

## 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.

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
1.1	Partenariat de recherche ARIMA . . . . .	1
1.2	Problématique et contexte de l'étude . . . . .	1
1.3	Objectifs de la recherche . . . . .	3
<b>2</b>	<b>Cadre théorique et conceptuel</b>	<b>3</b>
2.1	Sécurité et insécurité alimentaires . . . . .	3
2.1.1	Définition de la sécurité et de l'insécurité alimentaire . . . . .	3
2.1.2	Déterminants de la sécurité alimentaire . . . . .	4
2.1.3	Insécurité et aide alimentaire en chiffres . . . . .	5
2.2	Concept de besoin . . . . .	5
2.3	Développement social, développement des communautés et responsabilité populationnelle . . . . .	6
2.3.1	Ancrage politique de la concertation . . . . .	6
2.3.2	Acteurs de la communauté et territoire d'action . . . . .	8
2.3.3	Formes de concertation . . . . .	9
2.4	Intégration territoriale des services de santé et des services sociaux . . . . .	9
2.4.1	Réseau local de services et intégration des services . . . . .	9
2.4.2	Mandat collectif des réseaux locaux de services . . . . .	10
2.4.3	Dimensions de l'intégration des soins et de services de santé . . . . .	11
2.5	Facteurs déterminant la propension de mise en réseau des organismes . . . . .	12
2.6	Sociologie de l'expérience et sociologie relationnelle . . . . .	13
<b>3</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>13</b>
3.1	Recrutement et description des participants . . . . .	14
3.1.1	Recrutement des personnes utilisatrices des services d'aide alimentaire . . . . .	14
3.1.2	Description des participants usagers du SAC . . . . .	14
3.1.3	Recrutement des représentants d'organisme dispensateurs de services . . . . .	15
3.1.4	Description des représentants d'organisme . . . . .	16
3.2	Stratégie et outils de collecte de données . . . . .	16
3.3	Analyse de réseaux d'organismes de Salaberry-de-Valleyfield . . . . .	17
3.4	Analyse qualitative du contenu des entrevues . . . . .	18
<b>4</b>	<b>Considérations éthiques</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Limites de l'étude</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Conclusion</b>	<b>20</b>
	<b>Références</b>	<b>21</b>

## Liste des tableaux

1	Déterminants de la sécurité alimentaire. . . . .	4
2	Résumé des concepts liés à l'intégration, à la coordination et à la continuité des services. . . . .	12
3	Profil sociodémographique des usagers échantillonnés du SAC, selon le sexe. . . . .	15
4	Profil des représentants des organismes participants. . . . .	16
5	Définition des mesures de centralité utilisées dans l'analyse du réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire . . . . .	18

# 1 Introduction

Ce rapport et les suivants ont été produits à partir des données d’une vaste recherche-action portant sur l’insécurité alimentaire et le développement social collaboratif réalisée entre mai 2013 et juillet 2015 sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield. La présente section présente le partenariat de recherche et le contexte dans lesquels s’inscrit ce projet ainsi que les objectifs poursuivis.

## 1.1 Partenariat de recherche ARIMA

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. 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 CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, le CISSS de la Montérégie-Ouest, le Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry, la CDC de Beauharnois-Salaberry, le Service alimentaire communautaire (SAC) de Valleyfield, l’Université de Montréal et l’Université de Sherbrooke.

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 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 de pratique dans six régions administratives au Québec. 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.

## 1.2 Problématique et contexte de l’étude

L’insécurité alimentaire s’est progressivement imposée au rang des plus grands défis sociaux de notre époque [53]. Intimement liée au manque de ressources financières des personnes et des familles ainsi qu’à la précarité de l’emploi et des conditions de vie, elle est généralement perçue comme un épiphénomène de la pauvreté économique [53] [61]. À l’inverse, la sécurité alimentaire est une notion complexe et multisectorielle, à résonance collective, ne pouvant se résumer au seul fait de ne pas éprouver la sensation de faim [53] [64].

Apparues au Québec au milieu des années 1980, les banques alimentaires ont connu un essor rapide [41]. Elles ont pour mission de collecter des denrées alimentaires et de les redistribuer à des organismes venant en aide aux plus démunis. La distribution de vivres représente la réponse prédominante à l’insécurité alimentaire [65] [66]. Traditionnellement considérés comme une mesure de bienfaisance et d’assistance ponctuelle pour répondre à des situations conjoncturelles, les services de dépannage alimentaire se sont progressivement institutionnalisés [41]. Le recours régulier et systématique à ce type d’aide tend à se chroniciser. Il apparaît clairement que ce phénomène dépasse la seule question de l’insécurité alimentaire [59] [64] [66].

Des responsables de services d’aide alimentaire affirment que leurs locaux sont des espaces de rassemblement privilégiés. Les personnes itinérantes s’y réunissent pour rompre l’isolement et échanger sans crainte de jugement. De surcroît, ces organismes agissent souvent à titre de ressources de première ligne. C’est par les services de dépannage alimentaires que les personnes ayant des besoins non comblés accèdent au réseau. Au regard de l’insuffisance des denrées alimentaires et de l’augmentation des demandes d’aide [65] [66], les personnes en situation d’insécurité alimentaire sont souvent contraintes de jumeler plusieurs sources d’aide. Des études ethnographiques ont démontré que l’exclusion sociale fait partie intégrante des conditions de vie associées à l’insécurité alimentaire, notamment parce qu’elles imposent des habitudes de consommation et des stratégies d’accès à l’alimentation qui ne relèvent pas des normes sociales [16] [29] [66].

L'émergence de nouvelles formes de pauvreté a eu pour conséquence la mise en œuvre d'une pluralité de services de protection sociale et de sécurité alimentaire. Ces services tendent à agir sur les conditions de vie des personnes. Ils traitent de façon plus globale les problèmes qui accompagnent les conditions de privation de nourriture et d'appauvrissement des personnes et des familles [41].

Par ailleurs, l'invisibilité des besoins de certains usagers des banques alimentaires inciterait peu les groupes communautaires et les dirigeants à rechercher des solutions nouvelles [65]. Dans pareilles circonstances, les acteurs communautaires sont aux prises avec la double problématique consistant à devoir répondre au besoin immédiat de nourriture et tenter de résoudre les causes à l'origine de ce besoin [59].

Au-delà de l'accroissement du nombre de demandes de dépannage alimentaire, les organismes de Salaberry-de-Valleyfield, à l'image de ceux d'autres régions du Québec, observent l'émergence de nouvelles catégories de personnes défavorisées dont les problèmes sociaux et de santé s'aggravent et se cumulent. Ce constat a déjà été réalisé en 1999. Effectivement, le portrait des organismes communautaires révélait que ces derniers répondaient principalement à des « multiproblématiques » ayant comme vecteurs centraux la pauvreté et la santé mentale [40]. Qui plus est, différents organismes d'aide et de développement social ont tendance à utiliser les services de dépannage alimentaire comme une première porte d'entrée pour les clientèles qui vivent de multiples problèmes (ex. : toxicomanie et itinérance).

Face à ce constat, le Comité de développement social de la MRC de Beauharnois-Salaberry a adhéré à une politique de développement social afin d'encadrer la mission et les actions des organismes du territoire. Cette politique ambitionne d'orienter l'action collective vers l'amélioration des conditions de vie des citoyens. De ce fait, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield et la CDC de Beauharnois-Salaberry ont identifié des pistes d'actions, telles que la promotion de saines habitudes de vie et la sécurité alimentaire [34]. La plupart des recherches sur les banques et les services d'aide alimentaire au Canada ont mis l'accent sur leur rôle à l'égard des problèmes sociaux liés à la privation de nourriture et à l'insécurité alimentaire [66]. Toutefois, la perception des problématiques liées à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire a évolué, tout comme la manière dont elles peuvent être abordées [53]. Actuellement, les expériences de concertation et d'intersectorialité en matière de sécurité alimentaire ne semblent plus suffisantes. Bien que peu étudiés, les liens entre les pratiques d'utilisation des services et l'organisation des réseaux de ressources pourraient apporter des connaissances substantielles.

En Montérégie, dans la région du Suroît, l'organisme Moisson Sud-Ouest dessert une vingtaine d'organismes communautaires sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield. Pourtant, seuls le Café des Deux Pains de Valleyfield et le SAC ont pour principale mission l'aide alimentaire. Par ailleurs, la perception de la surutilisation des services d'aide alimentaire par des groupes sociaux identifiés par les représentants des organismes et le nombre croissant de demandes de dépannage alimentaire sont symptomatiques d'un malaise social. Cette perception est exacerbée par la diminution des ressources financières allouées aux organismes.

