensions sociales de la santé publique ni des territoires d'appartenance en fonction desquels les CLSC furent organisés. Que devient la responsabilité populationnelle sur des territoires dont la configuration néglige l'appartenance et les conditions de liaison avec les acteurs des communautés locales? Les déterminants collectifs de la santé, sur lesquels peuvent agir les SLA, se voient accorder moins

d'importance que les facteurs personnels et la responsabilité individuelle. La responsabilité populationnelle et la coordination d'un réseau territorial de services (RTS) deviennent dans ces conditions des missions complexes. Les programmes et les plans d'action locaux (PAL) en santé publique sont menacés de marginalisation alors que rien n'est annoncé pour le renouvellement du Programme national de santé publique (MSSS, 2008) qui aurait dû se faire en 2015.

En développement régional et local, le gouvernement va dans le même sens en abolissant les conférences régionales des élus (CRÉ) qui avaient remplacé les conseils régionaux de développement. Les MRC sont invitées à prendre la relève, mais le pacte fiscal qui accompagne ce mandat comporte une sévère réduction des ressources. L'existence des centres locaux de développement est soumise à la décision de chacune des MRC. Ces modifications ont, entre autres effets, celui de restreindre la participation de la société civile aux instances de développement local et d'accorder aux élus locaux une position de contrôle des instances de développement territorial relevant de l'État québécois.

Les sociétés de gestion créées en partenariat par Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) s'interposent entre les collectivités locales et l'État. Les milieux doivent passer par des programmes qui définissent nationalement les besoins prioritaires et la façon d'y répondre indépendamment de ceux déjà définis par des concertations locales. Elles offrent néanmoins des ressources que les collectivités locales ont appris à s'approprier, ce qui va bientôt leur faire défaut puisque les sociétés de gestion devront mettre fin à leurs activités chacune à leur tour d'ici 2019.

Les transformations des programmes institutionnels exercent une pression sur les SLA notamment parce qu'elles rendent plus difficile l'accès aux ressources et modifient les rapports entre les élus et la société civile. Les coupes dans le financement et le fonctionnement par appel de projets constituent des contraintes. Le défi des OC et des agents de développement local est alors de s'assurer que ces contraintes ne soient pas complètement déterminantes. L'organisation communautaire en contexte institutionnel, pratiquée par les OC en concertation avec les autres praticiens du développement territorial, doit permettre aux SLA de s'adapter à ces contraintes structurelles de façon à se maintenir en tant que leviers de changement social. Bien-Aimé et Maheu ont démontré que les intervenantes et intervenants qui considèrent les contraintes

institutionnelles comme un contexte d'intervention plutôt que comme un pouvoir qu'ils subissent sont «les plus en mesure de s'emparer des médiations institutionnelles présentes dans les établissements pour déployer une intervention novatrice» (1997, p. 130).

Une telle posture repose sur le sentiment d'une identité professionnelle consistante qu'une communauté de pratiques comme le RQIAC contribue à renforcer. Les rencontres avec des gens exerçant un même métier permettent le partage d'expériences et le développement de solidarités entre pairs qui contribuent au développement professionnel. Sur le terrain de l'action collective, «la compétence réelle est celle qui est construite» à partir, d'une part, de «ses propres ressources [...], mais également des ressources de son environnement» et, d'autre part, des «règles de l'art» développées par un «milieu professionnel d'appartenance» (Le Boterf, 2002, p. 2-3).

En appliquant à leur propre situation les règles de l'intervention collective qui caractérise leurs pratiques, les OC des établissements de santé et de services sociaux ont créé un réseau qui leur permet de partager et de consolider leurs expertises. Ils ont ainsi renforcé la particularité de leur action et leur identité professionnelle, et cela leur permet de préserver dans leurs pratiques une marge de manœuvre d'autant plus importante que le contexte de centralisation et d'imposition de programmes constitue une contrainte significative. Leur réseau professionnel est une ressource pour mieux identifier les enjeux des communautés et pour soutenir une logique ascendante essentielle à la capacité d'innovation des SLA.

En définitive, dans ce contexte marqué par la nouvelle gestion publique, le défi, c'est de mettre à l'ordre du jour la valeur publique (Moore, 2013) selon laquelle

la clarification des objectifs et des finalités des services [...] doivent inclure la production de valeur non seulement pour les individus directement touchés, mais aussi pour les communautés concernées, ce qui suppose de faire le lien entre l'utilisateur et le citoyen et de faire appel à la délibération puisque la valeur publique est plurielle et qu'elle n'est jamais définie une fois pour toutes (Lévesque, 2012, p. 9).

Les OC comme les autres agents de développement territorial allient des compétences stratégiques et une identité professionnelle qui peuvent contribuer au renouvellement de l'action collective. Selon Weil et Gamble,

le XXI<sup>e</sup> siècle, avec ses enjeux de développement durable, de mondialisation et de diversité ethnique dans les communautés, se caractérise par un changement majeur dans la façon de concevoir des programmes: «de plus en plus on s'accorde pour reconnaître comme médiocre, pervers et de plus en plus contestable sur le plan éthique le développement et l'application de programmes sans la participation active et l'engagement des membres des communautés et des populations à desservir» (2005, p. 134; traduction libre). Cette participation est au cœur des visées de l'organisation communautaire et au centre de nombreux débats sur la vitalité démocratique de nos sociétés. Une dimension majeure de ces enjeux relève des politiques publiques. Mais ils ont aussi une dimension pratique qui passe entre autres par la capacité des agents de développement territorial à réunir et à soutenir des réseaux dans lesquels les populations concernées ont leur mot à dire aussi bien que les élus et les institutions. En renforçant la capacité d'exercice de la fonction de liaison des OC, le RQIIAC contribue à ouvrir des horizons de développement qui reposent sur la valeur collective et la contribution des SLA au développement de leur territoire.

## Bibliographie

- BEAUCHAMP, G. (1986). «Agents de développement au sein de la communauté», dans G. Beauchamp (dir.), *Pratiquer le social aux frontières. Sélection d'articles de 1986 à 2006*, p. 1-8, <[http://gillesenvrac.ca/carnet/UP/Ecrits\\_1986-2006.pdf](http://gillesenvrac.ca/carnet/UP/Ecrits_1986-2006.pdf)>, consulté le 30 mai 2016.
- BEAUCHAMP, G. (2006). *Entre l'institution et la communauté, des transactions aux frontières. 1975-1990: quinze années de pratiques d'organisation communautaire au CLSC Hochelaga-Maisonneuve*, Mémoire de sociologie (version modifiée), Université du Québec à Montréal.
- BELLEY, S. (2014). «La notion de "système régulateur spatialisé". Une notion opératoire féconde pour analyser et comparer la gouvernance et la transformation des territoires», dans M. Robitaille et M.-U. Proulx (dir.), *Sciences et territoire, Tome 2: Défis méthodologiques*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 120-139.
- BEURET, J.-E. (2006). *La conduite de la concertation. Pour la gestion de l'environnement et partage des ressources*, Paris, L'Harmattan.
- BIEN-AIMÉ, P.-A. et L. MAHEU (1997). «Quand une forme du travail en cache une autre. Le travail social n'est pas taylorisable», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n° 2, p. 123-133.
- BORZEL, T. (2012). «What's so special about policy networks? An Exploration of the concept and its usefulness in studying European governance», *European Integration online Papers (EIoP)*, vol. 1, n° 16, p. 1-28.
- BOURQUE, D. (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- BOURQUE, D. et R. LACHAPPELLE (2010). *Service public, participation et citoyenneté. L'organisation communautaire en CSSS*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- BOURQUE, D., R. LACHAPELLE et J. SÉNÉCHAL (2011). *Formes et dynamiques des partenariats locaux entre CSSS et organismes communautaires* (rapport de recherche), Gatineau, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier n° 11-03.
- BOURQUE, D. et C. MERCIER (2014). « Une approche innovante en développement intégré: l'animation territoriale dans une perspective de développement durable (ATDD) de Lanaudière », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 1, p. 182-196.
- BOURQUE, G. L. (2000). *Le modèle québécois de développement. De l'émergence au renouvellement*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- BOZZINI, E. et B. ENJOLRAS (2012). « Introduction – Governing ambiguities: Dynamics, institutions, actors », dans E. Bozzini et B. Enjolras (dir.), *Governing Ambiguities. New Forms of Local Governance and Civil Society*, Baden-Baden, Nomos, p. 11-22.
- BRUNET, J. et al. (1987). *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, Gouvernement du Québec.
- CAILLOUETTE, J. et al. (2007). « Le développement des communautés locales comme enjeu du renouvellement de l'intervention publique et communautaire », *Intervention*, n° 126, p. 31-41.
- COMEAU, Y. et al. (2006). « Les transformations de l'organisation communautaire en CLSC (1988-2004) », *Interaction communautaire*, n° 73, p. 18-21.
- COMEAU, Y. et al. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Étude sur la structuration d'une profession du social*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DES BOIS-FRANCS (1987). *Les actes du colloque provincial sur le développement des communautés. Fais-moi signe de changement*, Victoriaville, Corporation de développement communautaire des Bois-Francis.
- CÔTÉ, N., M.-P. ST-LOUIS et D. BOURQUE (2010). *Pratiques de concertation sur le territoire de la MRC Les Moulins: rapport de la démarche de recherche participative*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, CRCOC Cahier n° 1003.
- DUVAL, M., A. FONTAINE, D. FOURNIER, S. GARON et J.-F. RENÉ (2005). *Les organismes communautaires au Québec: pratiques et enjeux*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- FAVREAU, L. et Y. HURTUBISE (1993). *CLSC et communautés locales, la contribution de l'organisation communautaire*, Actes du colloque du RQIIAC – Hull, Juin 1992, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC (1994). *Pratiques d'action communautaire en CLSC, Document de réflexion*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec.
- FOREST, D. et L. ST-GERMAIN (2010). *La participation citoyenne. Le point de vue des citoyennes et des citoyens du nord de Lanaudière sur leur participation dans les démarches d'animation territoriale en développement durable* (rapport de recherche), Joliette, Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière.
- FOISY, D., D. BOURQUE et R. LACHAPELLE (2009). « La coordination professionnelle en organisation communautaire dans les CSSS », *CRCOC*, n°0901.
- GIDDEN, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press.
- HOPKINS, J. (1996). « Social work through the looking glass », dans N. Parton (dir.), *Social Theory, Social Change and Social Work: The State of Welfare*, Londres, Routledge, p. 19-35.
- HURTUBISE, Y. (1989). « L'action communautaire en CLSC: problèmes et enjeux », *Intervention*, n° 83, p. 51-57.

