

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée à partir de données collectées dans le cadre d'une recherche-action portant sur l'insécurité alimentaire et le développement social collaboratif réalisée entre 2013 et 2015 sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield. La recherche a été réalisée en étroite collaboration avec un comité local de pilotage constitué d'intervenants, de gestionnaires et de chercheurs universitaires attachés à de nombreux organismes, dont le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, le Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry, la Corporation de développement communautaire (CDC) de Beauharnois-Salaberry, le Service alimentaire communautaire (SAC) de Valleyfield, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

La recherche a été financée par le programme de soutien à la recherche partenariale ARIMA, lui-même subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Elle a également bénéficié d'un don en cartes-cadeaux du supermarché Maxi Dufferin à Salaberry-de-Valleyfield à l'intention des usagers du SAC de Valleyfield qui ont participé aux entrevues.

Les auteurs souhaitent remercier vivement les usagers du SAC de Salaberry-de-Valleyfield ainsi que les intervenants et les gestionnaires qui ont accepté de répondre à leurs questions et qui ont contribué par le fait même à l'avancement des connaissances dans le champ investi. Ils remercient également Aurélie Hot, Joey Jacob et Sabrina Lessard pour leur disponibilité et leur soutien professionnel tout au long de ce travail, Chantal Geneau pour sa participation au comité local de pilotage ainsi que Gilles Beauchamp, Suzanne Deshaies et Maryse Rivard pour leur accompagnement auprès des membres du comité local de la région du Suroît.

AVANT-PROPOS

La démarche participative et évaluative entre les chercheurs du milieu universitaire et les acteurs des milieux de pratique est au cœur du programme de recherche ARIMA et du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions. Cette démarche met l'accent sur les dynamiques relationnelles dans les réseaux d'intervention et la gouvernance intersectorielle en matière de services sociaux. Elle s'insère dans un programme de recherche, d'actions et de coconstruction des connaissances entre chercheurs et acteurs des milieux et vise à enrichir la compréhension des thématiques de recherche du programme ARIMA. Ce faisant, les liens entre les pratiques d'utilisation des services et l'organisation des réseaux de services sont examinés par le biais du réseau d'aide alimentaire de Salaberry-de-Valleyfield. Cette initiative permet d'inscrire l'aide alimentaire dans un processus global d'insertion sociale des personnes en situation de pauvreté associé à une prise en charge locale des problèmes de santé et de bien-être.

L'étude concerne plus précisément le développement et le maintien d'une prestation de services communautaires et institutionnels dans un contexte de responsabilité populationnelle, de recrudescence des demandes d'aide alimentaire et de rareté des ressources humaines et financières. Elle ambitionne de fournir des pistes de réflexion aux acteurs locaux leur permettant d'interroger leurs pratiques de collaboration en ce qui concerne le soutien et l'accompagnement des personnes utilisatrices de leurs services.

Dans le même ordre d'idées, le Comité de développement social de la municipalité régionale de comté (MRC) de Beauharnois-Salaberry adhère à une politique de développement social qui oriente les missions et les actions des organismes du territoire. Elle vise à guider l'action collective dans le but d'améliorer les conditions de vie des citoyens. Ainsi, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield et la Corporation de développement communautaire (CDC) de Beauharnois-Salaberry ont identifié des pistes d'actions, telles que les saines habitudes de vie et la sécurité alimentaire.

Notre recherche cherche globalement à répondre à la question suivante : Par quelles dynamiques se configurent les processus de relations interprofessionnelles et de gouvernance intersectorielle d'un réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire? Rappelons les cinq objectifs de la recherche, chacun constituant le thème d'un rapport thématique :

1. Documenter l'expérience de recherche d'aide et les besoins rapportés des usagers d'un service d'aide alimentaire ainsi que les besoins normés, c'est-à-dire les besoins définis par les professionnels des services (rapport 2) ;
2. Déterminer l'offre de services et le fonctionnement des différents organismes ainsi que les facteurs qui les conditionnent (rapport 3) ;
3. Examiner les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes et identifier les facteurs pouvant contribuer à l'engagement des acteurs (rapport 4) ;
4. Évaluer les dimensions de l'intégration des services dans le réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire (rapport 5) ;
5. Préciser la façon dont les organismes communautaires et institutionnels de protection sociale et de sécurité alimentaire pourraient s'inscrire dans un véritable processus de concertation intersectorielle et de développement local pour répondre aux besoins des clientèles desservies (rapport 6).

La démarche de la recherche ainsi que le contexte de l'étude, les cadres théorique et méthodologique et les outils adoptés sont documentés dans un rapport distinct (rapport 1).

Table des matières

1	Introduction	1
2	Santé et développement des communautés	1
2.1	Mise en contexte de l’ancrage politique de la concertation	1
2.2	Acteurs de la communauté et territoire d’action	4
2.3	Formes de concertation	5
3	Méthode d’analyse du système organisationnel	5
4	Résultats	6
4.1	Entre le <i>je</i> et le <i>nous</i> dans le réseau local de services	6
4.1.1	Expertise professionnelle	6
4.1.2	Se concerter, lier une entente et collaborer	7
4.1.3	(In)Sensibilisation de l’autre	8
4.1.4	Visions des pratiques	9
4.2	Au fil du temps...	9
5	Discussion des résultats	10
5.1	Divergence des systèmes de référence	12
5.2	Développement social et développement de la communauté	12
5.3	Autonomie et interdépendance des organismes	13
5.4	Terminologie des référentiels d’action	14
5.5	(Inter)Reconnaissance des identités et des expertises	15
5.5.1	Identité organisationnelle	15
5.5.2	Légitimité de l’expertise	16
5.6	Construction d’une identité collective	16
5.6.1	Territoire vécu et territoire administratif	16
5.6.2	De la concertation thématique à la concertation territoriale	17
6	Conclusion	17
	Références	19

1 Introduction

Le ralentissement économique des années 1980 a mis à mal les principes d'universalité relatifs à l'accès aux soins de santé. Cependant, le contexte de resserrement des politiques publiques de développement social a favorisé l'émergence de la concertation intersectorielle et du partenariat. Deux types de développement s'inscrivent dans ce cadre politique. Nous distinguons le développement socioéconomique, qui se réalise en fonction des structures politiques et économiques, et le développement sociosanitaire, qui résulte de la prise de conscience des acteurs de la santé et des services sociaux sur les enjeux de prévention des maladies et de promotion des saines habitudes de vie. Ce dernier incite les acteurs locaux à collaborer au développement de leur territoire par des processus de concertation et des logiques de partenariat. Ainsi, le développement des communautés s'inscrit dans le prolongement de la logique du développement social. Le mouvement communautaire, en privilégiant la concertation intersectorielle entre différents acteurs d'une communauté [7], semble avoir largement participé au développement social.

Longtemps privilégiée par le système de santé, l'approche organisationnelle a laissé place à la responsabilité populationnelle au début des années 2000. La légitimation des actions axées sur la santé offre un nouvel élan au développement des communautés. Ainsi, l'introduction de la responsabilité populationnelle, dont le mandat incombe aux instances locales du réseau de la santé et des services sociaux [58], invite à repenser les priorités des territoires en ce qui concerne la santé, le bien-être, les besoins exprimés ou non exprimés de la population, l'intégration des services et l'interdisciplinarité [27]. Sa mise en œuvre force les acteurs à se concerter et à travailler collectivement afin d'offrir un continuum de soins et de services sociaux.

Le présent rapport thématique, quatrième de la série, a pour objet les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle entre les acteurs institutionnels et communautaires des organismes de Salaberry-de-Valleyfield. Nous mettrons également en relief les facteurs susceptibles de contribuer à l'engagement des acteurs dans l'action collective. Ce rapport fait partie d'une série de six rapports thématiques dédiée à la diffusion des résultats de la recherche portant sur l'action intersectorielle des partenaires communautaires et institutionnels collaborant avec le Service alimentaire communautaire (SAC) de Salaberry-de-Valleyfield.

Une question spécifique oriente notre réflexion : En quoi la concertation est-elle devenue indispensable à la communauté et quel sens lui accordent les acteurs dans un contexte où la responsabilité populationnelle doit être opérationnalisée ? Pour y répondre, nous examinerons les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes et identifierons les facteurs pouvant contribuer à l'engagement des acteurs. Afin d'analyser la relation entre acteurs et organisations, nous ferons principalement appel à la sociologie de l'expérience. La sociologie de l'expérience fait référence à la réalité sociale telle qu'elle est construite par les acteurs [17].

Dans le cadre de cette recherche, l'expérience est discutée à la lumière des différentes formes d'intégration dans le système de santé et de services sociaux, et notamment des adaptations nécessaires au passage à un modèle intégré de services [15] [33]. Nous introduirons dans un premier temps les principes clés du développement des communautés, qui font partie de la responsabilité populationnelle. Par la suite, nous exposerons la méthodologie et les résultats obtenus, puis nous terminerons par une discussion.

Autrement dit, le présent rapport thématique présente les résultats de la recherche en lien avec le troisième objectif : *Examiner les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes et identifier les facteurs pouvant contribuer à l'engagement des acteurs.*

2 Santé et développement des communautés

En premier lieu, nous mettrons en perspective les liens entre le développement social, le développement des communautés et la responsabilité populationnelle. Nous aborderons également la relation entre les acteurs du réseau de protection sociale et de sécurité alimentaire ainsi que la notion de concertation.

2.1 Mise en contexte de l'ancrage politique de la concertation

L'avènement des politiques publiques de développement social au début des années 1970 a imposé un nouveau mode de gouvernance. Celui-ci est basé sur des valeurs d'universalité d'accès aux soins et de centralisation des services publics implantés dans les milieux.

Les premiers acteurs institutionnels, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et leurs organisateurs

communautaires, avaient pour mission de mettre en place des « ressources communautaires par catégorie de population ou par clientèle en conjonction avec une demande en provenance de ces groupes pour trouver des réponses collectives à des besoins non comblés par les services publics » (p. 23) [7].

Le mouvement communautaire a largement participé au développement social. C'est dans ce contexte que sont apparus, 10 ans plus tard avec le resserrement des politiques sociales, la concertation intersectorielle et les partenariats.

Morel [46] définit le développement social comme :

« un ensemble de moyens pris par la société pour permettre aux personnes de s'épanouir pleinement, de pouvoir participer à la vie sociale et de pouvoir disposer des droits sociaux inscrits dans les chartes québécoise et canadienne des droits et libertés de la personne. Dans cette perspective, les moyens à privilégier dans une approche de développement social doivent viser à rejoindre tout autant les personnes (le renforcement du potentiel des personnes et l'exercice de la citoyenneté), les collectivités locales (le développement local, le renforcement des solidarités locales et des lieux de démocratie), que l'ensemble des acteurs sociaux à travers des pratiques favorisant la concertation (dans les constats, dans les décisions et dans l'action), la recherche continue de l'équité, la solidarité sociale, l'intersectorialité, une ouverture pour l'innovation, de même que des préoccupations pour un développement durable » (p. 339, cité dans [7]).

À la suite d'échanges sur l'action intersectorielle, la Charte d'Ottawa [64] a établi les lignes directrices de l'action communautaire dans une perspective de « Santé pour tous ». Dès lors, la santé publique s'est appropriée le concept de développement social et l'a transposé au développement des communautés [49] afin de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Bourque [7] rappelle l'instauration de la Politique de la santé et du bien-être [47] ainsi que la mise en place des Priorités nationales de santé publique dans les années 1990 [48]. Selon l'auteur, il s'agit d'une prise de conscience par les acteurs de la santé publique selon laquelle la promotion de la santé et la prévention des maladies ne peut s'effectuer qu'en collaboration avec les communautés.