Confrontés aux limites du dépannage alimentaire, des intervenants et des gestionnaires du milieu ont exprimé des inquiétudes relatives au manque de coordination et de complémentarité du réseau local de services en sécurité alimentaire, alors que ce réseau se trouve être au centre des services de protection sociale sur le territoire. Ils ont également témoigné leurs préoccupations à l'égard de la concurrence et du dédoublement des services, qui semble attribuable aux lacunes reliées à la prise en charge, l'accessibilité, la continuité, la fiabilité et l'adéquation des services. Dans ce contexte, un comité local (intervenants et gestionnaires) s'est formé spontanément et a manifesté son intérêt à analyser les réelles motivations des acteurs communautaires et institutionnels à assurer la continuité des services dans l'optique de répondre collectivement aux besoins globaux des usagers de services d'aide alimentaire.

Le comité local s'est associé à des chercheurs universitaires afin de développer et de réaliser un projet de recherche conjoint. Effectivement, l'étude du fonctionnement d'un réseau d'aide alimentaire (usagers et organismes) offrait la possibilité de documenter un ensemble de dynamiques en fonction des particularités locales. Dès lors, l'aide alimentaire s'inscrivait dans un processus d'intégration sociale et de prise en charge locale des problèmes de santé et de bien-être des personnes en situation de pauvreté.

Afin d'insuffler un changement et de redynamiser la participation des partenaires actuels et potentiels, des acteurs de Salaberry-de-Valleyfield ont souhaité examiner les processus à l'œuvre dans leur réseau d'aide alimentaire et à mieux connaître les besoins de leurs usagers. Les résultats de cette enquête sont l'aboutissement d'une démarche participative et évaluative entre les chercheurs et les acteurs du milieu.

## 1.3 Objectifs de la recherche

Notre recherche évaluative ambitionne de 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 ?* Pour y répondre, la recherche s'est déclinée à travers cinq objectifs spécifiques, chacun associé à l'un des cinq rapports dédiés à la diffusion des résultats de la recherche-action :

1. Documenter l'expérience de recherche d'aide et les besoins rapportés des usagers d'un service d'aide alimentaire, en l'occurrence le SAC, 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 générale de la recherche ainsi que le contexte de l'étude, les cadres théorique et méthodologique et les outils adoptés sont documentés séparément dans le présent rapport.

## 2 Cadre théorique et conceptuel

Cette section présente l'état des connaissances et clarifie le cadre théorique et conceptuel qui a guidé la recherche. La finalité de cet exercice est de déclarer dans quelle perspective, théorie ou mouvement intellectuel nous nous inscrivons.

### 2.1 Sécurité et insécurité alimentaires

#### 2.1.1 Définition de la sécurité et de l'insécurité alimentaire

La très grande majorité des Canadiennes et des Canadiens vivent en situation de sécurité alimentaire. Le concept et la nature multidimensionnelle de la sécurité alimentaire jouissent d'un consensus international depuis l'adoption d'une définition par le Sommet mondial de l'alimentation [75]. Ainsi, la sécurité alimentaire nécessite que « toute une population ait accès, en tout temps et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire sain, suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable au point de vue social et culturel, que les individus aient un pouvoir d'achat adéquat et qu'ils aient accès à une information simple et fiable qui confère des habiletés et qui permet de faire des choix alimentaires éclairés » [23] [33]. Le concept de sécurité alimentaire inclut les éléments de définition suivants [47] :

1. Chacun a les moyens tant physiques qu'économiques d'accéder, à tout moment, à une alimentation suffisante pour mener une vie active et saine ;
2. L'aptitude de chacun à acquérir des aliments est garantie ;
3. L'accès à une information simple, fiable et objective qui permet de faire des choix éclairés est assuré ;
4. Les aliments proprement dits sont satisfaisants sur le plan nutritionnel et acceptables sur les plans personnel et culturel ;
5. Les aliments sont obtenus d'une manière qui respecte la dignité humaine ;
6. La consommation et la production d'aliments reposent sur des valeurs sociales à la fois justes, équitables et morales ;
7. Les aliments proviennent d'un système agroalimentaire durable et sont produits et distribués d'une manière respectueuse.

De manière plus spécifique, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada [63] a permis d'identifier quatre catégories de situation de sécurité alimentaire [68] :

1. Sécurité alimentaire : Aucun signe d'un problème d'accès à la nourriture lié au revenu ;
2. Insécurité alimentaire marginale : Une seule indication de craintes ou d'obstacles pour l'accès à des aliments en raison d'un revenu insuffisant ;
3. Insécurité alimentaire modérée : Signes de compromis en matière de qualité et/ou de quantité d'aliments consommés en raison d'un revenu insuffisant ;
4. Insécurité alimentaire grave : Signes de consommation alimentaire réduite et d'habitudes alimentaires perturbées en raison d'un revenu insuffisant.

L'insécurité alimentaire renvoie à un accès limité ou incertain à des aliments nutritifs et sains permettant de satisfaire les besoins et les préférences alimentaires des individus. Elle renvoie également à une capacité limitée ou incertaine à se procurer de tels aliments d'une façon jugée socialement acceptable. Elle peut s'exprimer par la crainte de manquer de nourriture, l'incapacité d'accéder à des repas équilibrés, la privation de repas en raison de ressources insuffisantes ou la faim [65] [69]. Plusieurs modes de classement de la sécurité alimentaire englobent en une seule les deux premières catégories présentées. Or, des études ont révélé que cette façon de faire était trop stricte et conduisait à une sous-estimation de l'insécurité alimentaire dans les ménages [68]. D'après les données produites par le groupe de recherche PROOF en 2012 [67] : 12,7 % des ménages canadiens ont vécu au cours des 12 mois précédant l'enquête une forme – marginale, modérée ou grave – d'insécurité alimentaire en raison de ressources insuffisantes.

### 2.1.2 Déterminants de la sécurité alimentaire

En 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a identifié des facteurs ayant une incidence sur la sécurité alimentaire – communément appelés *déterminants* en santé publique. Les déterminants peuvent être individuels ou collectifs [47] [48]. Le tableau 1 résume les déterminants de la sécurité alimentaire. D'après ce cadre de référence, les capacités individuelles et l'environnement systémique d'une personne conditionnent ses chances de s'assurer une alimentation saine et suffisante.

TABLEAU 1 – Déterminants de la sécurité alimentaire.

<b>Individuels</b>	Faible revenu	- Faible scolarité - Monoparentalité - Ménages de grandes tailles	- Ménages locataires - Autochtones hors réserves - Communautés ethniques minoritaires
	Connaissances et habiletés	- Nutrition - Budget	- Gestion des aliments
<b>Collectifs</b>	Environnement interpersonnel et social	- Information simple et fiable - Perte du savoir culinaire - Influence des médias - Éloignement des commerces alimentaires	- Accès à un réseau social - Entraide communautaire - Distribution des aliments dans la famille
	Environnement physique	- Produits locaux - Variétés d'aliments sains - Disponibilité et proximité des commerces d'alimentation	- Aménagement urbain - Transport en commun - Services alternatifs en aide alimentaire
	Environnement économique	- Pouvoir d'achat - Coût des aliments	- Coût du loyer - Coût des besoins essentiels
	Politiques publiques	- Transport - Logement - Éducation - Emploi - Agriculture et agroalimentaire	- Social - Économique - Urbanisme - Environnement - Développement durable

### 2.1.3 Insécurité et aide alimentaire en chiffres

Selon les données de l'ESCC, colligées par Tarasuk et ses collaborateurs [68], la prévalence<sup>1</sup> de l'insécurité alimentaire des ménages canadiens entre 2005 et 2013 a abruptement augmenté dans toutes les provinces, à l'exception du Québec. En 2013, la proportion des ménages canadiens en situation d'insécurité alimentaire était de 12,5 %, contre 11,8 % au Québec. En détaillant les formes d'insécurité alimentaire, les auteurs relèvent que 4,1 % des ménages canadiens contre 4,6 % des ménages québécois ont connu une situation d'insécurité marginale, 5,7 % contre 5,0 %, une situation d'insécurité modérée et 2,7 % contre 2,2 %, une situation d'insécurité sévère. Du fait que l'insécurité alimentaire résulte de l'insuffisance financière, il n'est pas surprenant de constater que la source de revenu des ménages est une variable significative. À cet égard, 18 % des ménages canadiens et 62 % des ménages québécois bénéficiaires de l'aide sociale vivaient en situation d'insécurité alimentaire [68].

L'édition de 2013 du rapport Bilan-Faim produit par l'organisme Banques alimentaires Canada précise que 833 098 personnes ont eu recours mensuellement à une banque alimentaire au Canada, dont 156 750 au Québec [49]. L'édition de 2013 du rapport fournit un portrait plus proche de la collecte de données de notre recherche réalisée en 2013. D'ailleurs, de plus en plus de Québécois ont recours aux banques alimentaires. En 2015, les banques alimentaires du Québec [56] indiquaient que 163 152 personnes différentes avaient reçu des denrées sur une base mensuelle, de sorte que pour la troisième année consécutive, le recours aux banques alimentaires a augmenté dans la province [50]. La même année, le recours aux banques alimentaires au Québec a été de 27,9 % plus élevé qu'en 2008 [50] [56]. Au surplus, 14,3 % des ménages ont été aidés (10 370 ménages) pour la toute première fois. Les banques alimentaires du Québec desservent une population hétérogène : 42,1 % de célibataires, 24,9 % de familles biparentales, 21,6 %, de familles monoparentales, 61,5 % de bénéficiaires de l'aide sociale et 10,8 % de personnes avec un revenu d'emploi. Par ailleurs, 68,4 % sont des locataires de logement du secteur privé [49].