- HURTUBISE, Y. et P. PARÉ (dir.) (1989). *Pratiques d'action communautaire en CLSC*, Actes du colloque sur l'action communautaire en CLSC tenu à l'Université Laval (Québec) les 12, 13 et 14 mai 1988, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- HURTUBISE, Y. et al. (1989). *Pratiques d'organisation et de travail communautaires en CLSC*, Montréal, RQIIAC.
- JONES, C., W. S. HESTERLY et S. P. BORGATTI (1997). « A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms », *Academy of Management Review*, vol. 22, n° 4, p. 911-945.
- KLEIN, J.-L. (2011). « Économie sociale et territoire en contexte de mondialisation: le développement par l'initiative locale », dans G. Bellemare et J.-L. Klein (dir.), *Innovation sociale et territoire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 175-194.
- KLEIN, J.-L., J.-L. LAVILLE et F. MOULAERT (dir.) (2014). *L'innovation sociale*, Toulouse, ÉRÈS.
- KLEIN, J.-L., J.-M. FONTAN, D. HARRISSON et B. LÉVESQUE (2014). « L'innovation sociale au Québec: un système d'innovation fondé sur la concertation », dans J.-L. Klein, J.-L. Laville et F. Moulaert (dir.), *L'innovation sociale*, Toulouse, ÉRÈS, p. 193-246.
- LACHAPELLE, R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- LACHAPELLE, R. (dir.) (2011). « Formation des OC: une constante et des défis », *Interaction communautaire*, n° 87, p. 11-11, <<http://rqiic.qc.ca/doc/bulletin/interaction-87.pdf>>, consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2016.
- LACHAPELLE, R. (2014a). *Être passeur. La fonction de liaison en organisation communautaire*, Thèse de doctorat en service social, Québec, Université Laval.
- LACHAPELLE, R. (2014b). « La fonction de liaison en organisation communautaire », *Service social*, vol. 80, n° 2, p.115-129.
- LACHAPELLE, R. et D. BOURQUE (2012a). *Étude de la relation emploi-formation dans le champ du développement territorial, Région de l'Estrie (Québec), Rapport de la phase I*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 12-03.
- LACHAPELLE, R. et D. BOURQUE (2012b). *Subir ou bâtir l'avenir. Les enjeux du développement social sur la Côte-Nord*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 12-05.
- LACHAPELLE, R. et D. BOURQUE (2013). *La politique de développement social de Vaudreuil-Soulanges, démarche de coconstruction d'une politique publique*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 13-02.
- LACHAPELLE, R. et D. BOURQUE (2015). *Shawinigan. De la diversification économique à COMPLICE, une démarche de développement intégré*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 15-03.
- LACHAPELLE, R., D. BOURQUE et D. FOISY (2009). *Apports de l'organisation communautaire en CSSS aux nouvelles infrastructures communautaires de développement communautaire*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 09-02.
- LACHAPELLE, R., C. MERCIER et D. BOURQUE (2014). *Le développement territorial intégré: contribution des acteurs et des agents de développement. La démarche de la MRC du Haut-Saint-François*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier de la CRCOC n° 14-01.
- LE BOTERF, G. (2002). « De quel concept de compétence avons-nous besoin? », *Soins Cadres*, n° 41, p. 1-4.

- LÉVESQUE, B. (2007). *Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général*, Montréal, Cahier C-13-2006, CRISES, Université du Québec à Montréal.
- LÉVESQUE, B. (2012). «La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique?», *Vie économique*, vol. 4, n° 2, p. 1-18.
- LIEDHOLM, M. et G. LINDBERG (2007). «Un travail de liaison professionnel comme outil d'intégration», *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 15, p. 85-90.
- MAYER, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX - MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, MSSS.
- MOORE, M. H. (2013). *Recognizing Public Value*, Cambridge et Londres, Harvard University Press.
- NDIAYE, S. (2005). *Projet de recherche sur les quinze ans de la table de concertation Vivre Saint-Michel en santé Montréal (VSMS). Phase II: Monographie organisationnelle de VSM*, (rapport de recherche), Cahiers de l'ARUC-ÉS n° C-04-2005.
- QUÉBEC (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Politique gouvernementale.
- RHEAULT, J. (2011). «L'organisation communautaire en CSSS: présente et pertinente!», *Interaction communautaire*, n° 87, p. 8-9.
- REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTES et INTERVENANTS EN ACTION COMMUNAUTAIRE - RQIIAC (2008). «Une communauté de pratiques qui fait... histoire. Les 20 ans du RQIIAC», *Interaction communautaire*, n° 78, p. 1-72.
- REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTES et INTERVENANTS EN ACTION COMMUNAUTAIRE - RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du RQIIAC*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTES et INTERVENANTS EN ACTION COMMUNAUTAIRE - RQIIAC (2013). «Rapport annuel 2012-2013», *Interaction communautaire*, n° 93, p. 5-16.
- VACHON, B. (2014). *La passion du rural, Tome 2, Trois-Pistoles*, Éditions Trois-Pistoles.
- VAILLANCOURT, Y. (2011). «Le modèle québécois de politique sociale, hier et aujourd'hui», *Cahiers du LAREPPS*, n° 11-09, p. 1-33.
- VALLÉE, L. (1991). «Le document de la Fédération des CLSC du Québec. L'action communautaire enfin reconnue!», *Interaction communautaire*, vol. 5, n° 2, p. 1-3.
- WEIL, M. et D. N. GAMBLE (2005). «Evolution, models, and the changing context of community practice», dans M. Weil et al. (dir.), *The Handbook of Community Practice*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 117-149.

## Un accès limité?

Les réseaux de l'aide médicale internationale en Haïti<sup>1</sup>

*Pierre Minn*

---

Nous sommes entourés par des réseaux, même si nous ne sommes pas certains de ce que sont ces réseaux, où ils commencent et où ils se terminent. Nous sommes conscients que les réseaux médiatisent la plupart des informations que nous consommons et produisons, et que les activités de réseautage (*networking*) sont considérées comme essentielles pour la réussite professionnelle et sociale. Dans ce chapitre, un réseau particulier - d'aide médicale internationale à destination d'Haïti - sera examiné comme un objet d'étude anthropologique. Cette étude mettra en lumière le fait que, malgré l'influence des technologies mondialisées et standardisées sur la création des réseaux, les réseaux restent façonnés par les relations humaines propres à un lieu donné et en perpétuel mouvement qui les mettent en place et les animent.

Haïti occupe une place importante dans les activités des organisations non gouvernementales (ONG) québécoises de solidarité internationale. Sur les 65 organisations membres de l'AQOCI (l'Association québécoise des organismes de coopération internationale), 21 mènent des activités en Haïti. C'est le seul pays faisant l'objet d'une page dédiée sur le site Web de cette association, qui a par ailleurs mis en place le dispositif «Concertation Haïti» afin de relier entre eux les groupes de travail agissant dans ce pays. Plusieurs facteurs contribuent à faire d'Haïti l'une des priorités en matière de développement international au Québec. Ils comprennent la large diaspora haïtienne, basée principalement à Montréal et dans ses

---

1 Ce chapitre a été traduit de l'anglais par Tarik Benmarhnia et Baptiste Brossard.

environs, l'héritage des activités des missionnaires québécois en Haïti, une identité francophone commune et la proximité géographique, Haïti se situant à moins de quatre heures de vol de Montréal.

Bien qu'Haïti soit un important bénéficiaire des activités d'aide internationale du Québec, Québec représente un donneur relativement mineur du point de vue haïtien, particulièrement en comparaison de l'aide accordée par les États-Unis, le Canada, le Venezuela, Cuba, le Japon et la France. Les organisations et individus québécois intervenant en Haïti se fondent en fait parmi un groupe de divers acteurs qui travaillent dans une variété de secteurs, notamment l'éducation, l'agriculture, les services de santé, l'économie, les infrastructures, etc. Ces groupes ont une portée variable, allant des petites organisations non gouvernementales à des organismes multilatéraux, en passant par des ministères, des réseaux religieux et des organisations de la diaspora haïtienne.

Dans cet article, je vais décrire la création et les activités d'un réseau qui a été créé pour faciliter et coordonner les activités des acteurs internationaux dans le secteur de la santé au nord d'Haïti. Outre le fait que le réseau a atteint certains des objectifs fixés par ses fondateurs, à savoir faciliter la communication et la coordination entre les acteurs du secteur - très diversifié et hétérogène - de la santé en Haïti, il fournit une étude de cas pertinente pour illustrer comment les inégalités et les exclusions préexistantes parmi les individus et les groupes peuvent être renforcées à travers l'émergence de nouveaux réseaux, et cela, malgré les efforts déployés en vue de produire l'effet inverse.