Plus particulièrement, l'organisation communautaire a favorisé la concertation intersectorielle entre les acteurs d'une communauté [7]. Le développement des communautés semble s'inscrire dans le prolongement de la logique du développement social. Le premier développement social est sociosanitaire, il concerne la communauté, le territoire, la concertation et le partenariat. Le second est socioéconomique et s'intéresse principalement aux questions économiques et aux structures politiques. Les deux types de développement appellent les acteurs locaux à participer au développement de leur territoire. Bourque [7] estime que :

« s'il ne peut y avoir de développement des communautés sans développement social, le développement social ne conduit pas forcément au développement des communautés qui repose sur la capacité d'une communauté locale d'agir sur sa réalité et de prendre en charge son développement [...]. Le développement des communautés cherche à agir, entre autres, sur l'état de santé et de bien-être des populations. Mais, il s'agit d'un indicateur de santé en lui-même par la participation des communautés. La santé est en fait le corolaire du développement des communautés et de la participation sociale » (p. 44-45).

L'auteur propose également une définition succincte du développement des communautés, soit une « forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie » (p. 42). Les interventions communautaires sont alors orientées en fonction d'enjeux sociaux tels que l'itinérance, l'employabilité ou la sécurité alimentaire. De fait, la concertation demeure un moyen collectif destiné à surmonter la complexité des problèmes de santé et de bien-être des communautés. De plus, les corporations de développement communautaire (CDC) et les acteurs présents sur les tables de concertation travaillent de pair avec les organisateurs communautaires.

La CDC de Beauharnois-Salaberry et la Ville de Salaberry-de-Valleyfield sont au cœur du développement. Leur mission consiste à représenter et à regrouper les acteurs communautaires et à favoriser leur participation dans le but d'assurer le développement socioéconomique du territoire.

Adoptée en 2013, la politique de développement social est axée sur une approche territoriale :

« La Ville de Salaberry-de-Valleyfield articule sa Politique de développement social dans une perspective de concertation qui met en valeur les besoins de la communauté. Ce faisant, elle entend contribuer à stimuler la collaboration des instances et à construire une meilleure cohésion en matière de développement so-

cial. Cette approche permet une meilleure synergie entre le développement économique, le développement culturel et le développement économique, culturel et social » [34].

Soulignons que l'aspect sociosanitaire est absent dans la formulation de la mission de la CDC et dans la politique de développement du milieu, et ce, bien que le début des années 2000 ait été marqué par la loi 25 [25] qui instaurait le principe de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des soins pour la population. En effet, la loi 83 [26] a défini le cadre de l'action en soins et en services de santé, en reprenant l'expression la « Santé pour tous » [64]. Cette législation a mis de l'avant l'approche populationnelle afin de légitimer les actions liées à la santé pour le développement des communautés et se substituer à l'approche organisationnelle. Cette nouvelle vision a permis de repenser la santé et le bien-être des communautés sur les différents territoires. Dès lors, elle intègre les besoins exprimés ou non exprimés de la population et les principes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Elle promeut également l'intégration, l'interdisciplinarité ainsi que l'identification collective des actions sur les déterminants de la santé à entreprendre [27].

C'est dans ce cadre que nous aborderons la responsabilité populationnelle, dont le mandat incombe au réseau de la santé [58]. Ce mandat poursuit trois objectifs [6] [58] :

1. Améliorer la santé par une offre globale de services, incluant une action sur les déterminants de la santé afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé dans la population ;
2. Améliorer l'expérience personnelle de prise en charge des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires dans lesquels les personnes participent activement ;
3. Améliorer l'utilisation des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles disponibles en soutenant la prestation de services, en éliminant le gaspillage et en maîtrisant les coûts.

À cela s'ajoutent des conditions fondamentales à mobiliser dans les milieux, à savoir : 1) la responsabilisation des acteurs d'un territoire vis-à-vis de sa population ; 2) la prestation des soins de santé et des services sociaux pour l'ensemble de cette population ; et 3) la mise en place d'instances locales appelées *centres de santé et de services sociaux* (CISSS) faisant autorité sur leur réseau local de services de santé et de services sociaux. La mission des CISSS est de coordonner, d'animer et de mobiliser les acteurs locaux dans le but de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population en arrimant les programmes de santé publique aux réalités singulières de leur territoire locaux. Depuis, des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ont été créés par la fusion des CSSS et ont hérité de la responsabilité des CSSS sur leurs différents territoires locaux [26] [27].

Dans un contexte de légitimation de la responsabilité populationnelle, les différents acteurs locaux ont l'obligation de se concerter et de faire équipe afin d'assurer l'intégration et la continuité des soins et des services de santé. Par exemple, la sécurité alimentaire est une priorité d'action sur bien des territoires et nécessite que les acteurs locaux allient collaboration et concertation dans leur manière de remplir leur mandat. Dans le CISSS du Suroît (appellation existante au moment de la réalisation du projet), un des cinq axes de la planification stratégique 2010-2013 est consacré au partenariat. La mission du CISSS du Suroît consiste à agir au titre de :

« dispensateur de services de première ligne et de services spécialisés, le CISSS du Suroît a la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible une gamme de services de santé et services sociaux. Il offre en plus des services spécialisés à la population voisine de la Montérégie-Ouest. De concert avec ses partenaires du réseau local de services, le CISSS du Suroît s'assure de l'organisation, de la coordination et de la prestation des services, afin de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau et leur accès à des services continus, sécuritaires et de qualité dans une perspective de prévention, de traitement et de soutien » [13].

En résumé, l'intervention en réseau semble contraindre les acteurs locaux participant aux programmes issus des politiques sociales à la collaboration et à la concertation. De plus, l'appropriation du développement social par la santé publique a renforcé l'aspect sociosanitaire du développement des communautés par la légitimation de la responsabilité populationnelle par les CSSS. Dorénavant, l'action collective conjugue les approches médicale et populationnelle. Les projets cliniques devant être mis en place par les établissements illustrent ce propos. Soulignons que les concepts de collaboration, de concertation, de partenariat et d'intersectorialité figuraient déjà dans les politiques d'action collective précédentes.

2.2 Acteurs de la communauté et territoire d'action

Pour Caillouette et ses collaborateurs [9], le développement des communautés implique de prendre en considération le « vécu » des acteurs du terrain ou, plus spécifiquement, des appartenances par lesquelles « un territoire se sent exister comme communauté, comme acteur collectif » (p. 14-15) [9]. Selon les auteurs, la construction de la territorialité renvoie à la territorialisation de l'action qui représente dès lors « un processus de construction plurielle d'un territoire vécu [...], une conscience d'identité locale » (p. 14-15) [9]. Autrement dit, l'action collective est tributaire de l'appartenance des acteurs de la société civile et des citoyens et de l'ancrage territorial, mais également du sens qu'ils attribuent à leur communauté définie sous la forme de territoire administratif. Dans ce rapport, *société civile* fait référence à tous les acteurs organisationnels non étatiques ; l'accent est mis sur les organismes communautaires.

L'équipe de Caillouette [9] se base sur les processus de *sociation* et de *communalisation* de Max Weber [62], à savoir deux processus de mise en lien : « la sociation renvoie à une activité sociale se fondant sur un compromis d'intérêts motivés rationnellement, tandis que la communalisation renvoie à une activité sociale se fondant sur le sentiment subjectif (traditionnel ou affectif) d'appartenir à une même communauté » (p. 11) (traduction libre). Selon ce modèle, le développement des communautés est étroitement lié au processus de communalisation dans lequel les acteurs locaux et les citoyens – les acteurs locaux pouvant également être des citoyens – coconstruisent une identité locale renvoyant à un territoire qui leur est significatif.

Ainsi, le développement d'une communauté fait référence aux mécanismes d'adaptation continue des ressources et des services aux individus, mais plus encore, à l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un territoire de nature administrative qui s'apparente à un « processus de construction identitaire de l'acteur collectif » (p. 13) [9]. Le sentiment d'appartenance engendre la communauté et génère le pouvoir d'action ainsi que l'initiation de projets, par et pour la communauté. L'émergence de la communauté sur un territoire significatif passe par l'action locale et la concertation intersectorielle [5].

Dans ce contexte, les acteurs des services en santé et services sociaux ont vu leurs relations se multiplier et se diversifier entre les secteurs institutionnel (CSSS, anciennement les CLSC, communautaire et privé. Le passage des CLSC aux CSSS et aux CISSS n'a fait qu'agrandir les territoires, regroupant par le fait même plus d'acteurs sociaux et de citoyens souvent très hétérogènes sur le plan des intérêts, des ressources et des représentations. De manière générale, les organismes communautaires « démontrent un enracinement dans la communauté, entretiennent une vie associative et démocratique et sont libres de déterminer leur mission, leurs orientations ainsi que leurs approches et leurs pratiques » [7]. Il s'agit d'un « mouvement citoyen qui s'intéresse tout particulièrement aux conditions de vie et à la qualité des services collectifs et qui demande à être consulté et à avoir plus de prise par rapport aux décisions des pouvoirs en place » (p.15) [24]. Plus spécifiquement, les organismes communautaires, dits *autonomes*, rejoignent la politique sur l'action communautaire en fonction de certains critères spécifiques : 1) être initiés par le milieu ; 2) avoir une mission sociale ; 3) inclure les citoyens ; 4) avoir une approche globale sur les problématiques ciblées ; et 5) avoir un conseil d'administration qui ne fait pas partie du réseau public [7] [24].

À Salaberry-de-Valleyfield, le paysage organisationnel est très diversifié. Les MRC de Beauharnois-Salaberry et du Haut-Saint-Laurent comptent environ 360 organismes communautaires et établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrant des services tels que des clubs de service, de l'assistance aux groupes communautaires, des services communautaires et de santé et services sociaux [11]. Aussi, environ 20 organismes bénéficient régulièrement des services de Moisson Sud-Ouest, dont deux œuvrant spécifiquement dans l'aide alimentaire, à savoir le Café des Deux Pains de Valleyfield et le SAC. Le Café des Deux Pains offre d'une part des services aux usagers : accueil, évaluation, services et/ou références, salle à manger, sacs repas, ateliers d'éducation populaire, diffusion d'information, activités sociales et, d'autre part, des services à la communauté : insertion sociale, insertion au travail, intégration de stagiaires, bénévolat pour étudiants, bulletins d'information, concertation et représentation, bénévolat, cueillette de denrées, prêt de salles [9]. Le SAC offre des services tels que des entrevues individuelles d'intervention et une évaluation de la situation avec chaque personne, un suivi auprès des usagers, des références vers d'autres organismes ou services, une représentation dans la communauté et des cuisines éducatives [3]. Il existe une pluralité de types de regroupements tels que : le centre d'action bénévole, la corporation de développement communautaire, le forum jeunesse, le Réseau Actif dans nos Quartiers (PRAQ) et de multiples tables de concertation (aînés, périnatalité, jeunesse, personnes handicapées, violence conjugale et sexuelle faite aux femmes et aux enfants). Enfin, le milieu institutionnel compte un hôpital, un centre d'hébergement, un CLSC, deux cliniques externes en santé mentale (jeunes et adultes) et un centre de jour en santé mentale. Par ailleurs, le CSSS du Suroît [13] regroupe quatre directions de réseaux locaux de services : 1) le réseau famille, services généraux, développement des communautés ; 2) le réseau santé physique ; 3) le réseau personnes en perte d'autonomie ; et 4) le réseau en santé mentale.

En présence d'une pluralité d'acteurs locaux, il est possible d'entrevoir toute la complexité de l'action collective entourant le mandat associé à la responsabilité populationnelle destiné à renforcer le développement de la communauté sur une partie du territoire du Suroît, soit la ville de Salaberry-de-Valleyfield.

2.3 Formes de concertation

La concertation se caractérise principalement par l'échange d'informations, les références interorganisationnelles et la mise en réseau des intervenants [7]. La concertation fait référence à la réalisation de projets collectifs dans un esprit de partenariat. Sur ce point, Bourque [7] distingue deux formes de concertation, à savoir la concertation thématique et la concertation territoriale.