Le territoire de la Montérégie est desservi par SOS Dépannage Moisson Granby, Moisson Rive-Sud et Moisson Sud-Ouest. La banque alimentaire du Suroît en Montérégie, Moisson Sud-Ouest, dessert les MRC de Beauharnois-Salaberry, de Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges. Respectivement, en 2015 et en 2013, ce sont 3549 et 3934 personnes qui ont fait appel aux programmes de dépannage alimentaire de l'organisme avec proportionnellement plus de demandes provenant de personnes célibataires (46,8 %), de chefs de famille monoparentale (25,7 %), de bénéficiaires de l'aide sociale (70,3 %) et de locataires de logement du secteur privé (76,8 %) [2] [56]. Le profil des usagers de services d'aide alimentaire des campivallensiens<sup>2</sup> semble donc relativement équivalent à celui des autres Montérégiens, Québécois et Canadiens.

Enfin, rappelons qu'en 2013, la Montérégie comptait 18 % de la population québécoise [32] et la population de Salaberry-de-Valleyfield représentait environ 4 % des Montérégiens. En incluant l'insécurité alimentaire marginale, la prévalence de l'insécurité alimentaire en Montérégie a suivi la même tendance que celle du Québec et du Canada avec 11,8 % en 2011-2012 [39], selon la méthode de Tarasuk et de ses collaborateurs, qui incluent l'insécurité alimentaire marginale. Cette prévalence se chiffrait cependant à 6,8 % selon la méthode de Santé Canada, qui ne tient compte que de l'insécurité modérée à sévère.

## 2.2 Concept de besoin

La définition du concept de *besoin* a connu une importante évolution temporelle. En effet, jusqu'aux années 1940, nous ne reconnaissons que les besoins physiologiques ou les besoins de survie liés à la nature humaine (ex. : se nourrir et se loger). La dimension psychologique des besoins humains (ex. : être en relation et exprimer son opinion) n'a été reconnu que tardivement.

Il existe différentes classifications pour appréhender la notion de besoins des usagers. Le sociologue Bradshaw [8] [9] a défini le concept dans un contexte d'intégration de services. Selon lui, les besoins doivent être considérés en fonction du contexte qui les définit. Ce dernier a développé une typologie permettant de décrire les besoins sociaux *ressentis*, *exprimés*, *normés* et *comparés*, mais en ajoutant la nuance suivante : on considère que les besoins normés réfèrent aux perceptions qu'ont les professionnels et les experts en regard des besoins des usagers du SAC. Le terme « normés » doit donc être considéré dans cette étude non seulement comme la définition par les experts des besoins des usagers comme le soutient Bradshaw [8] [9], mais aussi comme leurs perceptions de ce que devraient être ces besoins. Nous retrouvons dans ce contexte :

1. La prévalence indique la proportion de la population souffrant d'insécurité alimentaire.
2. Le gentilé des citoyens de Salaberry-de-Valleyfield est campivallensien.

1. Les besoins ressentis : ce que l'individu ressent comme besoin. Cette catégorie réfère aux perceptions des personnes vis-à-vis de leurs problèmes de santé et de bien-être ou aux services auxquels ils souhaitent accéder pour améliorer leur situation.
2. Les besoins exprimés : ce que l'individu formule et demande explicitement. Cette catégorie correspond aux besoins ressentis et opérationnalisés en action par le recours à une demande de services.
3. Les besoins normés : ce qu'un tiers perçoit et identifie pour un individu en termes de besoins. Cette catégorie renvoie aux besoins perçus, identifiés et définis par un expert, un administrateur ou un professionnel se référant aux valeurs de la société dans laquelle vivent les individus en termes de désirabilité et d'optimalité.
4. Les besoins comparés : l'appréciation par la comparaison de la situation. Cette catégorie réfère à l'équité, notamment lorsque deux populations similaires reçoivent des niveaux de services différents. Précisons que les besoins « comparés » n'ont pas été au cœur de l'analyse puisque l'étude s'est penchée uniquement sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield.

## 2.3 Développement social, développement des communautés et responsabilité populationnelle

Les paragraphes qui suivent mettent en perspective les liens qui existent entre le développement social, le développement des communautés et la responsabilité populationnelle.

### 2.3.1 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) [6]. Le livre de Denis Bourque est éloquent en ce qui concerne la concertation et le développement des communautés au Québec. Par conséquent, il apparaît comme notre livre de référence pour présenter et expliquer le phénomène social à l'étude.

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 [6]).

À la suite d'échanges sur l'action intersectorielle, la Charte d'Ottawa [74] 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 [44] afin de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Bourque [6] rappelle l'instauration de la Politique de la santé et du bien-être [42] ainsi que la mise en place des Priorités nationales de santé publique dans les années 1990 [43]. 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 [6]. Le développement des communautés semble s'inscrire dans le prolongement de la logique du dé-



veloppement 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 [6] 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 et les acteurs présents aux 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 afin de favoriser leur participation au 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 social. 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. Pourtant, le début des années 2000 a pourtant 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 » [74]. 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 [60]. Ce mandat poursuit trois objectifs [5] [60] :

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'intervention 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* (CSSS) faisant autorité sur leur réseau local de services de santé et de services sociaux. La mission des CSSS

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. Depuis, des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ont été créés par la fusion de 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 CSSS du Suroît (appellation existante au moment de la réalisation du projet), un des cinq axes de la planification stratégique 2010-2013 était consacré au partenariat. La mission du CSSS du Suroît consistait à agir au titre de :

« dispensateur de services de première ligne et de services spécialisés, le CSSS 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 CSSS 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 » [14].

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.

### 2.3.2 Acteurs de la communauté et territoire d’action

Pour Caillouette et ses collaborateurs [10], le développement des communautés implique de tenir compte du « 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) [10]. Selon ces mêmes protagonistes, 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) [10]. 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 [10] se base sur les processus de *sociation* et de *communalisation* de Max Weber [72], 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 cette conception, 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) [10]. 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 [4].

Dans ce contexte, les acteurs des services en santé et en services sociaux ont vu leurs relations se multiplier et se diversifier entre les secteurs institutionnel 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 com-

munautaires « 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 » [6]. 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 [6] [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. De plus, 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. De surcroît, il existe une pluralité de types de regroupements tels que : le centre d'action bénévole, la Corporation de développement communautaire, le Forum jeunesse, l'organisme pour un Réseau Actif dans nos Quartiers et de multiples tables de concertation. 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 [14] regroupe quatre directions de RLS : 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.

### 2.3.3 Formes de concertation

La concertation se caractérise principalement par l'échange d'informations, les références interorganisationnelles et la mise en réseau des intervenants [6]. La concertation fait référence à la réalisation de projets collectifs dans un esprit de partenariat. Sur ce point, Bourque [6] distingue deux formes de concertation, à savoir la concertation thématique et la concertation territoriale.

La concertation thématique est plutôt procédurale. À titre d'exemple, supposons qu'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 la prise de décision concernant les actions novatrices à mettre en place sur un 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.

## 2.4 Intégration territoriale des services de santé et des services sociaux

Cette section introduit brièvement le lecteur à la question de l'intégration des services pour la population dans le cadre du mandat du système de santé et de services sociaux, et ce, en s'appuyant plus précisément sur le cas du RLS de Salaberry-de-Valleyfield.

### 2.4.1 Réseau local de services et intégration des services

Durant les années 1970, la dispersion des services liés à la santé et la fragmentation de l'action collective ont créé un mal-être social [22]. Un peu plus de 30 ans plus tard, l'État a légitimé les RLS afin de privilégier l'intégration des services disponibles sur les territoires attribués aux CSSS. La notion de RLS est ici prise au sens large et comprend

toute forme de pratique de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle locale pour faire face à des problématiques complexes. Elle ne se limite pas au modèle proposé dans la loi et dévolu au CSSS. Un RLS intégré est par ailleurs un ensemble de ressources professionnelles interreliées et complémentaires qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé et de bien-être de la population [3] [37]. Selon Contandriopoulos, et ses collaborateurs [15], nous nous référons à l'intégration des services pour désigner le « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (p. 41).