## 1 / **Contexte et méthodologie**

En automne 2008, je menais une enquête ethnographique portant sur l'aide médicale internationale à Cap-Haïtien. Le directeur de l'un des groupes que j'étudiais alors me transmit le message d'un médecin étasunien, qui contenait l'invitation suivante : « Je vous invite à vous joindre à moi pour la réunion d'un réseau [*networking meeting*] rassemblant des groupes et individus impliqués dans l'aide médicale dans la région de Cap-Haïtien. Notre objectif est de créer des connexions afin de tous nous permettre d'offrir plus de soins, et des soins meilleurs, à la population de cette région, en mettant l'accent sur les enfants et les populations pauvres. Nous espérons apprendre les uns des autres et se soutenir

mutuellement en partageant des informations et en nouant des collaborations concernant les méthodes, les ressources, les programmes, les fournitures et les possibilités de financement.»

Cette invitation initiale circula parmi les dirigeants d'une douzaine d'organisations internationales travaillant dans la région, plusieurs leaders religieux et médecins haïtiens, et le directeur local du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Le mot fut bientôt passé par des contacts informels, et le nombre de groupes contactés, rapidement multiplié, en grande partie parce qu'Internet permettaient d'envoyer l'annonce rapidement par courriel à des collègues et connaissances. J'ai assisté à la deuxième réunion du réseau à l'automne 2008 et à plusieurs réunions dans les années qui suivirent.

Ces observations se sont déroulées dans le cadre de mon travail de terrain sur l'aide humanitaire internationale en Haïti. De 2007 à 2009, pendant 14 mois, j'ai mené une recherche ethnographique dans la ville de Cap-Haïtien et autour. Ma recherche a consisté en l'observation participante dans des hôpitaux, des cliniques et des dispensaires et en des entretiens qualitatifs avec des cliniciens haïtiens ainsi qu'avec des bénévoles et professionnels internationaux. Au cours de mes observations participantes, j'ai assisté à des réunions entre le personnel et les bénévoles expatriés et les professionnels de la santé haïtiens, effectué des traductions pour les rencontres cliniques et contribué à l'organisation de formations données par des cliniciens internationaux à destination des cliniciens et des étudiants haïtiens. J'ai mené 52 entrevues approfondies avec des professionnels de la santé haïtiens, qui se concentraient sur leurs représentations des organismes d'aide médicale transnationales et les relations qu'ils avaient établies avec eux. J'ai également réalisé divers entretiens, formels et informels, avec les professionnels et bénévoles expatriés, et visité le siège social de plusieurs groupes au Canada et aux États-Unis. Mon attention aux processus de la vie quotidienne et aux expériences vécues m'a peu à peu amené à m'intéresser aux relations qui se développent entre les professionnels haïtiens et les organisations internationales dont les activités ont saturé le secteur de la santé en Haïti.

En outre, la liste de diffusion et le site Web du réseau m'ont fourni une importante source d'information et de données pour ma recherche. De multiples annonces, courriels, documents y ont circulé, tels que les listes des organisations et des informations de contact, les demandes d'informations ou de fournitures, les mises à jour sur les problèmes de

santé liés aux catastrophes et aux épidémies (comme le tremblement de terre de 2010 et l'épidémie de choléra), les urgences, les annonces relatives aux visites des cliniciens expatriés, les procès-verbaux et les rapports de voyage. Bien que ces documents aient été créés à l'origine pour traiter des projets immédiats et imminents, ils restent accessibles sur le site Web, retraçant automatiquement l'historique d'un réseau de santé émergent.

Les réunions en face à face entre les membres du réseau étaient relativement rares, car bon nombre de ces personnes étaient basées aux États-Unis ou au Canada et ne se rendaient à Haïti que pour de courtes périodes. Lorsque les réunions étaient organisées, généralement deux fois par an, de nombreux dirigeants des organisations impliquées étaient absents, et ces organisations étaient donc représentées par des bénévoles en visite ou par le personnel haïtien. Les rencontres réunissaient entre une douzaine et une quarantaine de participants, avec un nombre égal de professionnels et de bénévoles. Les réunions étaient la plupart du temps présidées par le médecin étasunien à l'origine de la création du réseau et, éventuellement, par les membres d'une petite «équipe de soutien du réseau», qui comprenait des professionnels de la santé haïtiens travaillant pour des organisations internationales et des volontaires expatriés des États-Unis et au Canada.

## 2 / **Les limites du réseau**

Je vais maintenant décrire comment le Cap-Haïtien Health Network (Réseau de santé de Cap-Haïtien), tout en atteignant partiellement ses objectifs d'établir des liens et de faciliter l'échange d'informations et de ressources, a également reproduit certaines des dynamiques d'exclusion qui caractérisent les interventions humanitaires transnationales contemporaines. Alors que la création du réseau a constitué une tâche relativement simple (facilitée en grande partie par les technologies de communication sur Internet), en garantir l'accès aux principales parties prenantes et maintenir ses activités au-delà des premières rencontres se révélera être une tâche beaucoup plus ardue. Une telle difficulté s'explique notamment par des facteurs liés à l'espace, à la langue et à la technologie.

## 2.1/ L'espace

J'ai assisté à la deuxième réunion du réseau, qui s'est déroulée dans l'hôtel le plus luxueux de la ville. Situé sur le sommet d'une petite colline dans l'un des quartiers résidentiels les plus calmes de la commune, l'hôtel bénéficie d'une vue imprenable sur la baie de Cap-Haïtien et sur la mer bleue des Caraïbes. L'établissement était autrefois la demeure privée d'une famille haïtienne d'origine allemande. Ses murs sont décorés d'art folklorique haïtien. Ses chambres et ses couloirs, climatisés et silencieux, contrastent avec les rues animées et poussiéreuses de la ville. Avec sa piscine intacte et ses plantes tropicales parfaitement entretenues, l'hôtel est le lieu d'hébergement le plus pratique pour les hommes d'affaires en provenance de Port-au-Prince, les représentants d'agence humanitaire et les dignitaires en visite. Les groupes humanitaires disposant des budgets les plus importants utilisent fréquemment cet hôtel (ou d'autres dans la ville) comme quartier général lorsqu'ils opèrent dans le nord d'Haïti.

En décrivant cet espace, mon intention n'est pas de faire valoir que des endroits beaux et confortables ne devraient pas exister en Haïti. En fait, cet hôtel en particulier serait considéré comme relativement modeste selon les normes nord-américaines. Et tandis que le contraste qu'il offre en comparaison d'autres espaces plus « moyens » en Haïti est frappant, ses fils barbelés, ses gardes armés et ses chambres à 150 dollars la nuit témoignent simplement de l'inscription des inégalités globales à l'échelle locale. Au contraire, je tiens à montrer qu'en choisissant cet hôtel en particulier, puis d'autres de la même catégorie, pour accueillir les premières réunions, les organisateurs du réseau ont envoyé sans le vouloir un message fort, indiquant qui était le bienvenu lors de leurs réunions et le « terrain » sur lequel les interactions allaient se jouer. Bien que se trouvant dans un pays étranger, les participants expatriés aux réunions que j'ai observées semblaient très à l'aise alors que nous nous rencontrions dans le restaurant de l'hôtel; c'était un espace qui ressemblait à ceux dans lesquels ils évoluaient chez eux, avec des chaises assorties en peluche, des nappes blanches et des hiérarchies socioéconomiques et racialisées qui leur accordent d'innombrables privilèges.

Les participants haïtiens, pour leur part, semblaient mal à l'aise et restaient discrets. Ceux qui travaillent en étroite collaboration avec des groupes internationaux ou à des postes de niveau supérieur dans le ministère de la Santé d'Haïti étaient habitués à ces espaces d'élite, mais

la majorité des cliniciens haïtiens font aujourd'hui partie des couches inférieures des classes moyennes en Haïti ; même si leurs liens économiques et sociaux avec les diasporas émigrées au Canada et aux États-Unis les ont mis à l'abri des situations difficiles qu'affrontent la majorité de leurs concitoyens, ils sont loin de la vie et des expériences de la bourgeoisie et de l'élite d'Haïti. Pour les personnes qui occupent des positions subalternes dans la hiérarchie médicale (infirmières, travailleurs de santé communautaires, secrétaires et autres postes à prédominance féminine), les espaces comme cet hôtel constituent un environnement qu'ils ne connaissent pas et où les codes sociaux dominants voudraient qu'ils se comportent plus comme des invités reconnaissants que comme des parties prenantes et des preneurs de décision. Pour les réunions ultérieures, les coordinateurs du réseau ont encouragé les groupes à les accueillir sur leurs sites respectifs, mais finalement, les réunions sont revenues aux hôtels réservés à l'élite de la ville.

## 2.2 / **La langue**

La configuration linguistique d'Haïti constitue un ensemble unique de problèmes dans un contexte d'interventions et de constitution de réseaux transnationaux, malgré le fait qu'Haïti est souvent reconnu comme l'un des pays les plus homogènes linguistiquement au monde. Presque tous les Haïtiens parlent le créole haïtien comme première langue. Bien que le vocabulaire du créole haïtien soit principalement basé sur le français, les deux langues ne sont pas mutuellement intelligibles. Un faible pourcentage de familles haïtiennes parle français à la maison, mais le contact avec le français se produit principalement au moment de la scolarisation, le français étant la langue dominante dans l'éducation, l'administration publique, le secteur formel des affaires et la presse écrite. Alors que le créole haïtien a été déclaré langue officielle en 1987, il continue d'occuper un statut « inférieur » dans la vie publique haïtienne. Le français est privilégié comme langue d'éducation (son usage étant souvent encouragé par les parents qui souhaitent que leurs enfants améliorent leur statut socioéconomique) et utilisé comme un moyen de communication dans les cadres formels.