La concertation thématique est plutôt procédurale. À titre d'exemple, un promoteur en sécurité alimentaire développe un programme. Dans ce cas, une procédure implique que les acteurs concernés suivent un modèle, déterminé par le promoteur, qui est chargé d'encadrer les actions. À l'opposé de la forme procédurale que peut prendre la concertation se trouve un processus qui implique l'engagement d'acteurs locaux dans une coconstruction des priorités et des modalités d'actions collectives. Ainsi, cette forme de concertation plutôt territoriale est soumise aux secteurs d'activités du territoire, aux paliers de décision, aux catégories de logiques et aux sphères relationnelles. Les intérêts des partenaires sont souvent très différents et leurs ressources très inégales. La concertation territoriale force l'organisation de l'action collective. Ainsi, la mise en place d'un comité de pilotage facilite à la fois la prise de parole et de décision concernant les actions novatrices à mettre en place sur leur territoire.

Enfin, les acteurs appelés à animer une concertation, généralement des organisateurs communautaires, doivent avoir une vue d'ensemble de la dynamique du milieu, principalement associée à l'historique, à la simultanéité des problématiques, aux relations intersectorielles et aux paliers décisionnels. Le savoir-faire des animateurs est fortement sollicité afin de rassembler les acteurs locaux et les citoyens. Leur rôle est de traduire les intérêts de chacun à dessein d'œuvrer collectivement vers un but commun. Un animateur efficace amènera les divers acteurs à respecter les faiblesses et les forces de chacun et à développer un esprit de coopération pour le bien-être de la communauté.

3 Méthode d'analyse du système organisationnel

Le cadre d'analyse utilisé dans ce rapport est inspiré de la sociologie de l'expérience [17]. La sociologie de l'expérience s'intéresse à la réalité sociale telle qu'elle est construite par les acteurs. Les processus sociaux collectifs d'intérêt pour notre étude sont la concertation intersectorielle et les formes de collaboration. Les différentes formes de l'intégration dans le système de santé et de services sociaux ont pour objectif d'institutionnaliser les relations de coopération entre acteurs interdépendants dans le réseau. Ainsi, bien que le modèle intégré de services apparaisse pour plusieurs comme la solution aux objectifs de cohérence des actions, ce modèle appelle tout de même une série d'adaptations [15] [33] et invite à concevoir son mode de fonctionnement à la lumière des réseaux existants et spontanés. De plus en plus de chercheurs suggèrent ainsi un retour aux conceptions permettant de contextualiser, de structurer et d'analyser les contenus des réseaux de relations évoluant à différents échelons de divers systèmes organisationnels [21]. Selon Dubet [17], dès que le système social cesse d'être parfaitement cohérent, programmé et mécanique, « il appartient aux acteurs d'agir, de réagir, parfois d'inventer des réponses » (p. 44-45) [17]. Le défi que pose alors la gouvernance n'est pas tant d'introduire un modèle organisationnel mécanique que de mettre au point des processus d'intégration entre de multiples réseaux ayant des expériences divergentes dans le système. Alors que les approches standards cherchent à définir les actions à prendre à partir de l'extérieur, la sociologie de l'expérience nous propose, plutôt que d'« inférer le sens d'une action du contexte où elle se forme, [...] de définir ce contexte à partir de la manière dont les acteurs le mobilisent » (p. 45) [17].

L'analyse des entrevues qui est présentée dans ce rapport a permis de faire ressortir des éléments relatifs à la collaboration, l'expertise, la coopération, la concertation, les différentes visions et les transformations des réseaux. Les transcriptions d'entrevues ont été soumises à une analyse qualitative de contenu de type *analyse thématique* [61] [51]. L'analyse verticale du contenu d'une entrevue consistait à analyser le matériau, à repérer les segments d'entretien porteur d'idées significatives et à les classer dans des catégories génériques préétablies de l'action en réseau.

4 Résultats

Les résultats de l'étude : 1) exposent le portrait des pratiques de collaboration et de concertation entre les acteurs institutionnels et communautaires ; et 2) identifient les facteurs agissant sur l'engagement des acteurs dans la participation collective d'organismes en lien avec un service d'aide alimentaire à Salaberry-de-Valleyfield. Dans cette section, nous mettrons en lumière ces pratiques et leurs transformations à l'aide d'une analyse thématique et d'une mise en récit des résultats obtenus.

4.1 Entre le *je* et le *nous* dans le réseau local de services

Les entrevues réalisées avec les professionnels et les représentants d'organisme ont permis de recenser les pratiques de collaboration intersectorielle et interorganisationnelle, mais aussi leurs transformations. Nous avons principalement exploré les questions portant sur l'expérience de collaboration. Les thématiques dominantes portent sur l'expertise professionnelle, le travail en réseau, la sensibilisation de l'autre et la vision des pratiques.

4.1.1 Expertise professionnelle

La grande majorité des acteurs reconnaissent que le territoire compte des usagers vivant des problèmes multiples. Ainsi, les actions posées résultent principalement de l'expertise des intervenants d'un organisme. Une expertise déficiente dans une organisation ou une absence de spécialiste à proximité incite les acteurs locaux à référer les usagers à d'autres organismes du réseau local de services (RLS) ou à un autre RLS, en l'occurrence un de la métropole. Cependant, la référence d'usagers est moins pratiquée dans les équipes multidisciplinaires.

Dans le même ordre d'idées, les acteurs locaux ont déployé des stratégies visant à pallier le manque d'expertise disponible. La principale stratégie consiste à outiller les intervenants et les gestionnaires en les formant ou en leur fournissant une supervision clinique. C'est sans compter sur le fait que plusieurs professionnels ont mentionné avoir développé une expertise « du terrain, sur le terrain ». Autrement dit, occuper un emploi avec un certain profil d'usagers permet de développer une expertise propre aux usagers qui fréquentent l'organisme. La dernière stratégie relève du « transfert de compétences », ce qui signifie que les intervenants expérimentés transmettent leurs savoirs aux nouveaux venus. Pour ce professionnel, l'ancienneté sur le territoire est un réel atout :

« Notre personnel est assez expérimenté. Évidemment, la fonction publique vieillit. Elle a donc beaucoup d'expertise avec la clientèle et elle connaît ses problématiques. Beaucoup de gens ici [...] sont originaires de Valleyfield. Ils connaissent donc la ville, les ressources, ce qui se passe. C'est un gros avantage pour la clientèle. » (SOG7)

En réalité, l'expertise d'un organisme est essentiellement associée à ses sources de financement. À ce sujet, les réactions sont diverses et les actions à mettre en place représentent des sources d'inquiétude pour les gestionnaires. Nous avons, en effet, relevé une dynamique de mise en réseau basée sur des stratégies opposées visant soit à accroître les relations avec des partenaires soit, au contraire, à se retirer du réseau. À titre d'exemple, certains organismes sont mobilisés dans la recherche active de partenaires et de sources de financement tandis que d'autres cessent les activités de sensibilisation dans le but de réduire la sollicitation. Plus encore, certains organismes mettent en place des stratégies de retrait du réseau, comme le souligne cet extrait :

« Répondre à des besoins de nature sociale, c'est au-dessus de notre chapeau. Personne n'y répond et c'est rendu que c'est un réflexe. Si tu ne veux pas avoir affaire à ces problèmes-là, n'y réponds pas, dis que tu ne le fais pas. » (SOG2)

Par ailleurs, l'absence de certains services amène les gestionnaires à hésiter entre former leurs intervenants ou se limiter à leur expertise et à leur mission de base. La plupart des représentants d'organisme ont dit avoir abandonné l'idée d'ajouter des services susceptibles de répondre à des besoins encore insuffisamment comblés par le réseau :

« Il a des besoins qu'on ne peut pas compenser. Ce serait trop coûteux d'offrir un service alimentaire, et puis, ce n'est pas mon mandat. Je sais où est ma place. Je ne suis pas dans l'aide alimentaire. » (AOG12)

La mission des organismes est règlementée de manière à limiter le développement de nouvelles expertises considérées comme non légitimes. En effet, les expertises sont régies par des lois et ne peuvent donc pas être acquises en dehors de la formation scolaire officielle :

« La mission des services est spécifiée pour que chacun demeure dans son secteur d'expertise et de compétences. Les gens sont soumis aux lois et aux règlements qui sont appliqués dans le réseau. Au cours des dernières années, on a eu l'application de la Loi 21, qui précise le rôle de chacun des professionnels, que ce soit les travailleurs sociaux, les éducateurs, les psychologues ou les autres professionnels. C'est un gage de qualité de services. » (SOG9)

Enfin, il apparaît essentiel d'investir du temps et de prévoir des fonds afin de développer les relations professionnelles et de permettre aux différentes formes d'expertise d'être reconnues par les pairs.

4.1.2 Se concerter, lier une entente et collaborer

Participer à une concertation nécessite des ressources, l'intérêt des gestionnaires et un arrimage entre la mission des organismes sollicités et le thème de la concertation. Les types de concertation sont multiples et se rattachent aux paliers local, régional ou provincial. Ce sont huit types qui ont été identifiés par les intervenants : 1) associations professionnelles ; 2) regroupements d'expertises professionnelles (ex. : formation et supervision de pratiques) ; 3) comités (ex. : suivant une problématique ou un projet) ; 4) corporations de développement communautaire ; 5) tables d'accès (ex. : acteurs du milieu communautaire et le CSSS réuni pour discuter d'un cas) ; 6) tables de concertation thématiques ; 7) réunions intraorganisationnelles (ex. : équipes ou directions) ; et 8) conseils d'administration.

Les tables de concertation peuvent, à l'occasion, faire émerger un regroupement de professionnels voulant agir sur des problématiques spécifiques. C'est notamment le cas du Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry issu de la Table de concertation en périnatalité de Beauharnois-Salaberry. Par ailleurs, agir à titre de bénévole dans un conseil d'administration peut s'avérer un choix stratégique. En effet, se positionner dans un autre organisme ouvre la voie à de nouvelles expertises et à des échanges de services perçus comme « donnant-donnant ».

En fait, les conseils d'administration sont des espaces interprofessionnels de rapprochement, voire de mobilisation. La concertation permet de « mettre un visage » sur les organismes, de sensibiliser les acteurs du réseau aux services disponibles. Sur ce point, la référence des usagers dans le réseau, la prestation de services et la circulation de l'information (ex. : nouvelle activité) et la continuité de services (ex. : réduction des évaluations) sont efficaces. Ainsi, ces espaces sont propices au renforcement des liens de collaboration, mais également à l'établissement d'ententes destinées à faciliter le parcours des usagers – aux prises avec des problématiques multiples – à travers le réseau de services.

Les liens de collaboration, de concertation et de partenariat peuvent être informelle ou formelle. Les ententes informelles sont généralement verbales, tandis qu'une entente formelle suit un protocole précisé dans le temps, qui peut être renouvelable ou à durée indéterminée. Les ententes formalisées favorisent une participation plus intense des professionnels engagés dans les actions concertées et facilitent la collaboration, même dans des conditions peu optimales.

Les échanges à propos des attentes respectives et la vision commune entre les acteurs sont essentiels à la mobilisation collective. Nous avons identifié cinq formes d'ententes : 1) l'entente de références ; 2) l'entente de services ; 3) l'entente de collaboration ; 4) l'entente de concertation ; et 5) l'entente de partenariat. Les deux premières visent à assurer une relation d'aide aux usagers, tandis que les trois autres ont pour objectif d'accroître la sensibilisation des acteurs du RLS et de mettre en commun les expertises dans une logique d'intervention en réseau. La plupart du temps, l'élaboration d'une entente a pour but de créer de nouveaux services ou de les rendre accessibles aux usagers. Par ailleurs, les ententes semblent être motivées par le besoin de gérer la complexité des relations interorganisationnelles. Les exemples qui suivent illustrent cette complexité relationnelle : développer et entretenir des relations, sensibiliser les acteurs du réseau aux services disponibles sur le territoire et clarifier des ambiguïtés opérationnelles (ex. : responsabilités liées aux mandats). Cependant, les ententes formelles ne se concrétisent pas nécessairement en actions et ne sont pas forcément respectées, pouvant même être occultées. Cette situation amène certains professionnels à devoir rappeler régulièrement aux équipes l'importance de respecter les ententes.