L'intégration des services vise à fusionner les soins, les services et les compétences d'un ensemble d'acteurs sur un territoire afin d'équilibrer l'accessibilité et la cohérence des services offerts à la population. Ce changement de procéder suppose que les acteurs se réorganisent ensemble pour offrir des services complémentaires et continus [45]. Les principes fondateurs de l'intervention en réseau reposent sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services de première, deuxième et troisième ligne. Ainsi, les dispensateurs de services doivent arrimer leurs actions aux besoins des citoyens sur leur territoire respectif afin que l'organisation des services fonctionne adéquatement. La finalité de l'intégration des services est la gestion de leur accès et la coordination dans le temps des services disponibles pour chacun des territoires. Plus particulièrement, l'intégration cible les actions suivantes :

1. Offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture ;
2. Assurer une meilleure prise en charge des personnes ;
3. Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population ;
4. Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent ;
5. Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par les services de première, de deuxième et de troisième ligne ;
6. Donner aux gestionnaires des moyens qui encouragent l'esprit d'initiative et favorisent le dynamisme ;
7. Encourager l'engagement et la responsabilité de chacun (p. 13) [45].

Les CSSS (aujourd'hui les CISSS) sont les instances locales responsables de guider et d'opérationnaliser les objectifs de la réforme. Leur mandat consiste à favoriser l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services du territoire desservi. En tant que dispositif étatique, les CSSS doivent créer des liens avec les acteurs de la communauté pour arrimer les services aux besoins populationnels et pour orienter l'action collective dans la poursuite des priorités nationales. La figure 1 est un exemple de la diversité des acteurs à coordonner sur un territoire [45]. À cet organigramme s'ajoute les citoyens locaux.

L'intégration est contextualisée localement autour d'une réalité systémique commune, à savoir les représentations et les valeurs, la gouvernance et, finalement, la manière de prendre en charge les besoins individuels [15]. Contandriopoulos et ses collaborateurs (ibid. : p. 44-46) proposent que ces trois systèmes orientent l'intégration de cinq dimensions : 1) l'intégration des services ; 2) l'intégration des équipes ; 3) l'intégration fonctionnelle ; 4) l'intégration normative ; et 5) l'intégration systémique. Enfin, nous pouvons parler de l'intégration des services dans un RLS lorsqu'il existe un cadre organisationnel au sein duquel les acteurs interagissent et dont les normes respectives s'articulent autour d'un projet collectif. Néanmoins, la clé de l'intégration des services dans un RLS demeure la coordination.

En contexte de responsabilité populationnelle, la coordination requiert des acteurs concernés qu'ils coopèrent pour favoriser l'accessibilité et la cohérence des soins et des services aux besoins des populations. Contandriopoulos et ses collaborateurs [15] reprennent les propos de Alter et Hage [1] afin de décrire les trois formes de coordination qui sont présentes dans une logique d'intégration de services. La coordination peut-être séquentielle, réciproque ou collective. Par ailleurs, Reid et ses collaborateurs [55] distinguent trois formes de continuité de services : 1) la continuité d'approche ; 2) la continuité informationnelle ; et 3) la continuité relationnelle. Selon eux, l'expérience de la continuité est accessible par le « vécu » des utilisateurs de services qui s'inscrivent dans un épisode de services pour évaluer leur cohérence et la façon dont ils sont reliés ou non dans le temps.

#### 2.4.2 Mandat collectif des réseaux locaux de services

L'universalité des soins et la centralisation des services ont réorienté la gouvernance de l'action collective en santé. La Charte d'Ottawa [74] a façonné l'action communautaire dans un esprit de la « Santé pour tous » de telle sorte que le milieu communautaire, la concertation intersectorielle et le partenariat interorganisationnel sont devenus

indissociables du développement des communautés. Les acteurs de la santé publique ont établi des priorités en développant des programmes et des politiques portant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'aiguiller le développement des communautés [44]. Dans ce cadre, le développement des communautés apparaît comme « 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) [6]. La concertation demeure un moyen de surmonter collectivement les enjeux et les défis relatifs au bien-être des populations. Les interventions communautaires portent notamment sur des enjeux sociaux tels que l'itinérance, l'employabilité et la sécurité alimentaire.

L'idée de responsabilité populationnelle, véhiculée par la loi 25<sup>3</sup> [25] et légitimé par la loi 83<sup>4</sup> [26], est fermement ancrée dans les orientations de l'action collective en santé et services sociaux. Selon Roy et ses collaborateurs (2010), ce mandat du réseau de la santé réfère au *triple aim* énoncés précédemment [5]. Ces auteurs postulent que les conditions fondamentales à mobiliser dans les milieux ont pour objectifs : 1) de responsabiliser les acteurs d'un territoire envers leur population ; 2) d'assurer des soins de santé et des services sociaux pour l'ensemble de cette population ; et 3) de détenir une organisation pour assurer l'intégration avec une autorité imputable sur leur territoire (ex. : CSSS). Tel que présenté précédemment, les CSSS sont des dispositifs étatiques ayant pour mission d'actualiser le mandat du système de santé et de services sociaux sur leur territoire respectif [25] [27] en animant un ou des RLS [4]. Ils doivent coordonner l'intégration des soins de santé et des services sociaux et assurer la continuité des ressources professionnelles, organisationnelles et institutionnelles par des projets cliniques.

### 2.4.3 Dimensions de l'intégration des soins et de services de santé

Une revue de la littérature a permis de recenser les dimensions et les concepts clés permettant d'examiner l'intégration des soins et des services de santé en RLS.

Nous pouvons résumer les concepts clés de l'intégration, de la coordination et de la continuité des services à l'aide du tableau 2. Ces concepts se retrouvent dans la première colonne, leurs dimensions dans la deuxième et la définition des dimensions dans la troisième. Les concepts d'intégration et de coordination ainsi que les dimensions s'y rapportant proviennent d'un article rédigé par Contandriopoulos et ses collaborateurs [15]. Le concept de continuité, et ses dimensions, provient d'un article écrit par Reid et son équipe [55].

---

3. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

4. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

TABEAU 2 – Résumé des concepts liés à l'intégration, à la coordination et à la continuité des services.

Concept	Dimension	Définition
Continuité	Gestionnaire <i>management continuity</i>	Prestation de services adaptés aux besoins individuels et inscrits dans un plan d'intervention pour assurer la cohérence des soins et des services donnés à l'individu dans le besoin.
	Informationnelle	Disponibilité et transférabilité de la globalité des informations individuelles en lien avec les soins reçus et les services utilisés.
	Relationnelle	Relation d'aide et engagement continu de la part du professionnel envers l'individu dans le besoin. La constance du personnel professionnel est de mise. L'investissement du professionnel peut mener à assurer la continuité des soins et des services nécessaire à l'individu dans le besoin.
Coordination	Collective	La prise en charge de l'individu dans le besoin relève de la responsabilité conjointe d'équipes ou d'organismes interdépendants concernés par les décisions communes. Les ressources nécessaires pour soutenir l'individu dans le besoin, une bonne organisation des acteurs professionnels et des ententes formelles sont de mise. C'est le meilleur type de coordination pour les individus à besoins ou à problèmes multiples.
	Réciproque	L'individu dans le besoin coordonne sa prise en charge d'interdépendance professionnelle ou organisationnelle. La reconnaissance du travail de l'autre entre les professionnels est essentielle. Plus l'individu doit coordonner de professionnels ou d'organismes, moins ce type de coordination est efficace.
	Séquentielle	C'est l'individu dans le besoin qui assure la coordination entre les équipes intersectorielles et les organisations. La cohérence de la prise en charge relève des capacités des professionnels et des personnes utilisatrices de services. Elle est insuffisante dans des situations de problèmes multiples.
Processus d'intégration	Fonctionnelle	Conditions qui favorisent une prise en charge globale des besoins et des problèmes dans une perspective de continuité. C'est la mise en place d'une gouverne commune de prises de décisions, de distribution des ressources financières et de partage d'informations dans le réseau. Les organismes peuvent demeurer autonomes et avoir des ententes.
	Équipe	Coordination, stabilité et articulation des équipes intersectorielle pour évaluer et suivre la situation de l'individu.
	Normative	Permet aux équipes intersectorielles engagées dans un projet collectif d'avoir des références communes en termes de représentations et de valeurs dans le but d'établir un espace de coopération efficient.
	Services	Coordination dans le temps des pratiques professionnelles autour de l'ensemble des besoins et des problèmes individuels.
	Systémique	Tous les niveaux dimensionnels de l'intégration doivent être cohérents dans le système de services. Un cadre organisationnel doit être arrimé avec les principes normatifs des acteurs concernés par le projet collectif du territoire.

## 2.5 Facteurs déterminant la propension de mise en réseau des organismes

Graddy et Chen [28] ont élaboré un modèle théorique énonçant des facteurs expliquant le fonctionnement des organismes en matière de pratiques intersectorielles. Leur modèle identifie trois groupes de déterminants organisationnels de la propension des organismes à se mettre en réseau ou à développer des partenariats : 1) les facteurs organisationnels relatifs à la taille de l'organisme, ses dépendances et son expérience de réseautage ; 2) les besoins programmatiques, qui renvoient aux services requis pour combler les besoins de la clientèle en tenant compte de sa diversité ; et 3) les

facteurs environnementaux, qui réfèrent à la disponibilité des partenaires sur le territoire à desservir.

