

L'analyse des interventions complexes en santé publique : le cas de la prévention des ITSS à Montréal

Angèle Bilodeau, Ph.D.^{1,2}, Jean Beauchemin, MSc., MPH¹, Denis Bourque, Ph.D.³, Marilène Galarneau, MSc.¹

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Recourir à une théorisation de l'intervention comme système d'action complexe pour analyser la collaboration parmi les acteurs du programme de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à Montréal afin d'en dégager les principaux problèmes de fonctionnement et des scénarios possibles de changement pour améliorer l'atteinte de ses finalités.

MÉTHODE : Une étude descriptive a été réalisée, triangulant trois sources de données : les politiques et programmes publics; les documents liés à la gestion du système; des entrevues auprès de ses trois classes d'acteurs. Les résultats ont été validés auprès des acteurs.

RÉSULTATS : Cinq principaux problèmes de fonctionnement qui affectent la capacité du système à produire les services escomptés ont été identifiés ainsi que les stratégies que déploient les acteurs pour y faire face.

CONCLUSION : Deux scénarios de transformation du système d'action sont discutés afin d'accroître son efficacité à atteindre ses buts.

MOTS CLÉS : intervention complexe; intervention en réseau; système d'action collective; prévention des ITSS; théories sociales; collaboration public-communautaire

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(2):e177-e182.

Depuis les années 1980 l'intervention en réseau, telle que l'action intersectorielle et les partenariats public-communautaire, constitue un important mode de production des services d'intérêt public¹. Au Québec, la loi de 2004 instituant les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et leur mandat de coordination de réseaux locaux de services en renforce l'intérêt. Basés sur des négociations et des collaborations interprofessionnelles, inter-organisationnelles et intersectorielles, ces réseaux hybrides donnent lieu à des systèmes d'action complexes, multi-stratégiques et multi-niveaux où la combinaison de savoirs et de ressources d'acteurs interdépendants est susceptible de conduire à des innovations, comme solution à des problèmes complexes^{2,3}. En revanche, ces formes hybrides d'organisation exigent de nouvelles formes de gouvernance collective. Dans ces réseaux hybrides, qu'ils soient émergents ou mandatés, la nécessaire construction de normes partagées et d'interactions mutuellement profitables est difficile à réaliser et peu de connaissances systématiques en documentent les conditions d'un fonctionnement synergique et efficace^{4,7}. Cet article rapporte l'analyse d'un tel système d'intervention en réseau, mandaté par un programme public, soit le programme montréalais de prévention des ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang). Devant la difficulté du réseau à infléchir la progression des épidémies, la recherche a pour but de dégager ses principaux problèmes de fonctionnement et des scénarios possibles de changement pour une meilleure atteinte de ses finalités.

Comprises comme des systèmes sociaux complexes, l'analyse de telles interventions requiert de recourir à des théories sociales qui permettent de les appréhender dans leur contexte, de considérer les interrelations entre les différentes entités faisant partie de la situation⁸, de soutenir une interprétation structurée de l'action collective et d'investiguer les questions d'intérêt^{9,10}.

Cadre théorique

Le cadre théorique de l'étude a été retenu pour sa capacité à appréhender l'intervention comme une action collective comprenant plusieurs acteurs d'horizons divers appelés à collaborer aux processus d'élaboration et de mise en œuvre⁸. Il prend appui sur les théories sociologiques de l'acteur stratégique¹¹ et de l'acteur-réseau¹²⁻¹⁴ pour concevoir ce type d'intervention comme des systèmes d'action complexes (Figure 1). Ces systèmes sont définis