En outre, plusieurs enjeux de participation ont été soulevés par les professionnels, tels que 1) le temps, 2) le choix du représentant, 3) la reconnaissance et 4) les ressources financières. Néanmoins, le temps représente un enjeu majeur en ce qui concerne l'engagement des professionnels dans une concertation. En effet, malgré leur réel désir de travailler dans le RLS, les professionnels sont souvent sollicités à outrance, ce qui entraîne une diminution de leur participation aux concertations. Notons que la participation aux concertations reflète un choix stratégique en fonction des besoins. Ce phénomène s'observe également pour d'autres activités collectives. Le choix du représentant est, quant à lui, crucial. En effet, les gestionnaires accordent souvent moins d'importance à la concertation que les intervenants et ils « troquent » de manière récurrente leur participation avec d'autres activités professionnelles jugées plus nécessaires.

Qui plus est, transférer les échanges concertés à d'autres membres de leur équipe respective semble plus commode pour les intervenants que pour les gestionnaires. Enfin, les professionnels perçoivent un manque de reconnaissance et d'intérêt, particulièrement lorsque leurs invitations sont déclinées. Ainsi, la reconnaissance interprofessionnelle implique un consensus entre les besoins à cibler et les actions à mener, mais également entre le choix et l'équité du financement dans le projet collectif. Rappelons que le développement et la survie des collaborations sont tributaires de la pérennité des ressources financières.

4.1.3 (In)Sensibilisation de l'autre

Dans l'ensemble, les professionnels connaissent la mission et les principaux services offerts par leurs homologues des autres organismes. Cependant, la spécificité des services est largement méconnue, et ce, en dépit des ententes qui existent entre les organismes. Un reproche du milieu communautaire envers le milieu institutionnel est le manque de sensibilisation à leurs activités et services. Un acteur institutionnel confirme ce constat en précisant qu'il n'est pas aisé d'être au courant de toute l'offre de services dans les RLS, notamment lorsque le réseau comporte de plus grands organismes. Toutefois, notons que la notoriété de l'organisme associée aux dynamiques relationnelles, personnelles et professionnelles, entre les acteurs produisent un effet favorable sur la sensibilisation.

Les limites de la sensibilisation interorganisationnelle et interprofessionnelle sont multiples. Nous avons identifié les éléments suivants comme des facteurs d'insensibilisation du réseau : 1) une méconnaissance de la population et des services actuels ; 2) un manque d'intérêt professionnel aux activités (ex. : une absence aux concertations) ; 3) des acteurs qui véhiculent des préjugés envers des usagers ou des services ; 4) une mobilité des professionnels (ex. : l'important taux de roulement) ; et 5) les équipes multidisciplinaires. À juste titre, une professionnelle rappelle que les acteurs doivent être intéressés et doivent s'engager activement dans le réseau pour mieux servir la population :

« A quel point l'établissement a-t-il insisté pour que les intervenants y aillent ? Je ne suis pas certaine que ça a été vraiment valorisé. Je me pose la question : à quel point l'établissement trouvait-il que c'était du temps et de l'argent bien investis ? Je ne dis pas que ce n'est pas important pour l'établissement, mais est-ce que la direction voit toutes les retombées que ça peut avoir à long terme ? [...] Après avoir vu les lieux physiques et avoir rencontré les gens, je savais de quoi il retournait quand j'en parlais à ma clientèle [...] Rester chacun chez soi fait que je reste avec ma perception qu'ils ne prennent pas les clients que je voudrais référer, et eux gardent la perception que je ne réfère pas de clients. » (SOG8)

En pareilles circonstances, les professionnels animés d'une volonté d'aider la population doivent eux-mêmes développer des stratégies destinées à contrer les facteurs d'insensibilisation propres à leur organisme et s'informer sur la pluralité des services proposés dans le réseau. Lors des entretiens, certains ont mentionné cet aspect en précisant qu'il s'agit d'une véritable quête d'informations, parfois commandée par la direction de leur organisme respectif, parfois guidée par leur éthique professionnelle. Bien entendu, la sensibilisation est plus efficace dans les relations en face à face :

« Tous les organismes nous connaissent, mais je pense que ce n'est pas mauvais de faire des rafraîchissements. Pour ça, nous invitons cinq organismes par année à venir présenter leurs services. Ça nous permet de nous présenter et les intervenantes parlent de leurs services [...] Je trouve qu'on ne se connaît pas assez. On sait qu'on existe, mais [...] on ne connaît pas toutes des ressources. » (AOG6)

Ainsi, les stratégies employées pour surmonter l'insensibilisation de l'environnement organisationnel externe relèvent des activités de réseautage et de la prise en charge du réseau. D'une part, les activités de réseautage incluent les événements qui favorisent les rencontres interprofessionnelles telles que les journées thématiques, qui permettent de « mettre un visage » sur des noms et des organismes ainsi que les cinq à sept regroupant des citoyens et des professionnels pour mettre en réseau des groupes distincts, mais interreliés. D'autre part, la prise en charge du réseau se caractérise par des initiatives entreprises par les professionnels pour faire connaître leurs pratiques dans le réseau. Autrement dit, certains professionnels ciblent des organismes qui, selon eux, ne réfèrent pas adéquatement les usagers et tentent de les sensibiliser à ce sujet. De toute évidence, ces professionnels proactifs s'investissent davantage (ex. : établir des relations, offrir de la formation) et deviennent leur propre agent de dissémination en fonction de leur perception des dysfonctionnements du réseau. Cependant, pour convaincre leurs homologues, ils doivent parfois argumenter et justifier leurs intentions. Une entente préalable facilite ces initiatives. Malgré tout, un professionnel souligne la vicissitude des relations :

« Je dirais qu'on se méconnaît. [...] Ils connaissent bien notre ressource, mais pas nos modalités, comment on fait, qu'est-ce qui doit être fait, les nécessités, les critères, les étapes. » (AOG12)

Au final, les objectifs derrière ces stratégies visent, en priorité, à donner des informations aux usagers et aux professionnels sur le fonctionnement de l'organisme (ex. : la mission, les valeurs, les mandats et les services). Ces stratégies servent à réduire la confusion relative aux informations circulant dans le réseau dans le but d'améliorer l'efficacité de l'aiguillage (au sens de « référencement », du calque de l'anglais). Comme en témoigne un professionnel :

« Ils connaissent nos services. Environ 40% des gens qui viennent ici sont référés par le réseau, par Montréal, etc. Est-ce qu'ils connaissent le détail de nos services ? Ça m'étonnerait énormément, parce que les personnes qui viennent ici, même référées, ne s'attendent pas à ça, ne s'attendent pas à avoir ce genre de programme-là. » (SOG2)

4.1.4 Visions des pratiques

Dans l'ensemble, les représentants d'organisme défendent l'autonomie de leur organisme en ce qui a trait à leur mission et à leurs objectifs. En même temps, ils s'accordent sur la nécessité de dispenser les services dans une logique de complémentarité et de continuité. Les actions à mener à l'égard des usagers dans le réseau font consensus. Nous parlons d'encadrement, d'autonomisation ou de responsabilisation et d'une prise en charge des usagers qui font face à des problèmes sociaux ou de santé. À cet égard, les regroupements professionnels tendent à normaliser les actions (ex. : code d'éthique, approches à privilégier). De toute évidence, certains professionnels ont exprimé leur incertitude en ce qui concerne les motivations et les actions posées par certains de leurs confrères :

« On a un peu la même philosophie. Je pense que pour la plupart d'entre nous, le client est au cœur de nos services. » (SOG4)

En dépit d'une sollicitation croissante de demandes de concertation pour des projets collectifs, deux défis majeurs persistent. D'une part, il existe au sein du réseau différentes manières de comprendre les problématiques sur lesquelles agir, par exemple :

« Il y a des organismes qui sont plus centrés sur l'individu, pour qui les problèmes sont d'ordre individuel. Nous, on a une lecture un peu plus sociale. Dans certains cas, c'est complémentaire, mais dans d'autres, il y a de petites différences de lecture [...] Je ne dirais pas qu'il n'y a pas des conflits : c'est plutôt qu'il y a un arrimage et que le reste est une question de nuances. » (AOG4)

« Je pense qu'il y a des fois où les différents organismes et établissements ne se connaissent pas assez et se perçoivent mal. On a l'impression que l'autre organisme ne va pas dans le même sens que nous. Des fois, c'est vrai, mais il faut dire qu'on n'a pas les mêmes mandats. » (AOG8)

D'autre part, un défi demeure en ce qui concerne la façon de procéder, l'approche et les actions à entreprendre :

« Mis à part certaines particularités attribuables au fait qu'on ne touche pas nécessairement les mêmes clientèles, les mêmes besoins, je pense qu'on se rejoindrait globalement assez bien sur le portrait des besoins et des solutions [...]. On s'entend sur ce qui est souhaitable, mais sur la façon de faire, ou qui va le faire tout simplement, c'est le déchirement et plus personne ne s'entend. » (AOG12)

4.2 Au fil du temps...

Différents éléments ont orienté et influencé les relations entre les organismes au cours des dernières années, notamment, le contexte économique, la clientèle, les valeurs, le fonctionnement et la notoriété des organismes.

Les relations interorganisationnelles ont été soumises à une influence structurelle. Selon le représentant de plusieurs organismes, la région de Salaberry-de-Valleyfield a connu un essor économique au cours des dernières années. Ainsi, les personnes n'ayant pas de contraintes sévères à l'emploi ont pu profiter des nouvelles possibilités offertes par le marché du travail. *De facto*, les personnes n'ayant pas intégré le marché du travail sont perçues comme une clientèle plus « lourde » et conjuguant des problèmes multiples. Les changements structurels ont par conséquent modifié le profil des utilisateurs de services. Les organismes doivent quant à eux référer des individus aux profils de plus en plus

différents. Ce contexte a contribué à altérer les relations entre les organismes. La collaboration, voire la concertation, est devenue nécessaire pour répondre aux besoins de la population :

« Ils ont besoin de nous autres, mais on a besoin d'eux autres parce qu'on ne peut pas tout faire. C'est vraiment une collaboration basée sur le besoin que j'ai de toi, mais également sur le besoin que tu as de moi. [...] C'est un besoin mutuel. Quand une collaboration est établie, ça ne peut qu'engendrer du respect. » (SOG7)

En ce qui concerne les caractéristiques organisationnelles, nous retrouvons, premièrement, les valeurs organisationnelles (ex. : des équipes et de la direction) qui semblent influencer largement sur les relations de collaboration, l'engagement local et la mise en réseau. À ce propos, un professionnel mentionne être actif dans le milieu, ce qu'il estime être une « attitude de collaboration » :

« On est présents aux tables, on est pertinents, on est justement ouverts à des collaborations, on fait confiance à nos partenaires. On a eu une reconnaissance très large de notre expertise par les projets, on a donné beaucoup de formation au cours des dernières années. On a une attitude de collaboration. On est là depuis bien des années et l'équipe est assez stable. » (AOG4)

Un autre professionnel manifeste de la ténacité à maintenir son mode de fonctionnement en dépit des reproches faits par d'autres acteurs du milieu :

« Au début, on essayait vraiment de la critique d'autres organisations, autant communautaires qu'institutionnelles. [...] Ça a été difficile jusqu'à ce que les gens comprennent notre façon de travailler. » (AOG5)

L'ouverture au travail collectif et le respect des pairs sont des valeurs fondamentales pour les membres de quelconque organisme. Ces valeurs conditionnent le fonctionnement d'un organisme et ont influé sur la collaboration des dernières années. Dès lors, le fonctionnement repose sur : 1) la capacité d'adaptation au nouveau profil de la clientèle ; 2) la formation universitaire des professionnels du milieu communautaire ; 3) l'obligation de développer des projets cliniques avec la communauté ; 4) la création d'espaces de rencontres pour favoriser les échanges interprofessionnels ; 5) la création et le développement de relations et de partenariats informels ou formels ; 6) la structuration des projets collectifs ; et 7) le changement dans la gestion des organismes. Ainsi, la notoriété d'un organisme semble dépendre des valeurs et du mode de fonctionnement des organismes.