La perspective de Graddy et de Chen [28] permet de comprendre les motivations des acteurs organisationnels à développer des partenariats pouvant apporter une réponse globale aux besoins des usagers. Selon les auteurs, les organismes de petite taille disposent de modestes ressources et leur capacité à satisfaire les usagers dans leur globalité est par conséquent limitée. Ainsi, il serait à leur avantage de développer des partenariats. À l'inverse, la grande taille des organismes n'est pas un incitatif au développement partenarial. Par ailleurs, les sources de financements orientent la mission et les actions des organismes en fonction des attentes des bailleurs de fonds. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il n'y a qu'une seule source de financement. De plus, l'intensité des collaborations enrichit l'expérience des organismes et favorise la pérennité du partenariat établi. L'affluence d'usagers aux profils diversifiés et faisant face à des multi-problématiques incite les organismes à rechercher des partenaires ou à orienter les usagers vers d'autres organisations. La finalité du partenariat est d'outrepasser les limites relatives à l'expertise professionnelle, à la prestation de services ou aux ressources disponibles. Somme toute, la proximité géographique des organismes doit permettre de développer des liens de partenariats pour offrir une réponse globale aux usagers d'un territoire.

## 2.6 Sociologie de l'expérience et sociologie relationnelle

Le cadre d'analyse utilisé dans la recherche pour analyser la relation entre acteurs et organisations est inspiré de la sociologie de l'expérience et de la sociologie relationnelle.

La sociologie de l'expérience s'intéresse 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] [35]. Les différentes formes de l'intégration 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 à une série d'adaptations [15] [35] et invite à concevoir son mode de fonctionnement selon des réseaux existants et spontanés. Ainsi, de nombreux chercheurs suggèrent 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 [20]. 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 propose 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].

La sociologie relationnelle permet quant à elle de prendre en compte la structure des liens qu'entretiennent les acteurs et le sens porté par ces liens. L'approche dite *sociocentrique* conçoit les réseaux sociaux à partir d'une perspective relationnelle sous-jacente à l'action collective d'un milieu social et étudie les processus sociaux qui sont nécessaires à son fonctionnement [18]. Un réseau social est alors défini comme un ensemble de relations (ex. : de collaboration, de contrôle ou d'influence) entre des acteurs. La sociologie relationnelle postule que les liens sociaux par lesquels les acteurs sont interconnectés et interagissent influent sur leurs comportements, leurs perceptions et leurs attitudes dans le système [19] [36]. Les processus sociaux collectifs d'intérêt pour notre étude sont la concertation intersectorielle, les formes de collaboration et les relations qu'elles engagent (soit l'échange d'information, le partage de ressources, l'orientation d'usagers vers un organisme et l'accueil d'usagers en provenance d'un organisme).

## 3 Méthodologie

Tel que mentionné précédemment, cette recherche de type évaluation de processus a été réalisée en suivant une approche participative et de coconstruction des savoirs entre chercheurs et acteurs du milieu. L'évaluation de processus consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre [11]. Cette enquête s'est basée sur l'étude de cas [76] d'un RLS composé d'une vingtaine d'organismes dispersés sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield, offrant principalement des services relatifs à l'insécurité alimentaire. Nous distinguons les organismes qui offrent un service de dépannage alimentaire directement aux usagers et les organismes qui sont des ressources d'aide complémentaires accueillant les personnes dans le besoin ou les référant vers d'autres ressources. Les membres du comité local (CDC, CSSS et SAC) ont identifié le réseau et ses problématiques. Le cas qui fait l'objet

de cette étude comprend également des personnes utilisatrices d'un service de dépannage alimentaire, le SAC.

### **3.1 Recrutement et description des participants**

#### **3.1.1 Recrutement des personnes utilisatrices des services d'aide alimentaire**

Le recrutement des usagers du SAC a été réalisé par les employés de l'organisme sur la base de critères établis par l'équipe de recherche et les membres du comité de pilotage. En raison de l'absence de statistiques précises sur les usagers du réseau d'organismes d'aide alimentaire sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield, les critères ont été établis en fonction de leur connaissance de la clientèle desservie. Des critères de diversification de l'échantillonnage plutôt que de représentativité statistique ont été privilégiés en ce qui concerne la sélection des participants. En effet, les critères de diversification de l'échantillonnage impliquaient que le recrutement des sujets de l'étude soit fait de manière à inclure la plus grande variété possible de situations, indépendamment de leur fréquence statistique [51].

Au total, 30 usagers du SAC ont été sélectionnés et conviés à participer aux entrevues individuelles portant sur leurs besoins et leur expérience en matière de recherche d'aide alimentaire. Ce sont les intervenants du SAC qui ont initié le premier contact avec les usagers afin de faciliter la mise en relation avec les membres de l'équipe de recherche chargés de réaliser les entrevues. Au préalable, les professionnels de recherche ont effectué des observations participantes sur le terrain d'enquête afin de mieux cerner les dynamiques du milieu, les interactions entre les membres du personnel et les usagers, mais également toutes les situations particulières et significatives pour l'étude.

Les entrevues semi-dirigées d'une durée de 20 et 60 minutes ont été réalisées en français pendant les mois d'octobre et de novembre 2013 dans les locaux du SAC. Les participants ont reçu une indemnisation sous la forme d'un bon d'achat d'une valeur de 20 \$, échangeable dans un supermarché d'alimentation local.

#### **3.1.2 Description des participants usagers du SAC**

Le tableau 3 dresse un portrait sommaire de l'échantillon composé de 30 usagers du SAC qui ont fréquenté le service de dépannage alimentaire, la cuisine éducative ou qui ont reçu un panier de Noël. L'âge moyen des participants était de 44 ans et 21 d'entre eux étaient des femmes. Environ une personne sur deux était célibataire et neuf étaient chefs d'une famille monoparentale. Les ménages sans enfant étaient au nombre de 17. La majorité des participants (21 sur 30) étaient bénéficiaires de l'aide sociale et 13 personnes ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires. La quasi-totalité des participants étaient locataires.



TABLEAU 3 – Profil sociodémographique des usagers échantillonnés du SAC, selon le sexe.

Caractéristiques	Total ( $n = 30$ )	Femmes ( $n = 21$ )	Hommes ( $n = 9$ )
<b>Âge (années)</b>			
Minimum - maximum	24 – 72	24 – 72	28 – 60
Moyenne	44	45	41
<b>Sexe</b>			
Femme	21	21	–
Homme	9	–	9
<b>Situation familiale</b>			
Personne vivant seule	16	9	7
Couple sans enfant	1	1	–
Couple avec enfants	2	2	–
Famille monoparentale	9	8	1
Membres de la famille	1	–	1
Colocation	1	1	–
<b>Enfants dans le ménage</b>			
0	17	11	8
Au moins 1	13	10	1
<b>Sources du revenu</b>			
Revenu d'emploi	2	2	–
Assurance-emploi	3	2	1
Sécurité du revenu	21	13	8
Pension de retraite	2	2	–
Assurance invalidité et assurance salaire	2	2	–
<b>Niveau de scolarité</b>			
Aucun certificat ni diplôme	13	7	6
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	10	7	3
Certificat d'école ou diplôme de métier	2	2	–
Diplôme d'études collégiales	5	5	–
<b>Occupation du logement</b>			
Locataire	28	19	9
Propriétaire	2	2	–

### 3.1.3 Recrutement des représentants d'organisme dispensateurs de services

En ce qui concerne le recrutement des représentants des organismes, la priorité a été accordée aux coordonnateurs en raison de leur niveau élevé de connaissance du fonctionnement de leur organisme et de leur engagement dans les instances de collaboration interorganisationnelle. Ils ont également été recrutés du fait de leurs interactions régulières avec leurs usagers. Compte tenu de la petite taille des organismes, des intervenants et des directeurs ont aussi été choisis pour participer aux entrevues lorsqu'ils détenaient des connaissances jugées suffisantes. Enfin, deux professionnels du CSSS du Suroît ont été recrutés au regard de la complexité de la structure de leur organisation. Par ailleurs, des membres d'un organisme qui n'avait pas été ciblé au départ ont collaboré à l'étude.

Le recrutement des représentants des organismes s'est fait en trois étapes. Dans un premier temps, en septembre 2013, l'équipe de recherche a présenté les objectifs de l'étude au Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry. Cette présentation avait également pour but de solliciter la collaboration des membres présents afin de promouvoir le projet et de recruter des organismes susceptibles de participer à l'étude. Deuxièmement, un communiqué électronique a été envoyé à l'ensemble des partenaires du réseau afin d'annoncer le démarrage officiel du recrutement. Finalement, nous avons envoyé des courriels et joint par téléphone les organismes qui ne s'étaient pas encore manifestés afin de leur demander de déléguer un représentant apte à répondre aux questions de l'enquête.