Au cours des dernières années, la présence de l'anglais a augmenté partout en Haïti, en grande partie en raison de l'influence politique et économique des États-Unis et des activités de la diaspora haïtienne qui y vit. Alors que le créole haïtien est reconnu comme une langue exclusivement haïtienne, appropriée pour exprimer des émotions, des sentiments

et pour négocier au cours des échanges quotidiens, le français et l'anglais sont considérés comme des canaux pour l'éducation, le pouvoir et l'ascension sociale. Pour reprendre l'expression de Léon-François Hoffman, le rôle principal du français en Haïti était d'agir comme un « filtre social » qui empêcherait certains segments de la population d'accéder au pouvoir et aux ressources du pays.

Bien que certains des membres et bénévoles expatriés des organisations et agences étrangères, et qui sont présents en Haïti, soient francophones ou soient capables de dialoguer en français, il est relativement rare qu'ils soient en mesure de comprendre ou de parler le créole haïtien, la langue principale pour une majorité d'Haïtiens. En tant que langue stigmatisée, le créole haïtien est rarement enseigné en dehors d'Haïti, sauf dans certaines villes accueillant un grand nombre d'immigrés haïtiens comme New York ou Miami. L'enseignement de cette langue à Montréal est relativement limité. En outre, il est difficile de se procurer des ressources pédagogiques pour apprendre le créole haïtien, notamment à des niveaux intermédiaires et avancés. Les professionnels et bénévoles expatriés demeurent en Haïti souvent pour de courtes périodes et sont peu en contact direct avec des personnes ne parlant que le créole haïtien durant ces séjours. Ils sont généralement en contact avec des Haïtiens de la classe moyenne parlant deux, voire trois langues, comme des infirmières, des médecins, des pasteurs, des éducateurs et autres professionnels.

De plus, l'usage du créole haïtien hors des échanges transnationaux est peu encouragé par les Haïtiens eux-mêmes, qui préféreront parler français ou anglais afin de se distinguer socialement. Les non-Haïtiens souhaitant dialoguer en créole haïtien afin de créer un lien de confiance se retrouveront eux-mêmes en difficulté de le faire, leurs interlocuteurs haïtiens souhaitant se démarquer d'une langue stigmatisée, rendre formelle cette occasion particulière d'échange, voire créer une proximité avec leur interlocuteur étranger. Finalement, ce statut du créole dans la société haïtienne peut aussi être expliqué par un autre facteur : la confidentialité qu'offre cette langue inintelligible pour les non-Haïtiens. J'ai eu l'occasion d'observer des Haïtiens pourtant bilingues ou trilingues soudainement se mettre à parler créole à leurs compatriotes afin de ne pas être compris par les étrangers présents.

Dans ce cas précis du Cap-Haïtien Health Network, la langue a fait obstacle à la participation au montage et aux activités de ce réseau. Ce réseau a été créé par un médecin étasunien ne parlant ni français ni créole. Son épouse, une Haïtienne-Étasunienne ayant surtout vécu aux États-Unis, parlait couramment le créole et faisait parfois office de

traductrice lors des rencontres et dans la préparation des documents. La plupart des premiers échanges (courriels, communiqués et autres documents) ayant pris place dans le cadre de ce réseau étaient effectués en anglais exclusivement. Dans les années qui suivirent, des traductions en français et en créole des documents de ce réseau ont peu à peu vu le jour. Par moments, il apparaissait que les traductions étaient effectuées par des bénévoles, mais à d'autres moments, des expressions et des structures de phrases n'ayant aucun sens trahissaient l'utilisation de logiciels de traduction en ligne qui, malgré les progrès effectués ces dernières années, demeurent insuffisants pour traiter des informations de nature complexe.

Pendant les réunions du réseau, la traduction a souvent été utilisée afin de faciliter les échanges. Cette traduction était réalisée par des bénévoles, généralement des membres de l'équipe ou des représentants des organisations participant à ces réunions. Toutefois, la qualité des traductions variait considérablement en fonction du traducteur, qui pouvait mal comprendre certaines phrases clés, simplifier des informations complexes, ne parvenant pas à transmettre les subtilités et les nuances énoncées par le locuteur dont les propos étaient traduits. Durant les réunions auxquelles j'ai pu participer, il m'a aussi semblé que la plupart des déclarations visaient implicitement les membres expatriés de ce réseau. Des déclarations telles que « nous espérons que vous allez nous aider à obtenir des appuis dans votre pays » ou « nous avons hâte de travailler avec de nouveaux collaborateurs qui seraient en Haïti en même temps que nous » ne laissaient aucun doute quant au fait que les individus vivant en Haïti n'étaient pas les destinataires des propos tenus lors de ces réunions.

### 2.3 / **La technologie**

Dans les mois qui ont suivi le tremblement de terre survenu en janvier 2010, les réseaux sociaux en ligne ont joué un rôle important et diversifié dans la manière dont les réponses humanitaires ont été organisées. Les Haïtiens, que ce soit en Haïti ou au sein de la diaspora, ont utilisé courriels, messages par téléphone, Twitter et autres réseaux sociaux pour prendre des nouvelles de leurs proches. Les organisations non gouvernementales en Haïti et ailleurs ont pu recueillir des fonds en demandant à ce que des dons soient effectués au moyen de téléphones portables. Facebook a permis l'échange d'informations, l'organisation de rencontres et la mobilisation de ressources. En raison de l'utilisation croissante de ces technologies dans le secteur de l'aide humanitaire, il convient

d'analyser la croissance de ces technologies en les replaçant au sein de tendances à long terme et dans le contexte social dans lequel elles sont utilisées. En Haïti, l'accent mis sur la prolifération récente de ces technologies peut masquer les inégalités quant à leur accès.

Beaucoup a été fait pour favoriser la prolifération des téléphones portables en Haïti et au sein d'autres pays limités sur le plan des infrastructures, notamment en Afrique subsaharienne. Durant des décennies, les services téléphoniques en Haïti ont souffert d'infrastructures négligées et fragiles: les lignes téléphoniques étaient souvent en état de désuétude, et seulement une petite frange de la population, des institutions et des commerces avaient accès à une ligne téléphonique. La disponibilité de téléphones portables bon marché et l'érection d'antennes par des compagnies de télécommunication internationales ont permis de répandre l'usage du téléphone portable en Haïti. La mise en place de réseaux de télécommunication a ainsi donné lieu à des changements majeurs dans l'économie et dans les relations sociales du pays. La proportion de personnes possédant un téléphone portable s'est accrue de manière spectaculaire; les personnes n'en possédant pas peuvent y avoir accès à travers leurs proches ou certains vendeurs offrant un service public de téléphone portable. Malgré cette prolifération des réseaux de télécommunication et de l'usage du téléphone, la majorité des Haïtiens éprouvent néanmoins des difficultés pour payer leurs factures téléphoniques ou pour accéder à l'électricité afin de recharger leur téléphone. Dans ce contexte, même un faible coût de connexion à ces réseaux peut être trop élevé pour de nombreuses personnes.

Comme mentionné précédemment, le Cap-Haïtien Health Network a débuté par un échange de courriels entre le fondateur de ce réseau et un groupe d'Haïtiens et d'Étatsuniens professionnels de la santé ou responsables religieux. Les courriels et données stockés sur un site Internet ont ainsi joué un rôle majeur dans le déroulement des activités du réseau. Des courriels ont été utilisés pour annoncer les rencontres, distribuer des documents, poser des questions et répondre à des questions. En 2015, presque huit ans plus tard, les membres de ce réseau continuent à se servir de ce moyen pour échanger leurs informations. La consultation et le partage de ces informations en ligne nécessitent toutefois un degré de maîtrise minimal de l'utilisation d'Internet. On estime que seulement 11% des Haïtiens utilisent Internet (tandis que cette proportion est de 87% au Canada et 50% dans la République dominicaine voisine<sup>2</sup>).

---

2 <<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>>, consulté le 30 mai 2016.

Bien que l'accès aux « téléphones intelligents », aux connexions Wi-Fi et à l'électricité ont fait d'Internet une ressource omniprésente dans les pays en développement, les membres potentiels de ce réseau sont confrontés à un accès intermittent à l'électricité, et des défis permanents se posent à eux pour garder leurs ordinateurs et téléphones opérationnels à cause de la chaleur, de la poussière et des problèmes liés à la surtension.

Enfin, bien que des efforts aient été faits pour traduire le contenu du site Internet du réseau en français ou en créole, la majorité des informations échangées demeurent en anglais. Ces barrières linguistiques et les limites d'accès aux technologies conduisent à favoriser la participation des anglophones dans les activités de ce réseau au détriment des gens pour qui les enjeux liés aux activités du réseau (à savoir l'amélioration des services de santé en Haïti) sont les plus importants.

## Conclusion

À la suite du tremblement de terre de 2010, l'activité au sein de la liste de diffusion du réseau a considérablement augmenté. Il y a eu plus de messages échangés en janvier 2010 (66) qu'au cours des 11 mois précédents (64). L'intensité de ces échanges de messages s'est accrue pendant les mois qui ont suivi, tandis que l'épidémie de choléra introduite par le contingent népalais de la MINUSTAH (la Mission des Nations Unies pour la stabilisation d'Haïti) ravageait le pays et que l'aide internationale se mobilisait pour l'endiguer. Mêlant leurs objectifs et missions à ceux du Cap-Haïtien Health Network, d'autres réseaux émergèrent, tels que les réseaux de UN WASH (eau, assainissement et hygiène), ainsi qu'un système d'alerte fondé par un médecin étasunien qui visait à recueillir de l'information à partir de messages téléphoniques, de blogues, d'articles de journaux et d'autres sources afin de compiler le maximum de données sur les épidémies. Bien que le fondateur du Cap-Haïtien Health Network ait mis en place ce réseau initialement pour aplanir les difficultés de partage et d'échange d'informations quant au système de santé en Haïti, c'est plutôt la gestion et le tri d'une telle masse d'informations, de messages et rapports qui ont finalement posé problème.