La notoriété peut être connotée positivement ou négativement si on s'en tient au discours des intervenants des organismes. Les éléments suivants ont été soulevés comme étant des facteurs de notoriété : 1) la récurrence des contacts personnels et professionnels ; 2) la stabilité des équipes ; 3) la présence (ex. : donner de la formation) et l'ancienneté dans le milieu ; 4) l'expérience dans l'échange de services ; et 5) les services offerts et le professionnalisme des équipes (ex. : confiance et reconnaissance de l'expertise).

Enfin, malgré les bouleversements survenus dans la région, des professionnels témoignaient d'une certaine stabilité sur le plan de la collaboration. L'un des intervenants l'exprimait ainsi :

« Je dirais qu'il y a eu une évolution. On est plus connus et on connaît plus les autres, ce qui fait qu'on arrive à mieux collaborer, travailler ensemble et respecter les limites de chacun. Je ne pense pas qu'il y a eu dégradation, peut-être de la stagnation sur certains points. Les contacts étaient bons et ils sont aussi bons. Ils n'ont pas nécessairement évolué, mais ils ne se sont pas dégradés non plus. » (AOG12)

5 Discussion des résultats

Quatre thématiques ont émergé des entrevues réalisées avec 21 représentants d'organisme : l'expertise professionnelle, le travail en réseau, la sensibilisation des professionnels aux services dans le RLS et les visions des acteurs sur l'action collective. Dans l'ensemble, les acteurs locaux s'entendent pour dire que la grande majorité des utilisateurs de services vivent des problèmes multiples reliés à leur état de santé et à leur vie sociale. À l'exception des équipes multidisciplinaires, les professionnels sont souvent limités sur le plan de l'expertise et ne peuvent apporter, à eux seuls, une réponse globale aux besoins des usagers. Par conséquent, ils préfèrent les référer vers un autre organisme. Toutefois, les stratégies pour pallier les lacunes d'expertise dans un organisme relèvent de la formation, d'une « expertise de terrain » ou d'un « transfert de compétences » entre collègues. Néanmoins, le développement de nouvelles

expertises dans un organisme soulève un questionnement quant à un éventuel élargissement de la mission. De surcroît, les ressources financières d'un organisme déterminent en grande partie la mise en œuvre de ses stratégies. Lorsque les fonds sont insuffisants, quatre types de comportements ont été évoqués durant les entrevues, à savoir être actif dans la recherche de financement, créer des partenariats, cesser les activités et retirer son organisme de l'action collective.

Les activités de concertation requièrent la disponibilité des acteurs sollicités et un arrimage avec les intérêts des gestionnaires à l'objet de la concertation. Les acteurs se concertent à des paliers locaux, régionaux et provinciaux. Les tables de concertation ont mis en évidence le potentiel de créer des comités visant des problématiques spécialisées. Les activités de concertation favorisent également la mobilisation interprofessionnelle et les actions de sensibilisation aux activités et aux services des différents organismes, permettant au final de mieux orienter les usagers. Les acteurs du milieu établissent leurs collaborations sur des ententes souvent encadrées par un protocole. Cette formalisation de l'entente vise à favoriser la collaboration. Celle-ci ne l'est pas d'emblée, notamment lorsque des attentes et des visions divergentes surgissent. Ainsi, les ententes présentent principalement deux bénéfices : d'abord l'accessibilité des services aux usagers et la gestion de la complexité de l'intervention en réseau. Cependant, pour assurer la pérennité des ententes, il semble nécessaire d'en faire régulièrement le suivi avec les professionnels. En somme, la disponibilité, le choix et la reconnaissance des représentants ainsi que les ressources financières sont des enjeux incontournables de la participation à une concertation.

La sensibilisation des acteurs du RLS est un défi important à surmonter afin d'offrir une aide globale et continue à la population. De manière générale, les professionnels connaissent bien les missions et les services principaux du RLS, mais pas la spécificité des services dans chacun des organismes. Parallèlement, les plus grandes institutions présentent également des lacunes en ce qui concerne la sensibilisation aux services disponibles à l'intérieur même de leur organisation. À cet égard, la notoriété d'un organisme dans le milieu ainsi que les relations informelles et formelles qu'entretiennent les acteurs contribuent à une meilleure sensibilisation aux services disponibles dans le réseau. Certains acteurs vont puiser dans leur éthique professionnelle pour développer des stratégies leur permettant d'outrepasser ces limites en s'engageant, par exemple, dans une quête d'information, en agissant en tant qu'agent de dissémination et en participant à des activités de réseautage. Un ancrage interorganisationnel facilite donc la mobilisation interprofessionnelle propice aux initiatives. Ces stratégies qui informent tant les acteurs du réseau que les citoyens ont pour but d'assurer la continuité des services.

Finalement, les représentants d'organisme ont fermement manifesté le désir de conserver leur autonomie en ce qui a trait à leurs missions et services, tout en offrant des services intégrés et continus sur le territoire. Plusieurs représentants s'interrogeaient sur les réelles motivations des membres du réseau à agir dans une logique populationnelle. Les acteurs du RLS sont sollicités à outrance pour participer aux concertations qui, instrumentalisées par le système de santé, visent à harmoniser la pluralité des attitudes et des actions à l'égard des problématiques jugées prioritaires. En réalité, la multiplicité des visions dans le réseau soulève le défi du compromis de l'action collective.

Nous avons également soulevé des éléments ayant participé aux pratiques de collaboration au fil du temps. Les dernières années ont mené à une restructuration du milieu local plaçant les acteurs de services sociaux dans une logique d'interdépendance dans l'action collective. Ce bouleversement structurel a amené les acteurs à tisser des liens entre eux et à réorienter les actions sociales de leur organisme en fonction du bien-être de leur population respective. Puisque les professionnels déterminent la forme des collaborations, il en va de même pour l'intervention en réseau et la réputation des organismes.

Force est de reconnaître que prioriser des actions exige des ressources spécifiques ainsi qu'une connaissance approfondie du milieu, mais également une participation active des acteurs communautaires et institutionnels dans les projets territorialisés. Mettre en évidence l'expérience collective du réseau d'acteurs confirme la justification du développement de la communauté de Salaberry-de-Valleyfield autour de la question de la sécurité alimentaire.

L'objectif de ce rapport était de mettre en perspective les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes tout en identifiant les facteurs influant sur l'engagement des acteurs. Les résultats obtenus traduisent le sens que les acteurs attribuent aux actions à mener collectivement. Plus précisément, quatre constats ressortent : 1) les systèmes de référence politiques ne sont pas arrimés ; 2) le vocabulaire est équivoque ; 3) la reconnaissance interprofessionnelle est délicate ; et 4) la territorialité est absente. Ces quelques constats fondent et justifient la réflexion sur l'action collective autour de la question de la sécurité alimentaire.

5.1 Divergence des systèmes de référence

À la lecture de nos résultats, certaines questions ont éveillé notre attention : En quoi la concertation est-elle devenue indispensable à la communauté et quel sens lui accordent les acteurs dans un contexte où la responsabilité populationnelle doit être opérationnalisée ? Nous avons remarqué une divergence entre deux systèmes de référence en lien avec la manière dont les actions sont pensées : 1) le développement social et le développement de la communauté ; et 2) l'autonomie et l'interdépendance des organismes. Nous considérons comme un système de référence les approches d'intervention ou les autres façons de réaliser son travail apprises lors d'une formation universitaire ou dans des colloques, par exemple. C'est le bagage de connaissances auquel se rattachent les individus lorsqu'ils posent des actions. Dubet [17], Giddens [22] et Mialaret [45] nous permettent de renforcer notre constat et d'expliquer les actions subjectives liées aux systèmes de référence.

Selon Dubet [17], dès qu'un système social cesse d'être parfaitement cohérent, programmé et mécanique, « il appartient aux acteurs d'agir, de réagir, parfois d'inventer des réponses » (p. 44-45). Nous considérons comme un système social l'ensemble des normes, des habitudes et des directives qui permettent de réguler les actions. La mise au point de processus d'intégration entre de multiples réseaux ayant des expériences divergentes dans le système demeure un réel défi. Il consiste à comprendre le sens véhiculé de l'« action du contexte où elle se forme, [...] de définir ce contexte à partir de la manière dont les acteurs le mobilisent » (p. 45). Plus particulièrement, un contexte peut se caractériser par un ensemble de relations (ex. : collaboration, contrôle ou influence) entre des acteurs. Ainsi, un système social est un ensemble de relations par lequel les acteurs sont interconnectés dans des situations données. Les individus interagissent et s'influencent dans leurs comportements, leurs perceptions et leurs attitudes au sein de leur système [19] [36].

Sur le plan cognitif, Mialaret [45] aborde la nature inconsciente des actions : « Nos observations et les jugements que nous portons se font par rapport à un système de référence qui nous est tellement habituel que nous ne sentons plus la nécessité de l'explicitier. Toutes nos conduites, nos actions [y] sont liées. » (p. 45). L'auteur ajoute que « nos systèmes de valeurs transpercent dans tous nos jugements, et d'une façon qualitative, dès qu'il s'agit d'exprimer une préférence [...] la prise de conscience de cette réalité est essentielle » (p. 53). En réalité, les actions sociales sont fortement influencées par les trajectoires individuelles et subjectives, notamment en rapport avec la famille, les amis, la scolarité, les collègues de travail et tout autre environnement relationnel qui agit sur la façon dont nous percevons et interprétons les politiques sociales.

De toute évidence, la contingence du système social, des relations et de l'interprétation des références par les acteurs en collectivité soulève des défis, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle dans les milieux. À cet égard, Giddens [22] souligne le dualisme vécu par les individus dans leur système social. Le dualisme réfère à l'idée que les individus ont un impact sur la structure dans laquelle ils sont et que cette même structure a également un impact sur les individus. Selon cette perspective, les habiletés et les compétences individuelles reliées à la communication et aux savoirs tacites sont vivement sollicitées lorsque des contraintes politiques s'imposent. Aussi, les compétences cognitives sont nécessaires pour traduire les idées politiques en mobilisation collective.

5.2 Développement social et développement de la communauté

Le Québec des années 1970 a été marqué par l'émergence des politiques de développement social. Le caractère socioéconomique visait à renforcer les capacités des collectivités dans leur participation sociale. La tangente sociosanitaire (prévention des maladies et promotion de la santé) s'est manifestée à travers la politique de développement des communautés. La réforme du système de santé est venue préciser l'action collective autour du *triple aim*, repris dans le mandat de responsabilité populationnelle.

Les systèmes de référence du développement social et du développement des communautés sont relativement similaires. Leur différence est marquée par la dimension sociosanitaire des populations, bien que la responsabilité populationnelle incarne un modèle idéal du système de santé. Ainsi, des différences s'observent dans la mise en œuvre des actions en raison d'une compréhension subjective des références par les acteurs locaux. À titre d'exemple, la CDC de Beauharnois-Salaberry et la Ville de Salaberry-de-Valleyfield arrivent leurs pratiques sur la politique de développement social dans le but de développer socioéconomiquement le territoire. Étant donné que la CDC est en charge de la singularité des services du territoire, les organismes communautaires semblent adhérer à un système de référence économique plutôt que sanitaire. Pour ainsi dire, la CDC doit participer à l'organisation des services sociaux, bien que l'absence du volet sociosanitaire de sa mission soit éloquent. Selon Bourque [7], le développement d'une communauté repose principalement sur sa capacité à se prendre en charge et à mener des actions relatives aux

conditions de vie de ses citoyens. Dans cet ordre d'idées, nous pouvons postuler qu'un arrimage des réflexions et des actions avec l'approche de développement des communautés s'avère pertinent.