### 3.1.4 Description des représentants d'organisme

Les organismes recrutés provenaient des secteurs d'activités suivants : l'alimentation, la dépendance, l'employabilité, la famille, l'itinérance, la violence familiale, et la santé et les services sociaux. Le tableau 4 présente sommairement les 21 représentants des organismes interviewés, dont 10 coordonnateurs, 7 directeurs et 4 intervenants. Il convient néanmoins de préciser que leur fonction dans leur organisme, étant donné la nature et la petite taille de ces derniers, consistait pour plusieurs en un poste combinant intervention et gestion. Tous avaient les connaissances nécessaires pour répondre adéquatement à l'ensemble des questions et compléter le questionnaire. Les participants cumulaient en moyenne 14 années d'expérience dans leur organisme, alors que neuf en avaient accumulé entre 10 et 19.

TABLEAU 4 – Profil des représentants des organismes participants.

<b>Variables</b>	<b><math>n = 21</math></b>
<b>Fonction dans l'organisme</b>	<b>21</b>
Coordonnateur	10
Intervenant	4
Directeur	7
<b>Nombre d'années dans l'organisme</b>	<b>21</b>
Minimum-maximum	3 – 29
Moyenne	14
0 à 9 ans	6
10 à 19 ans	9
20 et plus	6
<b>Nombre d'années à la coordination/gestion</b>	<b>9</b>
Minimum-maximum	1 – 23
Moyenne	9
0 à 4 ans	6
5 à 9 ans	4
10 à 14 ans	5
15 et plus	4

### 3.2 Stratégie et outils de collecte de données

Les travaux de Graddy et de Chen [28], de Mercier et de ses collaborateurs [41], de Provan et des siens [52] et de Savard et de Proulx [62] combinés à l'expérience et à la connaissance du terrain des membres du comité de pilotage ont permis d'élaborer les outils destinés à la collecte des données. Ces derniers comprennent des questionnaires, des grilles d'enregistrement et des guides d'entrevue (*Voir en annexe*). S'ajoutent à ceux-ci une grille qui a servi à brosser le portrait des dynamiques relationnelles entre les organismes du territoire et une deuxième ayant mis en évidence les perceptions relatives aux avantages et aux inconvénients associés aux relations entretenues avec les organismes préalablement identifiés.

L'ensemble des outils développés a permis de collecter l'information nécessaire aux fins d'apprécier les besoins des usagers, la formation de réseaux, la continuité des services ainsi que l'intégration des soins de santé et des services sociaux dans une logique interorganisationnelle. Les questions posées aux usagers portaient spécifiquement sur les raisons qui les ont menés à recourir à l'aide alimentaire, leurs besoins, leur histoire de recherche d'aide, la liste des organismes fréquentés au cours de l'année précédente, la fréquence de leur consultation et leur degré de satisfaction à l'endroit des services reçus et des activités auxquelles ils ont participé. Les questions à l'intention des représentants des organismes s'intéressaient aux usagers qui utilisaient leurs services et leurs besoins perçus. Nous les avons également interrogés sur l'organisation, le fonctionnement, les services offerts par leur organisme, ainsi que sur leur expérience de collaboration interorganisationnelle. Les participants avaient la possibilité de nous faire part de toutes les informations jugées utiles. Les entrevues semi-dirigées ont été enregistrées puis retranscrites intégralement, à l'exception de celles de trois usagers et d'un intervenant qui ont refusé d'être enregistrés.

### 3.3 Analyse de réseaux d'organismes de Salaberry-de-Valleyfield

L'analyse structurale des réseaux sociaux est une approche qui évalue les types de relations entretenues par différents acteurs d'un réseau qui sont, dans notre cas, les usagers et les organismes [7]. Elle permet de représenter visuellement, grâce à des sociogrammes, les relations entre les acteurs et de calculer différents indicateurs. Certains de ces derniers visent à caractériser le réseau dans son ensemble et d'autres sont propres aux acteurs.

Deux analyses de réseaux ont été effectuées. Elles ont permis d'étudier la dynamique de l'utilisation des services et d'identifier les organismes qui occupent une place centrale dans le parcours des personnes qui ont fréquenté le SAC. Les acteurs de ce réseau sont donc, d'une part, les usagers, et de l'autre, les organismes. Dans ce cas, la matrice du réseau créée est une matrice à deux entités soit bipartite ou « *two-mode network* » en anglais. La deuxième concerne uniquement les organismes. Comme la matrice est formée d'une seule entité, il s'agit d'une matrice de réseau unipartite ou « *one-mode network* » en anglais.

Les informations recueillies concernant les organismes ont été analysées selon l'approche promue par Provan et ses collaborateurs [52] et par Valente [70]. Nous avons d'abord apprécié les quatre types de relations existant entre les organismes ; le partage d'information, le partage de ressources, l'orientation d'usagers vers un organisme et l'accueil d'usagers en provenance d'un organisme. Ensuite, comme le suggèrent Provan et ses collaborateurs [52], nous avons évalué la dynamique relationnelle du réseau dans son ensemble en regroupant les quatre types de relations mentionnées ci-dessus. Le réseau obtenu se nomme méta-réseau. Enfin, nous avons regroupé les relations deux par deux. D'une part, le regroupement du partage d'information et du partage de ressources entre organismes nous a permis de créer un réseau sur le pouvoir et le contrôle. D'autre part, le réseau d'« échanges » d'usagers d'un organisme à l'autre dans le réseau étudié a été créé en réunissant l'accueil et l'orientation d'usagers.

De nombreux indicateurs ont été utilisés pour faire l'analyse de réseaux. Tel que précédemment mentionné, parmi ceux-ci, certains caractérisent le réseau au complet et d'autres sont spécifiques aux acteurs du réseau. Le tableau 5 ci-dessous décrit les indicateurs qui ont fait l'objet de notre analyse [12] [13] [54] [70] [73].

TABLEAU 5 – Définition des mesures de centralité utilisées dans l’analyse du réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire

Indicateur	Définition	Signification
<b>Indicateurs caractérisant le réseau</b>		
Degré moyen <i>Average Degree</i>	Moyenne du nombre de liens entre les acteurs du réseau.	Un degré moyen proche du nombre d’acteurs indique que les liens entre eux sont nombreux.
Centralisation de degré <i>Degree on Centralization*</i>	Moyenne du nombre de liens incidents aux différents acteurs.	Une centralisation de degré élevée indique qu’un réseau gravite autour d’acteurs clés.
Densité <i>Density</i>	Proportion de liens existants entre les acteurs par rapports au nombre de liens théoriquement possibles.	Une densité élevée décrit un réseau plus dense dans lequel la diffusion de l’information se fait plus rapidement.
Réciprocité des liens <i>Reciprocity</i>	Proportion de liens réciproques entre deux organismes.	Une réciprocité des liens élevée signifie qu’un nombre important d’acteurs se sont choisis mutuellement.
<b>Indicateurs caractérisant les acteurs</b>		
Centralité totale <i>Degree</i>	Nombre de liens liant un acteur aux autres. Dans le cas des matrices non-symétriques**, il s’agit de la somme des liens entrants et sortants d’un acteur.	Un score élevé indique qu’un acteur est plus susceptible d’être dans la circulation de l’information et donc de retenir une position centrale.
Centralité de prestige ou Centralité de degré entrant <i>In-Degree***</i>	Somme de liens reçus par un acteur (liens entrants).	Un score élevé démontre de la confiance de l’intérêt envers cet acteur. Cet indicateur permet d’identifier les leaders dans le réseau, donc les détenteurs du prestige.
Centralité de pouvoir ou Centralité de degré sortant <i>Out-Degree***</i>	Somme des liens initiés par un acteur (liens sortants).	Un score élevé signifie que l’acteur détient du pouvoir. Il initie un nombre important de liens avec les autres acteurs.
Centralité d’intermédiation <i>Intermediarity</i>	Capacité d’une acteur à servir de pont entre des acteurs qui ne sont pas reliés directement.	Un score élevé signifie qu’un acteur détient une position stratégique qui permet de réaliser la liaison entre plusieurs autres acteurs.

\*La centralisation constitue une mesure globale pour tout le réseau. Elle indique à quel point le réseau dépend d’acteurs clés alors que les mesures de centralité (centralité de degré et centralité d’intermédiation) caractérisent chaque acteur.

\*\*Une matrice est dite non-symétrique lorsque le sens de la liaison entre deux entités est pris en considération. Ainsi, les sociogrammes créés à partir de ces matrices sont orientés et les liens entre deux acteurs sont représentés par des flèches différenciant les liens entrants des liens sortants.

\*\*\*Valide dans le cas des matrices non-symétriques.