Après une augmentation du nombre de messages entre 2010 et 2012, le volume de messages échangés au sein du réseau a diminué et correspond aujourd'hui à la situation avant le tremblement de terre. Bien que certaines parties du site Internet du réseau soient à jour (par exemple

le calendrier détaillant les missions médicales dans le nord d'Haïti), d'autres, telles que la liste des ressources excédentaires ou le bogue du réseau, ne le sont plus. Dans les mois qui ont suivi le tremblement de terre, le réseau a accueilli de jeunes Européens et Étasuniens agissant en tant que « responsables d'équipe en soutien au réseau » (*network support team leaders*), ces derniers étant en charge de la coordination des communications, du développement du site Internet et du maintien des contacts avec les partenaires. Comme les fonds consacrés (de même que l'intérêt) aux initiatives dans le domaine de la santé en Haïti diminuaient, ces missions furent par la suite confiées à des cliniciens haïtiens travaillant pour le réseau, qui eux-mêmes étaient déjà débordés par leurs propres activités professionnelles et obligations familiales, voire par leur implication dans d'autres activités du réseau.

Au cours des dernières années, nous avons pu constater une croissance considérable de la création et de l'expansion de nouveaux réseaux émergents. Il est donc important que les chercheurs identifient non seulement les facteurs nécessaires à leur maintien, mais également les conséquences que ces déclin peuvent engendrer. La raison qui a présidé à la création du Cap-Haïtien Health Network était de rassembler des personnes travaillant à l'atteinte d'un objectif commun, dans un pays dans lequel les infrastructures ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins élémentaires de la population. Comme le suppose idéalement le mode d'organisation « en réseau », on s'attendait implicitement à ce que la création de ce réseau regroupe des acteurs sur un pied d'égalité et que les contacts qui en résulteraient soient mutuellement bénéfiques. Dans les faits, le réseau s'est construit dans un contexte d'inégalités importantes entre ses membres, inégalités qu'il a probablement contribué à accentuer.

Un exemple marquant de ce constat a eu lieu lors de la première réunion à laquelle j'ai assisté. Il s'y trouvait un nombre équivalent d'Haïtiens et de non-Haïtiens dans la salle. Alors que les Haïtiens présents étaient soit médecins, pasteurs ou autres responsables religieux en lien avec des organisations internationales, à peu près la moitié des non-Haïtiens présents étaient des bénévoles de passage en Haïti pour quelques semaines, incluant un groupe d'étudiants étasuniens au secondaire qui accompagnaient les directeurs du réseau. Lors du tour de table qui amorçait la réunion, ils se présentèrent en évoquant leurs activités bénévoles dans les jours précédents et soulignant à quel point ils appréciaient leur séjour en Haïti. Tout, dans ces réunions, y compris l'endroit où avaient lieu les

rencontres, la langue parlée et la manière dont ces réunions étaient annoncées, correspondait au confort et à l'habitus d'individus n'étant pratiquement pas concernés par les activités du réseau ou leurs effets.

Au printemps dernier, une réunion de trois heures prit place dans l'État de New York. Les dix-huit personnes qui y participèrent collaboraient dans des projets visant le nord d'Haïti, et se trouvaient là afin d'échanger au sujet des enjeux et problèmes communs relatifs à ces projets. Un ensemble de sujets fut abordé durant cette réunion, incluant «les problèmes douaniers à l'aéroport» lorsqu'ils vont à Haïti et «les difficultés posées par les enjeux politiques et de pouvoir dans les villages que nous aidons». La réunion s'est terminée sur la décision d'organiser davantage de réunions aux États-Unis, en plus de la poursuite des réunions dans le nord d'Haïti. En organisant de telles réunions en dehors d'Haïti, l'organisation du Cap-Haïtien Health Network a ajouté des barrières encore plus significatives à la participation des Haïtiens. Même si les personnes qui organisent de telles réunions sont bien intentionnées, et que ces réunions peuvent ultimement conduire à améliorer les services de santé dans le nord d'Haïti, ce type de pratique «excluante» contribue en Haïti à renforcer le sentiment que l'avenir du pays est décidé dans un espace inaccessible.

Bien que les innovations dans les réseaux et le fonctionnement en réseau offrent effectivement des perspectives prometteuses en matière d'équité sociale et de changements positifs pour les populations marginalisées, ces objectifs devraient continuer à être poursuivis activement, au lieu d'être passivement espérés comme des effets inhérents à la mise en place de nouvelles collaborations.

# Conclusion

*Deena White et Baptiste Brossard*

---

Que nous a appris la lecture de ces chapitres sur l'utilisation du concept de «réseau» et des approches relationnelles dans le domaine socio-sanitaire au Québec? Sans pouvoir ni vouloir procéder à des généralisations sur la base des neuf contributions rassemblées ici, il apparaît que les auteurs québécois se trouvent dans une phase exploratoire à l'égard de cette approche, ce qui signifie, aussi, une phase de créativité. Leurs travaux montrent tous que l'examen des relations entre acteurs permet d'ouvrir une «boîte noire» qui, dans plusieurs autres approches, reste fermée. Ils proposent chacun une façon d'utiliser la notion de «réseau», souvent à la frontière entre son acception dans les sciences sociales et dans le sens commun. Ils montrent, et c'est l'objet de ce livre, un aspect de la recherche sociale au Québec qui a vocation à devenir incontournable tant pour des raisons politiques (la gestion par réseaux) que scientifiques (le succès de cette approche en sciences sociales).

La plupart des contributeurs préfèrent cependant ne pas abandonner les autres ancrages théoriques au profit d'une approche réseau «pure», qui prétendrait que «la société» est constituée de relations ou de liens plutôt que d'acteurs, d'institutions et de structures; et que les acteurs, les institutions et les structures tels que nous les concevons habituellement sont le produit exclusif de la dynamique des réseaux dans lesquels ils sont situés. En fait, les chapitres de ce livre s'approprient ce programme initial de l'approche réseau à des degrés très variables. Par exemple, plusieurs d'entre eux combinent une perspective relationnelle

avec d'autres, tels le néo-institutionnalisme, la théorie de la structuration ou l'interactionnisme, percevant la première comme un outil visant à élargir, à approfondir, voire à dépasser les limites des secondes. C'est le cas, par exemple, du chapitre de Baptiste Brossard, qui enrichit l'interactionnisme grâce à la théorie des réseaux, afin de mieux expliquer comment des normes établies à distance parviennent à peser sur les interactions immédiates. Michael Cantinotti *et al.* déploient les méthodes d'analyse des réseaux afin d'améliorer l'analyse des données par cartographies conceptuelles. René Lachapelle choisit comme objet un réseau déclaré comme tel, ce qui lui permet de mieux cerner le fonctionnement du leadership et de la gouvernance locale dans le cadre des changements politiques en matière de santé. Nasser Touati et ses collaborateurs, tout en s'ancrant dans le néo-institutionnalisme et la théorie de la structuration développée par Giddens, font appel aux mécanismes relationnels d'isomorphisme afin de comprendre comment la collaboration interprofessionnelle s'inscrit dans un processus d'apprentissage et de changement des pratiques professionnelles.

Si les méthodes d'analyse fortement influencées par les mathématiques ne semblent pas encore avoir éveillé l'intérêt des chercheurs dans le domaine sociosanitaire au Québec, une minorité de chapitres présente une analyse structurelle des réseaux d'acteurs, soit la *social network analysis* telle qu'on la retrouve, par exemple, dans la littérature surtout étasunienne portant sur les organisations et l'administration publique. Cette approche est néanmoins représentée dans le chapitre de Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob sur l'apport de ce type d'analyse à la recherche en évaluation de programme dans le domaine sociosanitaire, qui a également dans cet ouvrage un rôle pédagogique d'initiation à cette approche. Elle est par ailleurs déployée par Michael Cantinotti et ses collaborateurs en vue de construire une analyse structurelle des idées qu'expriment les participants à leur recherche sur les difficultés liées aux jeux d'argent : au-delà de la cartographie conceptuelle, quelle est la structure des concepts énoncés et le degré d'adhésion des acteurs à ces différentes conceptualisations ? L'approche structurelle est par ailleurs légèrement mobilisée dans le chapitre de Baptiste Brossard et dans celui de Deena White portant sur une communauté de pratique en santé mentale. Dans ces deux derniers cas, cependant, la force de l'analyse structurelle des réseaux ne réside pas dans les algorithmes et les variables telles que le degré de centralité ou la présence de cliques, de trous structurels ou de ponts, mais dans une utilisation purement graphique et qualitative. Baptiste Brossard utilise des graphiques afin de schématiser la structure

des réseaux potentiels qui peuvent influencer les interactions entre les préposés aux bénéficiaires et les résidents dans les centres d'hébergement et de ceux effectivement activés selon les situations. Deena White, pour sa part, a analysé une communauté de pratique en tant que réseau lui-même en lien avec les réseaux de chacun de ses membres ; ces derniers réseaux représentent des liens faibles, mais potentiellement utiles pour la communauté de pratique. À l'aide d'une représentation graphique de ces structures et d'une réflexion collective concernant les canaux les plus efficaces à mobiliser dans la recherche d'informations et d'aide, elle a sensibilisé les membres de la communauté de pratique à leur capital social, donc leurs ressources potentiellement disponibles à travers ces liens faibles.