En l'état, il est probable d'observer des limites à l'action collective. En effet, les intervenants ou les gestionnaires peuvent avoir des capacités, des compétences ou une volonté limitées lorsqu'il s'agit de s'adapter aux changements politiques. De même, en accord avec leur propre système de référence, chacun perçoit, interprète, négocie, rejette ou adapte les différentes applications d'une politique en fonction de sa réalité. Il en résulte une mobilisation ou, à l'inverse, un immobilisme en ce qui concerne les actions à mener collectivement. De toute évidence, dans un contexte de collaboration ou de concertation, des systèmes de référence divergents peuvent générer des tensions interprofessionnelles et des difficultés à réaliser un projet commun, notamment lorsqu'il s'agit d'identifier des priorités d'action et de satisfaire les intérêts individuels et organisationnels, dans une perspective d'interdépendance. La forme des actions concrètes reflète la diversité des intérêts et des expertises des professionnels, mais aussi des spécificités locales.

Manifestement, les acteurs interviewés ne se réfèrent pas au même système de référence censé orienter les actions en matière de santé des populations. À défaut de directives claires concernant les nouvelles orientations politiques, les acteurs associent les références qu'ils perçoivent à ce qu'ils connaissent déjà. Effectivement, les politiques sociales sont chargées de sens et leur traduction peut parfois mener à des interprétations contradictoires. Ainsi, les acteurs s'approprient des fragments de politiques en fonction de leurs interprétations et des applications qu'ils en feront, mais qui peuvent rejoindre celles d'autres acteurs. En fait, nos résultats démontrent que l'absence d'un cadre formel – propice à l'émergence d'idées novatrices dans l'action collective – contraint les acteurs à trouver des moyens et des stratégies destinés à harmoniser leurs actions et à faciliter la coordination des interventions en réseau. Finalement, l'exercice des pratiques de collaboration et de concertation n'a pas permis d'observer un impact direct sur le continuum des soins de santé et de services sociaux. Néanmoins, cela a illustré le caractère complexe de l'interdépendance et de l'action collective dans une communauté. Bien que l'action intersectorielle ait conservé son importance dans les deux systèmes de référence, l'accent mis sur l'interdépendance des organismes d'un territoire soulève un tout autre enjeu.

5.3 Autonomie et interdépendance des organismes

Le mandat du réseau de la santé est d'assurer, indirectement, le développement des communautés en misant sur la responsabilité populationnelle. En effet, l'approche organisationnelle et l'autonomie des organismes communautaires ont été remplacées par les principes du mandat du système de santé, qui sont, l'approche populationnelle et l'interdépendance des acteurs de la société civile pour le bien-être des communautés. Ce système est éloquent quant à la latitude accordée aux actions novatrices à mener dans les milieux [5], notamment en raison du fait que cette latitude amène les acteurs à interpréter les politiques et à poser des actions qui ont du sens pour eux.

Les équipes institutionnelles en santé et services sociaux définissent clairement les grandes différences entre ces approches [27]. Selon l'approche organisationnelle, l'organisme est autonome en ce qui concerne la définition de sa mission et de ses pratiques. De surcroît, les actions des intervenants et des gestionnaires sont orientées en fonction des besoins exprimés par les usagers. Dans l'approche populationnelle, les professionnels ont l'obligation d'agir ensemble pour la population de leur territoire et d'établir ensemble les priorités d'action destinées à répondre à leurs besoins, exprimés ou non. L'action collective des acteurs locaux prend la forme de l'interdépendance des services dans un continuum de soins et de services. L'importance accordée à l'intégration des soins et des services par l'État accroît la valeur de l'interdépendance organisationnelle et de la concertation intersectorielle au profit des populations.

Le changement d'approche dans les actions liées à la santé a placé les organismes communautaires en position d'interdépendance, affaiblissant ainsi leur autonomie auparavant légitimée par la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Cette politique reconnaissait l'importance des actions communautaires pour le développement des milieux et voulait « assurer le respect de l'autonomie des organismes communautaires à déterminer leur mission, leur orientations, leurs modes et leur approches d'intervention ainsi que leur modes de gestion » (p. 45) [24]. Les ententes de services, basées sur le volontariat, venaient garantir la complémentarité entre les milieux et l'État. L'autonomie organisationnelle était présentée comme la « distance critique qui doit exister entre le mouvement communautaire et l'État afin que s'instaure une relation véritablement dynamique où le communautaire protège son identité et conserve une marge de manœuvre dans les relations qu'il entretient avec les pouvoirs publics » (p. 17) [24]. D'un autre côté, White [63] présente cette politique comme des « balises concrètes concernant le financement et la représentation des organismes communautaires auprès des instances gouvernementales [...] institutionnalisent des relations d'autonomie et de distance critique des organismes par rapport au gouvernement » (p. 90). Au regard de ce changement, les professionnels d'organismes communautaires font face à un dilemme : celui de conserver leur autonomie, quoiqu'indirectement institutionnalisée, et celui d'ancrer leurs pratiques dans une logique d'interdépendance. Plusieurs professionnels interviewés vivent cette réalité. En effet, ils défendent avec ferveur leur

autonomie, mais souhaitent parallèlement l'intégration et le continuum de services pour leur population. Ce dilemme, sans doute inconscient, est bien présent et transparait dans la réflexion et dans leurs actions.

Les processus d'action collective tels que la collaboration et la concertation s'enracinent dans le potentiel et les capacités des acteurs à développer leur milieu [4] en fonction des programmes et des politiques. L'autonomisation des acteurs locaux, dans un contexte de mise en œuvre de politiques sociales, devient une condition essentielle au développement de la communauté. Or, peu de décisions politiques sont élaborées en coconstruction. Ce principe implique de faire collaborer les acteurs concernés par la planification et la mise en œuvre de programmes et de politiques dans l'optique de garantir l'efficacité des services coproduits [31]. En fait, l'intention derrière le « co » suppose de prendre en considération le vécu des acteurs locaux dans le but de les amener à arrimer leurs intérêts et à adapter leurs réalités aux politiques afin de les mobiliser adéquatement dans leur milieu.

Dans un contexte gouverné par l'interdépendance, le milieu communautaire peut difficilement espérer préserver son entière autonomie. Dès lors, les services et les modes de fonctionnement devraient être déterminés de manière consensuelle. L'approche populationnelle positionne les acteurs dans une relation d'interdépendance les obligeant à redéfinir leur utilité et leur modalité d'action dans la communauté. Cette situation ne fait pas l'unanimité. Des représentants d'organismes restent fermement attachés à l'idée de préserver leur entière et absolue responsabilité organisationnelle, tandis que d'autres soutiennent l'idée d'inclure leur mission organisationnelle et populationnelle dans le RLS à condition que les membres du réseau adoptent une attitude collaborative.

En somme, le fait que les acteurs prennent part à la collaboration et se rendent dans des lieux de concertation sans s'en remettre à des systèmes de référence complets peut expliquer, en partie, les tensions et la faible efficacité de l'action collective. De plus, la divergence des systèmes complique la compréhension univoque des problématiques et la mise en œuvre des actions collectives. Postulons que les actions découlent de la compréhension et de l'attitude des acteurs face aux différents enjeux. Il semble opportun d'harmoniser les systèmes de référence afin d'assurer l'efficacité des actions menées en sécurité alimentaire. Par ailleurs, les lieux de concertation sont des espaces remarquables de mobilisation des professionnels vers une relative harmonisation de leurs systèmes de référence. Cette mobilisation est notamment produite par les interactions de proximité générées par ce type de situation.

5.4 Terminologie des référentiels d'action

Les politiques publiques comme systèmes de référence véhiculent des idées, des lignes directrices et une terminologie orientant les actions. Les mots y trouvent un sens propre et leur utilisation n'est pas sans conséquence sur la relation des acteurs. Le système de santé se compose d'acteurs qui planifient les politiques sociales (État), qui actualisent et mobilisent ces politiques (société civile), et qui bénéficient de l'action collective menée (population). Ces groupes d'acteurs se distinguent par leurs modes d'expression ainsi que la façon dont ils traitent l'information. La compréhension pluraliste des sens terminologiques façonne les systèmes de référence en fonction des mots employés. À titre d'exemple, la définition du mot *autonomie* suppose l'idée de l'indépendance matérielle ou intellectuelle relative au droit de faire ses propres lois et de s'autogouverner. Le mot *interdépendance* renvoie plutôt à la réciprocité des dépendances, dépendance étant un rapport liant des choses ou des personnes [55].

L'absence d'une terminologie commune est courante dans la collaboration interprofessionnelle [56]. La terminologie propre à la responsabilité populationnelle se compose entre autres des vocables suivants : collaboration, concertation et partenariat. Loin de faire consensus dans la littérature, pas plus que dans la réflexion collective, Bourque (p. 4, 19) [7] propose les définitions synthétiques suivantes :

Collaboration : désigne généralement les relations peu structurées et formalisées entre deux organisations. La collaboration se déroule dans le cadre de l'offre de services courant des organisations et ne nécessite pas de protocole ou d'ententes de services. La collaboration n'est pas synonyme de coopération car elle n'implique pas que les parties s'associent et partagent un but commun, mais plutôt acceptent d'apporter leur contribution à la réalisation de la mission de l'autre, le plus souvent par des références ou de l'échange ponctuel d'information.

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

Partenariat : une relation d'échange structurée et formalisée (par contrat ou entente de services) entre des acteurs sociaux (communautaires, économie sociale, institutionnels, privés) impliqués dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services.

À ces définitions s'ajoutent des concepts utilisant les préfixes *pluri*, *multi* et *inter* pour lesquels Legendre [40] apporte quelques précisions. La pluridisciplinarité suppose des regroupements d'acteurs issus de disciplines connexes, à quelques variantes près (ex. : psychologue et travailleur social), et la multidisciplinarité fait référence à des regroupements d'acteurs provenant de disciplines différentes (ex. : cuisinier et infirmière). L'interdisciplinarité, l'interprofessionnalisme et l'intersectorialité regroupent des acteurs de disciplines différentes qui coopèrent et s'accompagnent mutuellement pour atteindre un but commun. L'interprofessionnalisme, notamment, marque de manière plus incisive la collaboration entre acteurs ayant des pratiques fondamentalement distinctes [16]. L'intersectorialité, par ailleurs, représente la mobilisation et l'engagement d'acteurs de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs de la société pour mettre à profit leurs compétences complémentaires en vue de satisfaire certains besoins clairement reconnus dans la communauté [37]. MacIntosh et McCormack [42] mentionnent que le préfixe *intra* dans des termes comme *intradisciplinaire* et *intrasectoriel* fait référence à un travail collaboratif entre membres d'une même profession.

En dépit de la profonde volonté des intervenants à collaborer, il reste que les possibles malentendus sur le sens de la terminologie employée [56] représentent un réel obstacle. Les résultats de notre étude abondent également dans le même sens. Les termes *collaboration*, *concertation* et *partenariat* sont souvent utilisés comme des synonymes, à l'image de l'interprofessionnalité, l'intersectorialité et l'interdisciplinarité. Une utilisation erronée est susceptible de créer des attentes et des actions divergentes pouvant être source de tensions entre les acteurs. Afin d'illustrer nos propos, prenons l'exemple d'un professionnel qui associe la collaboration à un partage des ressources, tandis que son homologue entend uniquement un aiguillage des usagers.

Le sens accordé aux mots oriente l'action. Foucault [20] affirme que « le champ de relations qui caractérise une formation discursive est le lieu d'où les symbolisations et les effets peuvent être aperçus, situés et déterminés » (p. 223). Une terminologie précise ne peut que faciliter la collaboration interorganisationnelle et la concertation intersectorielle et aiderait au final à orienter les actions vers l'atteinte d'un intérêt commun.

5.5 (Inter)Reconnaissance des identités et des expertises

À l'image des mutations économiques vécues par Salaberry-de-Valleyfield au cours des dernières années, le profil des usagers s'est également transformé. Cette nouvelle réalité socioéconomique appelle les différents acteurs à se rapprocher dans le but de préserver le bien-être de leur communauté. Cependant, les acteurs sont régis par leur propre système de référence. Ainsi, lors de collaboration ou de concertation, les intervenants doivent naviguer entre ces différents référentiels. Les acteurs du RLS de protection sociale et de sécurité alimentaire sont également conscients que la compréhension plurielle d'une même problématique ainsi que les différentes façons d'agir représentent un défi collectif, celui de faire converger les visions. La perception de ne pas s'identifier à une certaine vision peut générer des tensions sur le plan de la reconnaissance des statuts et des actions posées. En effet, la nécessité de circonscrire les perceptions s'applique également à la représentation qu'ils ont des autres organismes et de leurs semblables.