### 3.4 Analyse qualitative du contenu des entretiens

Nous avons examiné les expériences de vie ayant mené les répondants à recourir aux services d’aide alimentaire. Les segments significatifs ont été identifiés et catégorisés en tenant compte du moment auquel les répondants faisaient référence, soit aux événements survenus dans le passé (avant l’année 2013) ou aux événements concomitants (survenus

en 2013). Nous avons par la suite repéré les passages témoignant des besoins ressentis ou exprimés par les usagers et les besoins normés et rapportés par les professionnels, tels que définis par la typologie de Bradshaw [8] [9].

Les transcriptions d’entrevues ont été soumises à une analyse qualitative de contenu de type *analyse thématique* [51] [71] en deux étapes. En premier lieu, l’analyse verticale du contenu d’une entrevue consiste à analyser le matériau, à repérer les segments d’entretien porteur d’idées significatives et à les classer dans des catégories génériques préétablies de besoins conformément à la taxonomie de Bradshaw (une grille de codification commune a été développée pour les répondants). Deuxièmement, l’analyse transversale, qui, après comparaison du contenu des entrevues des usagers et des représentants d’organisme, vise à analyser les « corrélations » possibles entre les éléments selon une approche de ventilation des fréquences d’apparition de l’élément dans les réponses. La fréquence est un indice de popularité de l’élément, tandis que la ventilation fait référence aux relations de l’élément avec d’autres éléments. L’analyse de contenu relatif à l’action en réseau n’a tenu compte que de la première étape décrite précédemment.

## 4 Considérations éthiques

Sur le plan des considérations éthiques, une attention particulière a été portée à la présentation et à l’explication des objectifs aux participants, ainsi qu’au déroulement de la recherche et de leurs contributions attendues. Les participants ont été informés du protocole de la recherche, par la lecture intégrale des formulaires d’information et de consentement (*Voir en annexe*). La confidentialité et la protection des renseignements personnels ont été respectées selon les normes éthiques en vigueur. Le nom des organismes fréquentés pour les usagers échantillonnés du SAC et le nom des organismes interrogés dans le cadre de la recherche sont mentionnés. Les organismes ont cependant été regroupés par secteur d’activité en tenant compte de leur champ d’intervention dominant et un code a été attribué à chacun des participants afin de respecter le plus possible la confidentialité des répondants et des informations recueillies.

Les entrevues semi-dirigées ont été enregistrées après avoir obtenu le consentement éclairé des participants et une copie du formulaire d’information et de consentement signé par les parties concernées leur a été remise. L’étude a reçu l’approbation du Comité d’éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l’Université de Montréal (certificat d’éthique CERFAS-2013-14-115-D, délivré le 2 octobre 2013).

## 5 Limites de l’étude

Le projet de recherche-action sur l’insécurité alimentaire et le développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield avait pour objectif de mettre en lumière le fonctionnement du réseau local venant en aide aux personnes dans le besoin. Il explorait les liens entre les pratiques d’utilisation des services et l’organisation des réseaux de services. L’objectif était de mieux appréhender les pratiques de collaboration ainsi que l’intégration des services de protection sociale.

Les besoins des usagers et leurs expériences de recherche d’aide, l’offre de services et le fonctionnement des organismes, ainsi que les modes de collaboration et de concertation ont été identifiés uniquement sur la base des transcriptions des entrevues semi-dirigées individuelles. Durant ces entrevues, les participants ont partagé leurs expériences, vécus et perceptions relativement aux différentes thématiques abordées. C’est ce qui peut expliquer en partie certains écarts entre les besoins ressentis et exprimés des usagers et les besoins normés et rapportés par les représentants d’organisme. Les résultats s’appuient sur les perceptions des répondants et les interprétations des chercheurs. Conséquemment, ces résultats ne sont pas exempts des interprétations des analystes et des possibles glissements sémantiques.

Par ailleurs, la technique d’analyse des réseaux sociaux a permis d’examiner l’utilisation des services par les usagers et les pratiques de collaboration interorganisationnelle. La finalité est la reconstitution des liens entre les organismes à partir du point de vue des usagers qui formulent une demande de services et des organismes qui accueillent ou orientent ces derniers. L’analyse et la cartographie des liens possibles entre les organismes sont basées sur une liste d’organismes préalablement identifiés par les membres du comité local de pilotage et non sur une liste exhaustive de l’ensemble des organismes présents sur le territoire. Ainsi, les résultats obtenus sont tributaires de la sélection qui a été faite et de la mémoire des personnes interrogées. Faute d’observations directes systématiques sur le terrain, l’équipe de recherche ne peut évidemment se prononcer avec certitude sur les réelles pratiques de collaboration et les pratiques de concertation intersectorielle.

## 6 Conclusion

Au Québec, le recours aux banques alimentaires n'a cessé de progresser, connaissant même un accroissement continu sur trois années consécutives entre 2012 et 2015 et une augmentation de 27,9 % en 2015 par rapport à 2008 [50] [56]. En ce qui concerne le territoire de la Montérégie, l'insécurité alimentaire (11,8 % en 2011-2012) semble suivre une tendance similaire à celle du Québec [39]. Sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield, environ 20 organismes sont approvisionnés par Moisson Sud-Ouest, bien que seul deux d'entre eux (le Café des Deux Pains et le SAC) soient essentiellement dédiés à l'alimentation. Cependant, l'ensemble des organismes font face à une augmentation des demandes d'aide alimentaire, parallèlement à une diminution de leurs ressources financières.

Le comité de pilotage constitué d'intervenants, de gestionnaires et de chercheurs s'est intéressé au fonctionnement, à la continuité entre les services du réseau d'aide alimentaire et à la manière de répondre collectivement aux besoins des usagers. L'enjeu est double. Il s'agit de trouver des solutions aux limites des possibilités d'action afin de satisfaire les besoins des usagers en situation d'insécurité alimentaire, tout en cherchant à combler les lacunes de coordination et de complémentarité des services du réseau local.

L'étude expose les besoins et les expériences en matière de recherche d'aide alimentaire de 30 usagers du SAC. Ce sont également 21 représentants d'organisme provenant de différents secteurs d'activités qui ont participé à la recherche.

En somme, ce premier rapport consistait à présenter les considérations générales relatives à la recherche, tant à l'égard du cadre théorique que de la collecte des données empiriques. Le deuxième rapport fera état des premiers résultats en lien avec l'expérience de recherche d'aide et les besoins qui ont été rapportés par les usagers du SAC du territoire de Salaberry-de-Valleyfield. Le troisième rapport décrira l'offre de service des organismes communautaires du territoire de Salaberry-de-Valleyfield ainsi que les motifs de fréquentation et d'utilisation par les usagers. Le quatrième rapport mettra en perspective les pratiques de collaboration intersectorielles entre les organismes du territoire de Salaberry-de-Valleyfield. Le cinquième rapport exposera le processus d'intégration des services de protection sociale et de sécurité alimentaire. Enfin, le sixième rapport fera une synthèse des résultats de l'étude. Il intégrera la réflexion portant sur la concertation intersectorielle et le développement local des organismes communautaires et institutionnels qui œuvrent dans le domaine de l'aide alimentaire sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield.

La présente recherche n'avait pas pour ambition d'établir le portrait statique de la situation qui prévalait à un moment donné sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield. Elle visait plutôt à mettre en lumière les facteurs engagés dans les dynamiques relationnelles de réseaux d'intervention et de gouvernance intersectorielle en matière de services sociaux. De telles observations et déductions s'avèrent plus constantes dans le temps. En ce sens, l'insécurité alimentaire constituait un prétexte à l'étude de la collaboration interorganisationnelle. Ainsi, nos résultats ont le potentiel de s'appliquer à différentes problématiques sociales mettant en action un réseau d'organisations.