Ainsi, dans cet ouvrage, ce sont des analyses qualitatives des relations et des réseaux qui dominent. Elles s'inspirent le plus souvent de l'approche dite de la traduction, autrement connue sous le nom de la théorie de l'acteur-réseau. Selon cette approche, l'objet de l'observation est le processus de construction/déconstruction des liens et l'extension/rétrécissement des réseaux, basé sur le constat que les réseaux sont souvent structurés à l'origine par une hétérogénéité de liens faibles et instables. Cette approche apparaît clairement dans le chapitre de François Aubry *et al.*, qui porte sur l'enrôlement des bénévoles, chacun ayant ses propres motivations et contraintes, distinctes de celles de l'organisation qui tente de les mobiliser ; dans celui de Pierre Minn sur le Cap-Haïtien Health Network, où la constitution d'un réseau tend à renforcer les inégalités sociales préexistantes entre ses membres étant donné les modes de rassemblement et de communication à l'œuvre ; dans celui de Gabriel Girard, qui montre la fragilité des réseaux hétérogènes d'acteurs et d'organisations construits dans l'urgence face à l'émergence d'un problème social et médical, à savoir le VIH/sida ; dans celui de René Lachapelle, qui étudie comment une organisation en réseau permet de « résister » à certains changements institutionnels ; et dans celui de Deena White qui a choisi de se concentrer sur ce qui se passe aux points du réseau étudié qui constituent des liens « brisés » ou de « culs-de-sac ».

La majorité des chapitres de ce livre aborde de façon plus ou moins explicite la « traduction » comme un processus au cœur de l'analyse relationnelle. Dans la construction des liens entre acteurs, il y a toujours une forme de médiation, ce qui apparaît par exemple dans le chapitre de Baptiste Brossard sous la forme de la circulation des normes entre gestionnaires et préposés dans les centres d'hébergement, à travers les multiples traductions à l'œuvre, dans celui de François Aubry *et al.* concernant

la traduction des motivations à s'engager dans une activité bénévole dans le processus de recrutement des bénévoles, ou dans celui de René Lachapelle au sujet des traductions de logiques institutionnelles différentes par les organisateurs communautaires dans le cadre d'exercices de développement territorial. La traduction se produit également par le biais d'«actants» non humains. Pensons au bel hôtel où se tenaient les réunions du Cap-Haïtien Health Network décrit par Pierre Minn, un hôtel choisi pour le confort des étrangers, mais qui symbolisait, pour les Haïtiens, leur marginalité dans le réseau, ou, encore, à l'arrivée des trithérapies décrites par Gabriel Girard, des produits pharmaceutiques qui ont soudainement positionné les médecins en acteurs incontournables des réseaux de soin dans le domaine du VIH/sida, marginalisant les autres acteurs sociaux. Nassera Touati *et al.* suggèrent d'ailleurs que la maladie autour de laquelle se construit la collaboration entre médecins constitue un médiateur dans la dynamique de cette collaboration, par exemple en fonction de la relative stabilité de cette maladie (le diabète) ou, au contraire, de son instabilité (la santé mentale). C'est pour cette raison qu'il importe pour les chercheurs de porter attention aux effets des actants humains aussi bien que non humains dans la dynamique des réseaux.

Certains auteurs de ce livre montrent en outre qu'une activité stratégique de traduction est une source de création et de consolidation du pouvoir - et les outils présentés par Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob autorisent à penser qu'il est possible de mesurer ces effets de différentes manières. Pour reprendre les paroles de Callon et Latour citées dans le chapitre d'Aubry et de ses collaborateurs, «dès qu'un acteur dit "nous", voici qu'il traduit d'autres acteurs en une seule volonté dont il devient l'âme ou le porte-parole. Il se met à agir pour plusieurs et non pour un seul. Il gagne de la force. Il grandit» (2006, p. 11-12). Cette idée se trouve à la base de certains éléments de la recherche-action développée par Deena White, en ce que cette recherche vise à permettre à la communauté de pratique en santé mentale de s'appropriier plus de pouvoir d'agir, et cela, en connaissant davantage et en déployant stratégiquement leurs réseaux. Les chapitres de Pierre Minn et de Gabriel Girard se révèlent particulièrement convaincants quant à la construction du pouvoir des acteurs à travers les processus de traduction. Dans le cas du réseau étudié par Pierre Minn, nous découvrons que malgré leur ouverture à la participation d'une grande diversité d'acteurs haïtiens et étrangers, les initiateurs étasuniens du réseau se sont construit une position de pouvoir par

l'utilisation de la langue anglaise, par l'emploi des technologies informatiques et de communication et par le choix des lieux des rencontres - tous des médiateurs actifs dans le réseau puisque capables d'admettre certains participants et d'en exclure d'autres. Dans le cas de l'émergence et de l'évolution des réseaux autour de la problématique du VIH/sida au Québec et en France, Gabriel Girard fait la démonstration que différentes formes de traduction se sont produites dans ces deux pays. Notamment, le fait qu'en France, l'État ait été interpellé de manière plus privilégiée par les acteurs sociaux tandis qu'au Québec, a engagé des formes d'institutionnalisation différentes des réseaux quand l'épidémie s'est « stabilisée », et donc des façons différentes de « traduire » cette problématique à différents points du réseau.

Enfin, l'approche relationnelle peut s'établir dans le cadre d'institutions - de pouvoirs - déjà établies ou bien viser à en transgresser les frontières. Pour certains auteurs dans ce livre, cette approche implique presque un postulat anti-institutionnel. Baptiste Brossard, par exemple, tient à montrer qu'une analyse peut se passer des cadres institutionnels afin de saisir les fondements hétérogènes des interactions. Michael Cantinotti et ses collègues, parce qu'ils étudient des réseaux d'idée, ont quant à eux pour objectif de placer sur un même plan analytique les conceptualisations de personnes intégrées à l'institution (chercheurs, cliniciens) et de « profanes » (patients qui ne recourent pas à des thérapies). D'autres, par exemple Nassera Touati et ses collaborateurs, maintiennent un rapport plus stable avec la notion d'institution en tant qu'ensemble de règles et de ressources, tout en insistant sur la nécessité de se donner des outils pour mieux comprendre comment ces éléments structurants des relations sont véhiculés et traduits par des acteurs et des actants non humains. Certains auteurs, tels que François Aubry *et al.*, se saisissent de la notion de réseau comme d'une occasion pour étudier les interfaces institutionnelles, ici entre des organismes et « l'extérieur ». Bernard-Simon Leclerc et Joey Jacob illustrent par ailleurs comment l'analyse structurale de réseau, selon la méthode choisie, autorise à saisir chacun de ces aspects des relations sociales, d'une étude des institutions à celles des liens informels entre individus.

Pour finir, nous souhaitons ouvrir trois débats, qui représentent des difficultés inhérentes à l'approche réseau.

Premièrement, cette approche pose des questions méthodologiques. Elle est souvent représentée, dans le milieu de la recherche, comme une pratique ultratechnique, faite de graphiques et de schémas, de chiffres

et de points. Et c'est en partie vrai. Mais cet ouvrage témoigne également de son versant plus qualitatif. Quoi qu'il en soit, l'enjeu reste des deux côtés de réussir à décrire, dans un cadre limité tel qu'un article ou un chapitre de livre, un réseau dans toute la complexité des liens qui le composent, une complexité beaucoup plus apparente que dans la plupart des autres approches du social. Cela nécessite soit des simplifications graphiques ou statistiques - quitte à mettre en équivalence ou à standardiser des liens de natures initialement différentes -, soit des raccourcis en matière d'écriture pour les qualitatifs. L'élaboration de l'approche réseau, c'est aussi l'élaboration d'un langage (verbal, graphique, statistique) permettant de rendre compte de cette réalité. Or, très peu de réflexions existent à ce jour pour orienter la restitution des résultats de cette approche.

Deuxièmement, l'approche réseau, et surtout lorsqu'on la désigne comme une approche relationnelle, est compatible avec un grand nombre d'autres ensembles théoriques. Elle entretient une compatibilité plus ou moins évidente avec la perspective de Giddens sur la structuration, de Crozier et Friedberg sur « l'acteur et le système », de Goffman et Becker sur l'interactionnisme, de Boltanski et Thévenot sur le conventionnalisme, de Bourdieu sur le capital social et même d'Elias sur les réseaux d'interdépendance. Les chapitres de ce livre présentent rarement une approche de réseau « pure » : ils l'adossent souvent à d'autres tendances de recherche, sans aucune difficulté. Cette « multicompatibilité » théorique est un point positif, car elle a le potentiel de rendre cumulatifs des résultats de recherche issus d'écoles qui ont habituellement tendance à se penser comme fondamentalement incompatibles. Mais une telle ouverture peut se révéler problématique à partir du moment où elle mêle les orientations théoriques en un mélange dont on peine à percevoir les implications épistémologiques initiales, des implications qui sont parfois, effectivement, incompatibles.

Troisièmement, les réseaux n'ont pas de fin. Où s'arrête un réseau ? Si l'on prend l'exemple de cet ouvrage, on pourrait aisément retracer une chaîne de relations déjà longue en s'intéressant aux liens directs entre ses acteurs évidents : les auteurs, leurs collaborateurs, les auteurs cités, les coordinateurs de l'ouvrage, les éditeurs, les distributeurs, les commerciaux, les lecteurs. Si l'on voulait aller plus loin, on pourrait repérer les influences des auteurs, puis explorer les influences des influences. Il faudrait également comprendre dans le cadre de quelles relations,

de vente, d'échange intellectuel, d'enseignement, de recherche, etc., chacun s'inscrit. Nous avons probablement déjà dépassé le millier de relations, elles ne sont qu'en partie quantifiables puisque ces liens ne peuvent pas tous être comparés, ou clairement définis. Si l'approche réseau permet peut-être mieux que toute autre de saisir la complexité du social, la question suivante demeure: que faire de cette impossibilité d'être exhaustif?