5.5.1 Identité organisationnelle

La notoriété d'un organisme et de ses services dépend de sa position dans la communauté. En dépit de la petitesse du territoire, les acteurs organisationnels de Salaberry-de-Valleyfield ne sont pas suffisamment sensibilisés à la multitude des services offerts. Les acteurs œuvrant dans une logique populationnelle sont très proactifs. En sensibilisant leur milieu aux services offerts par leur organisme, ils se sensibilisent en retour aux autres services du milieu. Les efforts de sensibilisation menés par certains acteurs témoignent de la faible complémentarité des services existants. Ainsi, l'insensibilisation des acteurs à l'offre de services semble davantage attribuable à la complexité organisationnelle qu'à la logique populationnelle. L'absence du réflexe professionnel à se sensibiliser limite les possibilités de réseautage et entrave les capacités d'actions collectives du réseau.

L'engagement et l'éthique des professionnels à se tenir informés des évolutions de leur milieu influent significativement sur l'efficacité des interventions en réseau. En effet, le manque de vigilance professionnelle peut ternir la notoriété d'un organisme, voire l'exclure du réseau et en limiter le bon fonctionnement. Il en va de même dans les lieux de concertation, à savoir que les professionnels doivent dépasser leurs intérêts individuels au profit des intérêts collectifs en adoptant une « attitude de collaboration ». À cet effet, Bourque [7] précisait que la collaboration devrait ressembler à un processus plutôt qu'à une procédure. Un processus implique la coconstruction des priorités d'action dans la communauté et découle de la coproduction des services. Enfin, les professionnels sont directement concernés par la triade relationnelle constituée de l'État, de la société civile et des usagers. La façon dont les acteurs intraorganisationnels se mobilisent dans ces différentes dynamiques relationnelles permet de définir la représentation

identitaire des organismes et de les positionner dans le réseau.

5.5.2 Légitimité de l'expertise

Les acteurs du RLS étudié détiennent des compétences variées en ce qui concerne les actions à prendre auprès des usagers, mais aussi en gestion des interventions en réseaux. Habituellement, les organismes communautaires ne disposent pas d'équipes multidisciplinaires comparables à celles des centres hospitaliers. Pour pallier cet obstacle, différentes stratégies existent : 1) aiguiller les usagers vers d'autres services du réseau ; 2) former et superviser les professionnels ; et 3) laisser les acteurs développer une expertise à partir de leur vécu auprès des usagers et de leurs collègues. À notre avis, ces pratiques soulèvent des enjeux liés à la perception des besoins des usagers par les acteurs et à la reconnaissance interprofessionnelle des compétences. À cet effet, la position d'un acteur en tant qu'intervenant ou gestionnaire, par exemple, oriente le regard qu'il posera sur la problématique observée [23].

Par ailleurs, la manière dont les acteurs ancrent leur expérience dans un statut de professionnel ou d'expert détermine non seulement le regard qu'ils portent sur leur propre subjectivité, mais également sur la perception des autres à leur égard. Encore une fois, une définition commune relative aux conditions de validation de l'expérience professionnelle permettrait de mieux positionner les actions dans le collectif. La reconnaissance des compétences et des actions constitue une dimension importante de l'interdépendance des services sociaux.

Des tensions existent entre les acteurs qui détiennent une expertise théorique formelle et ceux l'ayant acquise sur le terrain. La collaboration entre acteurs issus de différents milieux qui se concentrent sur les forces de chacun [35] malgré la difficulté que cela représente sur le plan de la reconnaissance des compétences peut représenter un atout. En effet, une hiérarchie peut s'installer entre les différentes expertises et ainsi compromettre la reconnaissance des compétences. Autrement dit, le sens attribué aux compétences de chacun peut soulever des tensions entre les acteurs.

La formation des acteurs basée sur leur expérience dans le milieu peut sembler problématique dans la mesure où les acteurs sont susceptibles de développer un raisonnement et des pratiques basés sur l'expérience subjective de leurs collègues, notamment en cas d'absence de formation scolaire destinée à encadrer les interventions.

En investissant dans la formation des intervenants, les gestionnaires d'organisme pourraient ainsi renforcer l'expertise professionnelle des interventions. En effet, la reconnaissance interprofessionnelle reste tributaire des perceptions des acteurs les uns vis-à-vis des autres. Encourager l'encadrement des acteurs pourrait contribuer à unir les visions. En effet, comme le soulignent Caillouette et ses collaborateurs [9], l'important est de territorialiser la communauté et de définir clairement les actions à entreprendre pour réduire la confusion.

5.6 Construction d'une identité collective

Nous avons démontré l'importance d'arrimer les systèmes de référence et de clarifier la terminologie censée orienter l'action collective. Nous avons également souligné la nécessité d'établir des lignes directrices qui permettront de reconnaître l'apport de chacun en fonction de ses compétences. La surfragmentation administrative de l'espace social, les pratiques professionnelles, les expertises, les services et les territoires de CSSS ne font qu'exacerber la difficulté d'harmoniser les pratiques et les visions.

L'utilité de ces démarches est d'arrimer les services disponibles aux besoins de la population, mais aussi de dépasser la tendance qui consiste à réduire la personne à sa problématique alimentaire [43].

Rappelons que la fragmentation du social est étroitement liée à celle des individus, tant en ce qui concerne les problèmes de santé que les problèmes sociaux. Autrement dit, un individu présentant de multiples problèmes est rarement perçu dans sa globalité. De ce fait découlent des interventions fragmentées. La construction d'une identité collective représente un défi qui oblige à dépasser les intérêts individuels, organisationnels et les besoins d'autonomie pour faire exister un esprit de communauté sur un territoire défini ou, plus précisément, une territorialité. Dans le même ordre d'idées, passer de la concertation thématique à la concertation territoriale pourrait s'avérer pertinent.

5.6.1 Territoire vécu et territoire administratif

Pour Caillouette et ses collaborateurs [9], le développement des communautés vise à empêcher l'éclatement des territoires. L'objectif est que des acteurs développent un lien d'appartenance à une communauté en articulant leur territoire vécu au territoire administratif sur lequel ils ont finalement peu de pouvoir. Pour ce faire, une certaine synergie entre les acteurs locaux est indispensable pour que le territoire vécu permette de développer « la réalité de communauté entre les acteurs d'un territoire en plus d'accroître la capacité d'action de ces communautés sur

elles-mêmes et leur environnement » (p. 21). En d'autres termes, la capacité des acteurs locaux à se territorialiser favorise leur pouvoir d'actions sur les réalités locales.

Ce phénomène de fragmentation du social est présenté par Luhmann [41] comme étant une réaction des acteurs qui tentent d'organiser la complexité d'un système en sous-systèmes. Nous constatons une fragmentation de l'espace et des actions sociales où tous tentent de se réunir de manière cohérente. Les services sociaux sont un exemple éloquent de fragmentation de l'expertise et des services dispersés par une multitude d'organismes. Dès lors, la capacité d'une communauté à se prendre en main et à se développer [4] de même que l'agentivité des acteurs organisationnels – capacité et puissance d'agir – [1] [2] sont fortement sollicitées dans les actions conjointes des acteurs locaux.

Le CSSS du Suroît a hérité de la responsabilité administrative d'unir les acteurs de la protection sociale et de la sécurité alimentaire autour d'un objectif commun et de coordonner leurs pratiques dans une logique d'interdépendance afin d'assurer la cohérence de la trajectoire de services. Or, l'absence de frontières tangibles entre les territoires de RLS imposés représente un défi supplémentaire. En effet, les populations demeurant à proximité d'une frontière administrative peuvent facilement avoir accès aux services qui ne leur sont pas initialement adressés. Les acteurs organisationnels doivent faire face à une surcharge de travail dans un contexte de rareté des ressources. Ainsi, il semble pertinent de miser sur la concertation territoriale pour surmonter collectivement ces défis.

5.6.2 De la concertation thématique à la concertation territoriale

Depuis longtemps, les politiques d'État misent sur la concertation intersectorielle. Les procédures des bailleurs de fonds guident généralement les projets concertés. Une procédure implique des directives, à savoir l'identification par les milieux des priorités d'action dans des projets collectifs pour le bien-être de leur communauté. Nous retrouvons habituellement la concertation sous une forme thématique puisque la sécurité alimentaire reste principalement déterminée par les instances provinciales. Néanmoins, la concertation thématique a tendance à épuiser les milieux [7].

À Salaberry-de-Valleyfield, la sollicitation à outrance pour la participation à des projets concertés mène les acteurs à prioriser leur participation selon leurs intérêts et leurs ressources. Dans cet ordre d'idées, surmonter la fragmentation des problématiques et agir en tant que collectif sur des priorités identifiées localement représente une piste de réflexion visant à diminuer la multiplicité de projets selon un découpage par thème. Selon Robidoux et son équipe ([56] cité dans [16]), l'« interdisciplinarité veut réconcilier une connaissance fragmentée [...] alors que l'interprofessionnalisme [...] permet] aux membres de groupes professionnels distincts d'exercer leurs pratiques en collaboration » (p. 11).

Ainsi, l'interdépendance entre les acteurs organisationnels d'un territoire pourrait favoriser l'identification à une communauté et les orienter vers la concertation territoriale. Considérer un territoire comme une communauté d'appartenance et outrepasser la surfragmentation peut favoriser la cohérence des services et répondre de manière globale aux besoins de la population. Finalement, ce mode d'action s'inscrit dans le mandat de responsabilité populationnelle du système de santé, ainsi que dans la politique du développement des communautés. Il permettrait de transcender la stagnation des actions à Salaberry-de-Valleyfield et augmenter le capital social lié à la sécurité alimentaire.

6 Conclusion

Ce volet de la recherche avait pour objectif d'établir un portrait des pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes entre les différents acteurs institutionnels et communautaires de Salaberry-de-Valleyfield. Il visait également à identifier les facteurs pouvant contribuer à l'engagement des acteurs faisant partie du réseau proche ou lointain du SAC dans l'action collective.

Les résultats font état de pratiques conjointes, mais également de la transformation de ces pratiques selon quatre thématiques d'analyse principales. La première thématique concerne l'expérience des professionnels et porte sur l'expertise professionnelle et les enjeux relatifs à l'aiguillage des usagers vers d'autres organismes, aux sources de financement, aux formations et au choix entre développer de nouvelles expertises ou limiter les services à la mission initiale. Le fait de recevoir des usagers aux prises avec de multiples problèmes oblige les intervenants de certains organismes à développer de nouvelles expertises. Le choix ne se fait pas entre le développement de nouvelles expertises et l'élargissement des services de la mission, mais ce sont plutôt les nouvelles expertises acquises qui doivent conduire à un élargissement de la mission. La deuxième thématique aborde le travail en réseau et les défis de la concertation en lien avec la sursollicitation des professionnels, la diversité des approches et des actions vis-à-vis des problématiques, le manque de ressources et de temps. La sensibilisation et les stratégies de diffusion d'informations destinées à atténuer les confusions en matière d'aiguillage des personnes entre les organismes correspondent à la troisième thématique. Enfin, la quatrième thématique concerne la vision des pratiques qui suggère la recherche d'un équilibre

entre l'autonomie des organismes en fonction des missions et des objectifs respectifs et la nécessité d'inscrire les services dans une logique de complémentarité et de continuité.

Les défis relatifs aux relations interorganisationnelles s'inscrivent dans un contexte d'essor économique et de politique de développement des communautés de Salaberry-de-Valleyfield. Ces relations sont également perturbées par des réformes successives du système de santé centrées sur la responsabilité populationnelle.