## Références

- [1] Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working together* : Sage Publications Newbury Park, CA.
- [2] Banques alimentaires du Québec. (2013). Bilan-Faim Québec 2013. Montréal : Banques alimentaires du Québec. Repéré à : <http://www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2015/07/6b85fc88ae6f1a608f8c18953d6a0065.pdf>
- [3] Bédard, D., Charbonneau, M., Pagé, L. et Pronovost, R. (2001). *Réseau de services intégrés : Ses principes, concepts et composantes*. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Direction de la santé publique et de l'évaluation. 35 p.
- [4] 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.
- [5] Berwick, D. M., Thomas W. N. et Whittington, J. (2008). The triple aim : care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- [6] Bourque, D. (2008). Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés.
- [7] Borgatti, S. P. et Everett, M. G. (1997). Network analysis of 2-mode data. *Social networks*, 19(3), 243-269.
- [8] Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. *New Society*, 30(3), 72.
- [9] Bradshaw, J. (2013). Jonathan Bradshaw on Social Policy. Selected Writings 1972-2011. University of York. Repéré à : <http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/JRB.pdf>. 345 p.
- [10] Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G. et Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et solidarité*, 38(1), 8-23.
- [11] 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*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal : 225-250.
- [12] Carley, Kathleen M, & Jeff Reminga. (2004). Ora : Organization risk analyzer. DTIC Document. p.
- [13] Carley, Kathleen M., Jürgen Pfeffer, Jeff Reminga, Jon Storricks, & Dave Columbus. (2013). *ORA User's Guide*.
- [14] Centre de Santé et de services sociaux du Suroît. (2013). *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. 62.
- [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] Dowler, E. et S. Leather (2000). Spare some change for a bite to eat ? From primary poverty to social exclusion : the role of nutrition and food. *Experiencing Poverty*. A. Ashgate. UK : 200-218.
- [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] Fuhse, J. A. (2009). The Meaning Structure of Social Networks\*. *Sociological Theory*, 27(1), 51-73.
- [21] Fiese, B. H., Davis Koester, B. et Waxman, E. (2014). Balancing household needs : The non-food needs of food pantry clients and their implications for program planning. *Journal of Family and Economic Issues*, 35(3), 423-431.
- [22] Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et Politiques*(55), 25-32.
- [23] Gauvin, J. L., Cossette, M., Lépine, L., Malette, M. et Langlois, A. (1996). *Agir ensemble pour contrer l'insécurité alimentaire*, Montréal : Ordre professionnel des diététistes du Québec.
- [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] Hamelin, A.-M., Beaudry, M. et Habicht, J.-P. (2002). Characterization of household food insecurity in Quebec : food and feelings. *Social science & medicine* 54(1) : 119-132.
- [30] Hamelin, A.-M., Mercier, C. et Bédard, A. (2008). Perception of needs and responses in food security : divergence between households and stakeholders. *Public Health Nutrition*, 11(12), 1389-1396.
- [31] Hamelin, A.-M., Mercier, C. et Bédard, A. (2010). Discrepancies in households and other stakeholders viewpoints on the food security experience : a gap to address. *Health education research*, 25(3), 401-412.
- [32] Institut de la statistique du Québec (2015). 16 - La Montérégie, ses municipalités régionales de comté (MRC) et ses territoires de conférence régionale des élus (CRÉ). Repéré à : [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_16/region\\_16\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_16/region_16_00.htm).
- [33] Lachance, B., Pageau, M. et Roy, S. (2006). Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Service de la promotion de saines habitudes de vie). Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf>.
- [34] Lapointe, D., Chevrier, P., Sauvé, L., Monette, R., Jalbert-Desforges, A., Geneau, C., Bergevin, J., Boucher, L.-P. et Pelletier, R. (2013). Politique de développement social 2013-2016, Ville de Salaberry-de-Valleyfield, 11p.
- [35] Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30.
- [36] Lazega, Emmanuel. (2014). Réseaux sociaux et structures relationnelles : « Que sais-je ? » n 3399 : Presses universitaires de France.
- [37] Leatt, P., Pink, G. H. et Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *HealthcarePapers*, 1(2).
- [38] Lessard, S. et Leclerc, B.-S. (2014). L'évaluation des besoins des usagers des services d'aide alimentaire sur le territoire de Saint-Laurent. Rapport d'évaluation, 32 p.
- [39] Maisonneuve, C., Blanchet, C. et Hamel, D. (2014). L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012. Collection Surveillance des habitudes de vie (no 4), Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1858.pdf).
- [40] Mercier, C. d. et a. l. c. d. P. F.-S. e. A. Métivier (1999). Portrait des organismes communautaires de la MRC de Sherbrooke, 94 p.
- [41] 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.
- [42] 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.
- [43] 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.
- [44] 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.
- [45] Ministère de la Santé et des services sociaux. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. L. D. d. c. d. m. d. l. S. e. d. S. sociaux. 26 p.
- [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] Pageau, M. (2008a). Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire (Rapport de recherche), Gouvernement du Québec, 39 p. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-208-01.pdf>
- [48] Pageau, M. (2008b). Schéma conceptuel - Déterminants de la sécurité alimentaire dans Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire. Mise à jour 2008, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale de la santé publique : Services de promotion des saines habitudes de vie). Repéré à : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/dsdc/securite-alimentaire.fr.html> : 2.



- [49] Pegg, S. et D. Stapleton (2014). Bilan-Faim : Un rapport complet sur la faim et l'utilisation des Banques alimentaires au Canada. Mississauga, Ontario, Banques alimentaires Canada. Repéré à : [www.foodbanksCanada.ca/getmedia/e53c4353-8124-4bd0-b021-9bbce290372e/Bilan-Faim2014.pdf.aspx?ext=.pdf](http://www.foodbanksCanada.ca/getmedia/e53c4353-8124-4bd0-b021-9bbce290372e/Bilan-Faim2014.pdf.aspx?ext=.pdf) : 40.
- [50] Pegg, S. et D. Stapleton (2015). Bilan-Faim : Un rapport complet sur la faim et l'utilisation des Banques alimentaires au Canada. Mississauga, Ontario, Banques alimentaires Canada. Repéré à : [www.foodbanksCanada.ca/getmedia/15fc1a9d-bbcc-41eb-a545-f2320729757d/Bilan-Faim2015.pdf.aspx?ext=.pdf](http://www.foodbanksCanada.ca/getmedia/15fc1a9d-bbcc-41eb-a545-f2320729757d/Bilan-Faim2015.pdf.aspx?ext=.pdf) : 40.
- [51] Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique, dans Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.) La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur : 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] 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.
- [54] Reminga, Jeffrey, & Kathleen M Carley. (2003). Measures for ORA (Organizational Risk Analyzer). Institute for Software Research School of Computer Science, Carnegie Mellon University, 22.
- [55] Reid, R. J., McKendry, R. Haggerty, J. (2002). Defusing the Confusion : Concepts and Measures of Continuity of Health Care : Final Report : Canadian Health Services Research Foundation = Fondation canadienne de la recherche sur les Services de santé.
- [56] Rhissa, Z. O., Demers, P. et Chantrel, G. (2015). Bilan-Faim Québec 2015. Montréal : Banques alimentaires du Québec. Repéré à [www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2015/11/BilanFaimQc2015.pdf](http://www.banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2015/11/BilanFaimQc2015.pdf).
- [57] Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (Eds.). (2009). *Le Nouveau Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : PR1
- [58] 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>
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] Rouffignat, J., Dubois, L. Panet-Raymond, J. Lamontagne, P., Cameron, S. et Girard, M. (2002). *Agir pour la sécurité alimentaire : soutenir des pratiques d'intervention favorisant le développement social*, Québec : PUL, 30 p.
- [62] 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. Repéré à <http://www.cdcdugranit.com/uploads/pdf/Scuhjubyzr.pdf>.
- [63] Statistique Canada (2012). "Salaberry-de-Valleyfield, Québec (Code 0971) et Québec (Code 24) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012. Repéré à [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F)." Tarasuk, V. (2001). A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada, *Health Education & Behavior* 28(4) : 487-499.
- [64] Tarasuk, V. (2001). A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada. *Health Education & Behavior*, 28(4), 487-499.
- [65] Tarasuk, V. et Eakin, J. M. (2003). Charitable food assistance as symbolic gesture : an ethnographic study of food banks in Ontario, *Social science & medicine* 56(7) : 1505-1515.
- [66] Tarasuk, V. et Eakin, J. M. (2005). Food assistance through "surplus" food : Insights from an ethnographic study of food bank work, *Agriculture and Human Values* 22(2) : 177-186.
- [67] Tarasuk, V., Mitchell, A. et Dachner, N. (2013). *Insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2012 (Rapport de recherche)*, PROOF. Repéré à : <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2014/05/Household-2012.pdf>

- [68] Tarasuk, V., Mitchell, A. et Dachner, N. (2015). Household Food Insecurity in Canada, 2013 (Rapport de recherche), PROOF, Repéré à : <http://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/10/foodinsecurity2013.pdf>
- [69] Tsai, A., Bangsberg, D.R., Frongillo, E.A., Hunt, P.W., Muzoora, C., Martin, J.N. et Weiser, S.D. (2012). Food insecurity, depression and the modifying role of social support among people living with HIV/AIDS in rural Uganda, *Social Science Medicine*, 74(12) : 2012-19.
- [70] Valente, T. W. (2010). *Social networks and health : Models, methods, and applications* : Oxford University Press.
- [71] Van der Maren, J.-M.. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation. Méthodes en sciences humaines.* : Paris : DeBoeck Université. 2e éd.. 502 p.
- [72] Weber, M. (1995). *Économie et société : Les catégories de la sociologie, Tome I.* Paris : Pocket.
- [73] Wei, Wei, Jürgen Pfeffer, Jeffrey Reminga, & Kathleen M Carley. (2011). Handling weighted, asymmetric, self-looped, and disconnected networks in ORA : DTIC Document.
- [74] 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/>
- [75] World Food Summit (1996). *Rome Declaration on World Food Security.* Food and Agriculture Organization of the United Nations. 13 November 1996.
- [76] Yin, R. K. (2008). *Case study research : Design and methods (applied social research methods) (Fourth ed.)*. California : Sage Publications, London.