# Notices biographiques

---

## **Aubry, François**

François Aubry est professeur au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que membre régulier du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et de l'équipe RIPOST (Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail).

## **Belzile, Louise**

Louise Belzile est candidate au doctorat à l'Université de Sherbrooke. Elle s'intéresse aux usages des outils cliniques dans l'intervention gériatologique, l'intégration et la coordination des services sociaux et de santé et l'analyse des métiers relationnels.

## **Brossard, Baptiste**

Baptiste Brossard est sociologue, professeur adjoint à la Australian National University. Il a consacré sa thèse de doctorat aux pratiques d'automutilation parmi les adolescents et les jeunes adultes. Puis, en tant que postdoctorant au Centre de recherche et de partage des savoirs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à l'Université de Montréal, il s'est intéressé au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, notamment en centre d'hébergement.

## **Cantinotti, Michael**

Michael Cantinotti est professeur adjoint en méthodes de recherche et statistiques au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Psychologue de formation, ses travaux actuels concernent la recherche par cartographie conceptuelle et les développements statistiques qui y sont associés.

## **Denis, Jean-Louis**

Jean-Louis Denis est professeur titulaire à l'École nationale d'administration publique (ENAP), détenteur de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé, directeur du Centre de

recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne de l'Université de Sherbrooke et du Centre intégré de santé et de services sociaux de Montérégie-Centre et professeur invité à la Faculty of Social Science & Public Policy du King's College à Londres.

### **Girard, Gabriel**

Gabriel Girard est chercheur postdoctoral à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Sociologue impliqué dans le milieu communautaire, ses travaux et interventions portent principalement sur la santé, les enjeux de genre et de sexualité, la prévention et la perception du risque dans le domaine du VIH/sida.

### **Guillette, Maxime**

Maxime Guillette est candidat à la maîtrise en travail social à l'Université de Sherbrooke.

### **Jacob, Joey**

Joey Jacob est sociologue, évaluateur et spécialiste en analyse de réseaux à l'unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

### **Kestens, Yan**

Yan Kestens est professeur associé au Département de médecine sociale et préventive à l'École de santé publique et chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il détient une chaire de recherche appliquée des Instituts de recherche du Canada sur les interventions urbaines et la santé des populations. À travers son programme de recherche, il développe des méthodes de collecte et d'analyse de données pour mieux comprendre les liens entre environnements urbains, profils de santé et inégalités sociales de santé.

### **Lachapelle, René**

René Lachapelle est postdoctorant en travail social à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire - Université du Québec en Outaouais. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre/CSSS de Pierre-De Saurel de 1985 à 2009 et président du Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en centres de santé et services sociaux de 2002 à 2006.

### **Leclerc, Bernard-Simon**

Bernard-Simon Leclerc est épidémiologiste, chercheur en évaluation et responsable de l'unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

### **Minn, Pierre**

Pierre Minn est professeur adjoint en anthropologie à l'Université de Montréal. Il est spécialiste de l'anthropologie médicale et de l'aide humanitaire à Haïti.

### **Moreau, Olivier**

Olivier Moreau est candidat à la maîtrise en travail social à l'Université de Sherbrooke.

### **Morin, Paul**

Paul Morin est professeur titulaire à l'École de travail social à l'Université de Sherbrooke, et directeur scientifique de l'Institut universitaire de première ligne de santé et de services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS. Ses travaux actuels portent sur le logement, l'action communautaire et la santé mentale.

### **Naud, Alexandre**

Alexandre Naud est étudiant au doctorat en cotutelle au Département de médecine sociale et préventive à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et à l'Université de Strasbourg. Ses travaux actuels portent sur les relations entre l'environnement bâti, les réseaux sociaux chez les aînés et le vieillissement en santé.

### **Rodríguez, Charo**

Charo Rodríguez est professeure agrégée au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Elle est aussi chercheuse-boursière senior du Fonds de recherche du Québec en santé (FRQS), ainsi que directrice du McGill Family Medicine Educational Research Group (FMER). Ses intérêts de recherche portent sur l'identité organisationnelle, la collaboration entre les organisations et l'éducation médicale en médecine familiale.

### **Touati, Nassera**

Nassera Touati est professeure agrégée à l'École nationale d'administration publique (Québec) et chercheuse associée au Centre de recherche et de partage des savoirs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle a dirigé de nombreux projets de recherche appliquée ou collaboré à ces projets, qui visaient notamment à mieux comprendre les enjeux liés à la transformation du système de soins.

### **White, Deena**

Deena White est sociologue, professeure à l'Université de Montréal et directrice scientifique du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal ainsi que du Partenariat ARIMA portant sur les réseaux sociosanitaires. Elle est spécialiste des politiques sociales vues sous l'angle de l'action des groupes de la société civile sur leur développement et leur mise en œuvre et sous l'angle de leur rôle dans la régulation des populations.



## COLLECTION

### PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur  
GUYLAINE RACINE – codirectrice

- Anorexie, boulimie et société**  
Penser des corps qui dérangent  
*Laurence Godin*  
2016, ISBN 978-2-7605-4568-7, 256 pages
- Vers une pharmaceuticalisation de la société ?**  
Le médicament comme objet social  
*Sous la direction de Johanne Collin et Pierre-Marie David*  
2016, ISBN 978-2-7605-4558-8, 294 pages
- Droits de vieillir et citoyenneté des aînés**  
Pour une perspective internationale  
*Sous la direction de Jean-Philippe Viriot Durandal, Emilie Raymond, Thibault Moulaert et Michèle Charpentier*  
2015, ISBN 978-2-7605-4340-9, 404 pages
- Regards croisés sur l'itinérance**  
*Sous la direction de Saïd Bergheul*  
2015, ISBN 978-2-7605-4318-8, 224 pages
- Les baby-boomers, une histoire de familles**  
Une comparaison Québec-France  
*Sous la direction de Catherine Bonvalet, Ignace Olazabal et Michel Oris*  
2015, ISBN 978-2-7605-4283-9, 310 pages
- Les rapports intergénérationnels dans la migration**  
De la transmission au changement social  
*Sous la direction de Michèle Vatz Laaroussi*  
2015, ISBN 978-2-7605-4292-1, 288 pages
- Maternité précoce, violence et résilience**  
Des jeunes mères témoignent  
*Sylvie Lévesque*  
2015, ISBN 978-2-7605-4220-4, 236 pages
- S'en sortir quand on vit dans la rue**  
Trajectoires de jeunes en quête de reconnaissance  
*Annamaria Colombo*  
2015, ISBN 978-2-7605-4192-4, 270 pages
- Penser les liens entre santé mentale et société**  
Les voies de la recherche en sciences sociales  
*Sous la direction de Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau*  
2014, ISBN 978-2-7605-4095-8, 364 pages
- Quand travailler enferme dans la pauvreté et la précarité**  
Travailleuses et travailleurs pauvres au Québec et dans le monde  
*Carole Yerochewski*  
2014, ISBN 978-2-7605-4049-1, 212 pages

- Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec 1930-2013**  
*Sous la direction de Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil*  
2014, ISBN 978-2-7605-4063-7, 236 pages
- Dans les tripes de la drogue et de la violence**  
Mieux comprendre ces jeunes  
*Marlène Falardeau*  
2014, ISBN 978-2-7605-4014-9, 258 pages
- Responsabilités et violences envers les femmes**  
*Sous la direction de Katja Smedslund et David Risse*  
2014, ISBN 978-2-7605-3984-6, 400 pages
- Pratiques innovantes de gestion dans les offices d'habitation**  
De la poignée de porte à la poignée de main  
*Paul Morin, Jeannette LeBlanc et Jean-François Vachon*  
2014, ISBN 978-2-7605-3975-4, 170 pages
- Les travailleurs pauvres**  
Précarisation du marché du travail, érosion des protections sociales et initiatives citoyennes  
*Sous la direction de Pierre-Joseph Ulysse, Frédéric Lesemann et Fernando J. Pires de Sousa*  
2014, ISBN 978-2-7605-3937-2, 298 pages
- Violence envers les femmes**  
Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation  
*Sous la direction de Maryse Rinfret-Raynor, Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau, Sonia Gauthier et Elizabeth Harper*  
2014, ISBN 978-2-7605-3914-3, 358 pages
- Le travail social et la nouvelle gestion publique**  
*Sous la direction de Céline Bellot, Maryse Bresson et Christian Jetté*  
2013, ISBN 978-2-7605-3902-0, 264 pages
- Le soutien aux familles d'enfants gravement malades**  
Regards sur des pratiques novatrices  
*Sous la direction de Manon Champagne, Suzanne Mongeau et Lyse Lussier*  
2013, ISBN 978-2-7605-3784-2, 238 pages
- Le travail social**  
Théories, méthodologies et pratiques  
*Sous la direction d'Elizabeth Harper et Henri Dorvil*  
2013, ISBN 978-2-7605-3103-1, 464 pages