En effet, la CDC de Beauharnois-Salaberry et la Ville de Salaberry-de-Valleyfield sont engagées dans une logique de développement socioéconomique. Les organismes communautaires du territoire semblent adhérer à un système de référence économique plutôt que sociosanitaire. Les différences entre les systèmes de référence des acteurs locaux sont donc propices à des incompréhensions et à des tensions interprofessionnelles et semblent entraver les possibilités d'agir collectivement. En effet, l'approche populationnelle implique pour les acteurs locaux de redéfinir leur fonction, d'identifier des priorités d'action dans le but de combiner les intérêts individuels et organisationnels, tout cela dans une logique d'interdépendance qui remet en question leur autonomie, jusque-là politiquement légitimée.

Cette réalité incite les acteurs à harmoniser leurs systèmes de référence, ainsi que le sens accordé aux terminologies. En effet, une vision commune permettra d'orienter les actions concertées en sécurité alimentaire vers l'atteinte d'un objectif commun et de déterminer les services et les modes de fonctionnement de manière consensuelle. À ce propos, des défis restent à relever en matière d'(inter) reconnaissance des identités et des expertises des différents acteurs du RLS, de construction d'une identité collective.

Néanmoins, l'identification à un territoire défini comme une communauté d'appartenance permettrait de reconsidérer la fragmentation actuelle du réseau de services dans l'optique d'accroître le capital social du réseau associé à la sécurité alimentaire. Le mode de concertation territoriale sur lequel est basé le mandat de responsabilité populationnelle du système de santé et la politique du développement des communautés aiderait à relever les défis relatifs à l'harmonisation des visions, des systèmes de référence et de validation de l'expérience professionnelle. Ainsi, l'ancrage de la concertation dans une perspective territoriale permettrait de dépasser la stagnation actuelle et de mieux orienter les actions collectives sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield.

Références

- [1] Archer, M. S. (1988). *Culture and agency : The place of culture in social theory* : Cambridge University Press.
- [2] Archer, M. S. (2003). *Structure, agency and the internal conversation* : Cambridge University Press.
- [3] Banques alimentaire du Québec. (2016). Repéré à : <https://http://www.banquesalimentaires.org/>
- [4] Bartoli, H. (1999). *Repenser le développement : en finir avec la pauvreté*.
- [5] Bernatchez, A. C., Deshaies, S. et Battaglini, A. (2015). Réseaux locaux de services : Réalités singulières et pluralité d'actions. Synthèse de la journée thématique tenue aux 17es Journées annuelles de santé publique (JASP) en 2013. Carnet synthèse, no. 7, 22 p.
- [6] Berwick, D. M., Thomas W. N. et Whittington, J. (2008). The triple aim : care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- [7] Bourque, D. (2008). Concertation et partenariat. *Entre levier et piège du développement des communautés*.
- [8] Café des Deux Pains de Valleyfield. (2014). Solidaire face à la pauvreté. Repéré à : <http://www.cafedesdeuxpains.org/>
- [9] Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G. et Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et solidarité*, 38(1), 8-23.
- [10] CDC de Beauharnois-Salaberry. (2017). Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry. Repéré à : <http://cdc-beauharnois-salaberry.org/>
- [11] Centre d'action bénévole de Valleyfield. (2017). Boussole en ligne. Repéré à : <http://cabvalleyfield.com/boussole-par-besoin/>
- [12] Centre d'action bénévole de Valleyfield. (2017). Service alimentaire communautaire (le SAC). Repéré à : <http://cabvalleyfield.com/service-alimentaire-communautaire-le-sac/>
- [13] Centre de santé et de services sociaux du Suroît. (2013). Rapport annuel de gestion 2012-2013. 62.
- [14] Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2009). « L'analyse de l'implantation » dans : *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 225-250). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- [15] Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- [16] D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 8-20. doi : 10.1080/13561820500081604
- [17] Dubet, F. (2007). V. L'expérience sociale. *Repères*, 89-110.
- [18] Eloire, F., Penalva-Icher, E. et Lazega, E. (2011). Application de l'analyse des réseaux complets à l'échelle interorganisationnelle. *Terrains & travaux*(2), 77-98.
- [19] Emirbayer, M. (1997). Manifesto for a relational sociology 1. *American journal of sociology*, 103(2), 281-317.
- [20] Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. NRF Gallimard.
- [21] Fuhse, J. A. (2009). The Meaning Structure of Social Networks*. *Sociological Theory*, 27(1), 51-73.
- [22] Giddens, A. (2012). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration* (2e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- [23] Godrie, B., Rose, M.-C. et Groupe des Sept. (2015). Rencontre entre le social et la santé : Les inégalités sociales et le positionnement des acteurs. In christopher McAll (dir), Geneviève McClure, Rachel Benoît, Jean-Baptiste Leclercq et Nadia Gigère (Eds.), *Voir les (in)égalités. Le positionnement des acteurs, intersectionnalité, inégalités, santé, réduction identitaire et approche globale* (Vol. 8, p. 16-21). Montreal : Revue du CREMIS. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du Centre affilié universitaire Jeanne-Mance du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal
- [24] Gouvernement du Québec. (2001). *L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- [25] Gouvernement du Québec. (2003). *Projet de loi n°25 (Chapitre 21). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Éditeur officiel du Québec.

- [26] Gouvernement du Québec. (2005). *Projet de loi n° 83 (Chapitre 32). Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- [27] Gouvernement du Québec. (2007). Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Anciennement : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec).
- [28] Graddy, E. A. et Chen, B. (2006). Influences on the size and scope of networks for social service delivery. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(4), 533-552.
- [29] IBM Corp. (2012). IBM SPSS 21 Statistics for Windows (Version 21.0) : Armonk, NY : IBM Corp.
- [30] IPCDC. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences : Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. Repéré à <http://www.ipcdc.qc.ca/>.
- [31] Jetté, C. et Vaillancourt, Y. (2010). Social Economy and Home Care Services in Quebec : Co-Production or Co-Construction? *Voluntas : International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 22(1), 48-69. doi : 10.1007/s11266-010-9134-8
- [32] Jones, N. et Thomas, P. (2007). Inter-organizational Collaboration and Partnerships in Health and Social Care The Role of Social Software. *Public Policy and Administration*, 22(3), 289-302.
- [33] Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30.
- [34] Lapointe, D., Chevrier, P., Sauvé, L., Monette, R., Jalbert-Desforges, A., Geneau, C. et Pelletier, R. (2013). *Politique de développement social 2013-2016*. Ville de Salaberry-de-Valleyfield Repéré à : http://www.ville.valleyfield.qc.ca/sites/default/files/pdf/Administration_/Politiques/politique.2013.pdf.
- [35] Larivière, C., Savoie, A. et CLSC Côte-des-Neiges. (2001). *Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec* : Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.
- [36] Lazega, Emmanuel. (2014). *Réseaux sociaux et structures relationnelles : «Que sais-je?» n 3399* : Presses universitaires de France.
- [37] Lebeau A, Vermette G et C Viens (1997). Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation (MSSS), Collection Études et analyses, 126 pages.
- [38] Leclerc, B.-S., Bernatchez, A.C., Boucher, M., Deville-Stoetzel, N., Mahmoudi, L., Noun, M., et Couturier Y. (2020a). Contexte de l'étude, cadre théorique et méthodologique et outils adoptés. Insécurité alimentaire et développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield *Rapport de recherche : Rapport no 1*. Montréal : Unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- [39] Leclerc, B.-S., Bernatchez, A.C., Boucher, M., Deville-Stoetzel, N., Mahmoudi, L., Noun, M., et Couturier Y. (2020b). Regards croisés sur l'utilisation de services et les besoins des usagers. Insécurité alimentaire et développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield : ce que nous dit le fonctionnement des organismes *Rapport de recherche : Rapport no 2*. Montréal : Unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- [40] Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3e éd.). Montréal : Guérin.
- [41] Luhmann, N. (2010). *Systèmes sociaux : esquisse d'une théorie générale*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- [42] MacIntosh, J. et McCormack, D. (2001). Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 547-555.
- [43] McAll, C., Van de Velde, C., Charest, R., Roncarolo, F., McClure, G., Dupéré, S. et Berti, F. (2015). Inégalités sociales et insécurité alimentaire : Réduction identitaire et approche globale. In Christopher McAll (dir), Geneviève McClure, Rachel Benoît, Jean-Baptiste Leclercq et Nadia Gigère (Eds.), *Voir les (in)égalités. Le positionnement des acteurs, intersectionnalité, inégalités, santé, réduction identitaire et approche globale* (Vol. 8, p. 28-34). Montreal : Revue du CREMIS. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du Centre affilié universitaire Jeanne-Mance du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal affilié à l'Université de Montréal et à l'Université du Québec à Montréal
- [44] Mercier, C., Coulombe, C., Métivier, A. et Moisson-Estrie. (2003). *Action intersectorielle et développement local à Sherbrooke : impacts et perspectives pour l'action communautaire* : Sherbrooke, Québec : Moisson-Estrie.

- [45] Mialaret, G. (2010). *Le nouvel esprit scientifique et les sciences de l'éducation* : Presses universitaires de France.
- [46] Morel, M. (2006). Développement social, la vision de ceux et celles qui y travaillent. (Plateforme du Réseau québécois du développement social) In M. Tremblay, P.-A. Tremblay & S. Tremblay (Eds.), *Le développement social* : Un enjeu pour l'économie sociale (p. 48-65). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- [47] Ministère de la Santé et des services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux.
- [48] Ministère de la Santé et des services sociaux. (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux.
- [49] Ministère de la Santé et des services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des services sociaux.
- [50] Palinkas, L. A., Fuentes, D., Finno, M., Garcia, A. R., Holloway, I.W. et Chamberlain, P. (2014). Inter-organizational collaboration in the implementation of evidence-based practices among public agencies serving abused and neglected youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 74-85.
- [51] Pires, A. P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative; Essai théorique et méthodologique. » Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur, p. 113-169
- [52] Provan, K. G., Veazie, M. A., Staten, L. K. et TeufelShone, N. I. (2005). The use of network analysis to strengthen community partnerships. *Public Administration Review*, 65(5), 603-613.
- [53] QSR Int. (2012). Nvivo, Qualitative data analysis software, QSR International Pty Ltd. (Version 10).
- [54] Racine, S. (2007). L'insécurité et la sécurité alimentaire. Une analyse critique. In Dorvil, H. (Ed.), *Problème sociaux : Théories et méthodologie de la recherche* (p. 19-47). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- [55] Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (Eds.). (2009). *Le Nouveau Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : PR1
- [56] Robidoux, M., Barrette, S., Mathieu, S. et Thomas, L. (2007). Cadre de référence : Collaboration interprofessionnelle. Repéré à : <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>
- [57] Rock, M. (2006). We don't want to manage poverty' : community groups politicise food insecurity and charitable food donations. *Promotion and Education*, 13(1), 36.
- [58] Roy, D. A., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). Des réseaux responsables de leur population. *Moderniser la population et la gouvernance en santé. Mascouche* (Québec). Le Point en administration de la santé et des services sociaux.
- [59] Savard, S. et Proulx, J. (2011). *Outil d'analyse des rapports à l'État. Questionnaire visant à identifier la nature des rapports entre un organisme du tiers secteur et un établissement ou un organisme public*. Université du Québec à Montréal. Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. from Repéré à : <http://www.cdcdugranit.com/uploads/pdf/Scuhjbyzr.pdf>
- [60] Tarasuk, V. (2001). A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada. *Health Education & Behavior*, 28(4), 487-499.
- [61] Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation. Méthodes en sciences humaines*. : Paris : DeBoeck Université. 2e éd.. 502 p.
- [62] Weber, M. (1995). *Économie et société : Les catégories de la sociologie*, Tome I. Paris : Pocket.
- [63] White, D. (2012). L'institutionnalisation de la résistance : la politique québécoise de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. *Cahiers de recherche sociologique* (53), 89-120.
- [64] World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 1986. Repéré à : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- [65] Yin, R. K. (2008). *Case study research : Design and methods (applied social research methods)* (Fourth ed.). California : Sage Publications, London.