### **La souffrance à l'épreuve de la pensée**

*Sous la direction de Nicolas Moreau  
et Katharine Larose-Hébert*

2013, ISBN 978-2-7605-3771-2, 238 pages

### **La gestion des risques en protection de l'enfance**

Logiques d'action et quête de sens

*Annie Lambert*

2013, ISBN 978-2-7605-3742-2, 272 pages

### **Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui**

Repenser la non-conformité

*Sous la direction de Marcelo Otero et Shirley Roy*

2013, ISBN 978-2-7605-3652-4, 412 pages

### **Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale**

*Sous la direction de Sonia Gauthier*

*et Lyse Montminy*

2012, ISBN 978-2-7605-3631-9, 314 pages

### **Entre itinérance et fin de vie**

Sociologie de la vie moindres

*Dahlia Namian*

2012, ISBN 978-2-7605-3515-2, 236 pages

### **Innover pour mobiliser**

L'actualité de l'expérience de Michel Blondin

*Michel Blondin, Yvan Comeau*

*et Ysabel Provencher*

2012, ISBN 978-2-7605-3498-7, 192 pages

### **Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux**

*Sous la direction de Simon Lapiere*

*et Dominique Damant*

2012, ISBN 978-2-7605-3495-7, 268 pages

### **Contre le décrochage scolaire par l'accompagnement éducatif**

Une étude sur la contribution des organismes communautaires

*Danielle Desmarais*

2012, ISBN 978-2-7605-3416-2, 216 pages

### **Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté**

Concepts, figures et pratiques

*Martin Goyette, Annie Pontbriand et Céline Bellot*

2011, ISBN 978-2-7605-3203-8, 344 pages

### **Minorités de langue officielle du Canada Égales devant la santé?**

*Louise Bouchard et Martin Desmeules*

2011, ISBN 978-2-7605-3197-0, 118 pages

### **Le mouvement de l'étre**

Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale

*Ellen Corin, Marie-Laurence Poirer*

*et Lourdes Rodriguez*

2011, ISBN 978-2-7605-3072-0, 218 pages

### **Arts martiaux, sports de combat et interventions psychosociales**

*Sous la direction de Jacques Hébert*

2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

### **Vieillir au pluriel**

Perspectives sociales

*Sous la direction de Michèle Charpentier, Nancy*

*Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie,*

*Amanda Grenier et Ignace Olazabal*

2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

### **Mais oui c'est un travail!**

Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation

*Colette Parent, Chris Bruckert, Patrice Corriveau,*

*Maria Nengeh Mensah et Louise Toupin*

2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

### **Adolescence et affiliation**

Les risques de devenir soi

*Sous la direction de Robert Letendre*

*et Denise Marchand*

2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

### **Le monde des AA**

Alcooliques, gamblers, narcomanes

*Ammon Jacob Suissa*

2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

### **Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans**

Voir ou ne pas voir mes parents?

*Louise Carignan, Jacques Moreau et Claire Malo*

2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

### **Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale**

Pourquoi et comment

faire évoluer les pratiques?

*Sous la direction de Jean-François Pelletier,*

*Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil*

2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

### **Mobilité, réseaux et résilience**

Le cas des familles immigrantes

et réfugiées au Québec

*Michèle Vatz Laaroussi*

2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

### **Proximités**

Lien, accompagnement et soin

*Sous la direction de Michèle Clément,*

*Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay*

2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

### **Visages multiples de la parentalité**

*Claudine Parent, Sylvie Drapeau,*

*Michèle Brousseau et Eve Pouliot*

2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages

### **Penser la vulnérabilité**

*Sous la direction de Vivianne Châtel et Shirley Roy*

2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

### **Violences faites aux femmes**

*Sous la direction de Suzanne Arcand, Dominique Damant, Sylvie Gravel et Elizabeth Harper*  
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

### **L'habitation comme vecteur de lien social**

*Sous la direction de Paul Morin et Evelyne Baillergeau*  
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

### **Vivre son enfance au sein d'une secte religieuse**

Comprendre pour mieux intervenir  
*Lorraine Derocher*  
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

### **L'itinérance en questions**

*Sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise*  
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

### **Solitude et sociétés contemporaines**

Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre  
*Marie-Chantal Doucet*  
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

### **Problèmes sociaux – Tome IV**

Théories et méthodologies de l'intervention sociale  
*Sous la direction de Henri Dorvil*  
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

### **Amour et sexualité chez l'adolescent – Fondements, Guide d'animation, Carnet de route**

Programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes  
*Hélène Manseau*  
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

### **Les transformations de l'intervention sociale**

Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?  
*Sous la direction de Evelyne Baillergeau et Céline Bellot*  
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages

### **Problèmes sociaux – Tome III**

Théories et méthodologies de la recherche  
*Sous la direction de Henri Dorvil*  
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

### **Lutte contre la pauvreté, territorialité et développement social intégré**

Le cas de Trois-Rivières  
*Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann*  
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

### **Pas de retraite pour l'engagement citoyen**

*Sous la direction de Michèle Charpentier et Anne Quéniart*  
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

### **Enfants à protéger – Parents à aider**

Des univers à rapprocher  
*Sous la direction de Claire Chamberland, Sophie Léveillé et Nico Trocmé*  
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

### **Le médicament au cœur de la socialité contemporaine**

Regards croisés sur un objet complexe  
*Sous la direction de Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais*  
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

### **Le projet Solidarité Jeunesse**

Dynamiques partenariales et insertion des jeunes en difficulté  
*Martin Goyette, Céline Bellot et Jean Panet-Raymond*  
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

### **La pratique de l'intervention de groupe**

Perceptions, stratégies et enjeux  
*Ginette Berteau*  
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

### **Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté**

Changer de perspective  
*Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois, Yves Landry et al.*  
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

### **L'intervention sociale en cas de catastrophe**

*Sous la direction de Danielle Maltais et Marie-Andrée Rheault*  
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

### **Trajectoires de déviance juvénile**

*Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau*  
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

### **Revenu minimum garanti**

*Lionel-Henri Groulx*  
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

### **Amour, violence et adolescence**

*Mylène Fernet*  
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

### **Réclusion et Internet**

*Jean-François Pelletier*  
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

### **Au-delà du système pénal**

L'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés  
*Sous la direction de Jean Poupart*  
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages



**L'imaginaire urbain et les jeunes**

La ville comme espace d'expériences  
identitaires et créatrices

*Sous la direction de Pierre-W. Boudreault  
et Michel Parazelli*

2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

**Parents d'ailleurs, enfants d'ici**

Dynamique d'adaptation du rôle parental  
chez les immigrants

*Louise Bérubé*

2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

**Citoyenneté et pauvreté**

Politiques, pratiques et stratégies d'insertion  
en emploi et de lutte contre la pauvreté

*Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann*

2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social  
et action communautaire**

*Henri Lamoureux*

2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

**Travailler dans le communautaire**

*Jean-Pierre Deslauriers,*

*avec la collaboration de Renaud Paquet*

2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

**Violence parentale et violence conjugale**

Des réalités plurielles, multidimensionnelles  
et interreliées

*Claire Chamberland*

2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

**Le virage ambulatoire: défis et enjeux**

*Sous la direction de Guilhème Pérodeau*

*et Denyse Côté*

2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

**Priver ou privatiser la vieillesse?**

Entre le domicile à tout prix  
et le placement à aucun prix

*Michèle Charpentier*

2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention  
du suicide chez les jeunes**

*Marlène Falardeau*

2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

**La rue attractive**

Parcours et pratiques identitaires  
des jeunes de la rue

*Michel Parazelli*

2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

**Le jardin d'ombres**

La poétique et la politique  
de la rééducation sociale

*Michel Desjardins*

2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

**Problèmes sociaux – Tome II**

Études de cas et interventions sociales

*Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer*

2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

**Problèmes sociaux – Tome I**

Théories et méthodologies

*Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer*

2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages









COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX  
ET INTERVENTIONS SOCIALES

HENRI DORVIL – directeur  
GUYLAINE RACINE – codirectrice

DE NOS JOURS, LA NOTION DE RÉSEAU OCCUPE UNE PLACE CRUCIALE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS et dans les recherches sociales en santé. Il s'agit à la fois d'un mode d'organisation de services sanitaires et communautaires, d'une méthode d'investigation de ces services et d'une théorie plus générale d'appréhension du monde social.

Le présent ouvrage fournit des exemples pratiques de la manière dont la notion de réseau est mobilisée, au Québec, pour mieux comprendre les processus à l'œuvre dans le domaine de la santé. Pour ce faire, il rassemble des auteurs d'horizons disciplinaires variés. Sociologues, psychologues, anthropologues, chercheurs en travail social, en administration publique, spécialistes en évaluation de programme y présentent leur usage spécifique du concept de réseau comme méthode de recherche, inspiration théorique ou objet d'étude.

L'ensemble de ces contributions offre ainsi le premier ouvrage francophone en la matière. Il sera utile aussi bien aux étudiants cherchant à se familiariser avec « l'approche réseau » qu'aux chercheurs plus expérimentés souhaitant se renseigner sur les recherches contemporaines dans ce domaine, aux professionnels de la santé, du travail social et du communautaire à l'affût de pistes d'innovations sociales, ainsi qu'aux citoyens s'interrogeant sur le monde de la santé aujourd'hui.

**Baptiste Brossard** est sociologue, professeur adjoint à la Australian National University. Il a consacré sa thèse de doctorat aux pratiques d'automutilation parmi les adolescents et jeunes adultes. Puis, en tant que postdoctorant au Centre de recherche et de partage des savoirs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à l'Université de Montréal, il s'est intéressé au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, notamment en centre d'hébergement.

**Deena White** est sociologue, professeure à l'Université de Montréal et directrice scientifique du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal ainsi que du Partenariat ARIMA, portant sur les réseaux sociosanitaires. Elle est spécialiste des politiques sociales vues sous l'angle de l'action des groupes de la société civile sur leur développement et leur mise en œuvre et sous l'angle de leur rôle dans la régulation des populations.

#### Ont collaboré à cet ouvrage

François Aubry, Louise Belzile, Baptiste Brossard, Michael Cantinotti, Jean-Louis Denis, Gabriel Girard, Maxime Guillette, Joey Jacob, Yan Kestens, René Lachapelle, Bernard-Simon Leclerc, Pierre Minn, Olivier Moreau, Paul Morin, Alexandre Naud, Charo Rodríguez, Nassera Touati, Deena White

PUQ.CA



ISBN 978-2-7605-4550-2