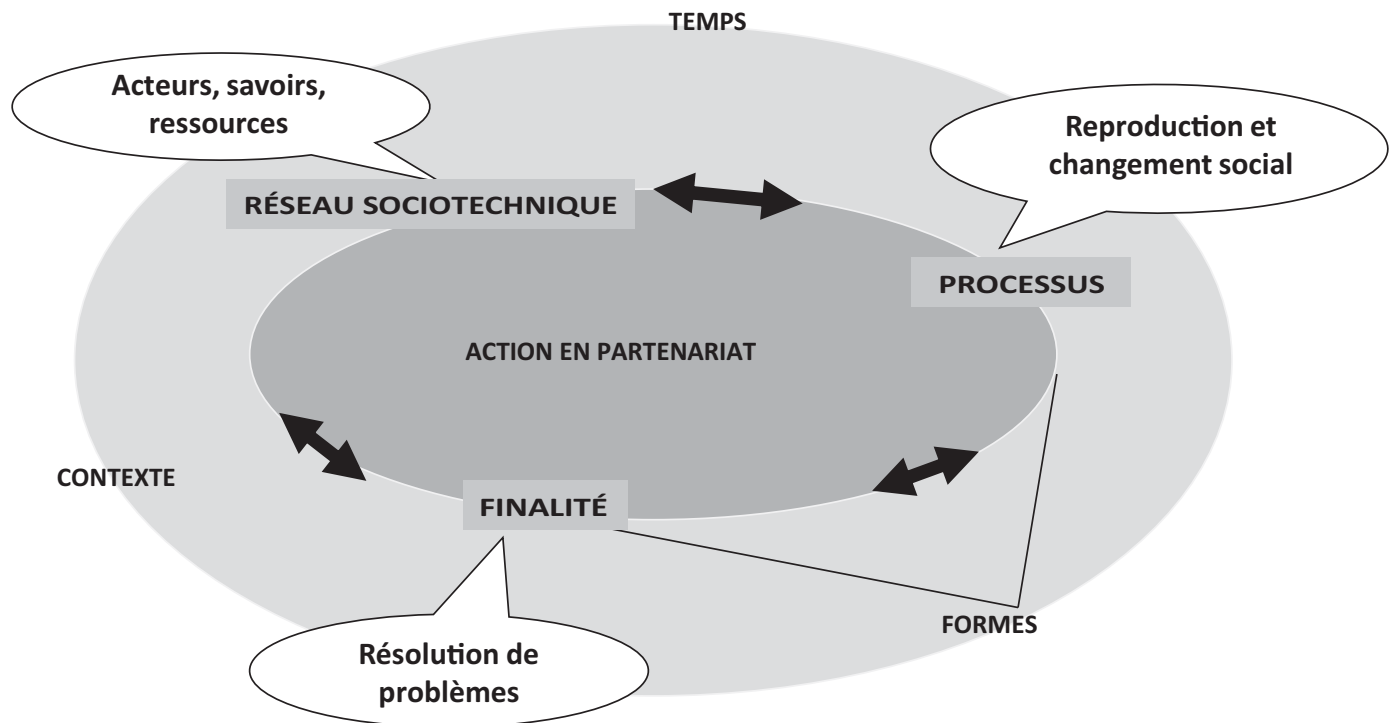
Author Affiliations

1. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, QC
2. Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, Montréal, QC
3. Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC

Correspondance : Angèle Bilodeau, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 1301 Sherbrooke Est, Montréal, QC H2L 1M3, Tél. : 514-528-2400, poste 3399, Téléc. : 514-528-2351, Courriel : abilodea@santepub-mtl.qc.ca

Remerciements : Cette recherche a bénéficié du soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous remercions les membres de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les CSSS et les organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS pour leur participation à la recherche.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Figure 1. Modélisation de l'action en partenariat comme système d'action complexe

comme des réseaux sociotechniques (RST) qui opèrent des processus de reproduction ou de transformation du social en vue de l'atteinte de finalités^{15,16}. Les RST relient des acteurs détenteurs de savoirs scientifiques et expérimentiels, de même que des entités non-humaines telles que des politiques, des programmes, du financement ou des technologies, qui disposent d'une capacité d'action. Les acteurs mobilisés sont des acteurs stratégiques en ce qu'ils ont une identité, une histoire et des projets et qu'ils occupent une position sociale qui comporte des contraintes et des atouts. Ils sont porteurs d'intérêts et déploient des stratégies pour les satisfaire, en vertu des enjeux soulevés par le changement. Les atouts dont disposent les acteurs, et qu'ils mobilisent, et les stratégies qu'ils élaborent façonnent leurs rapports de pouvoir. Cette relation de pouvoir, bien que rarement équilibrée, comporte l'interdépendance des acteurs qui permet de concevoir le fonctionnement collectif et la coopération.

Les actions menées par ces réseaux composent des processus qui reproduisent ou transforment les systèmes d'action. Pour qu'un système d'action opère, il importe qu'un rôle soit accepté et endossé par chacun des acteurs engagés¹⁷. Le processus réussira mieux si les acteurs identifient et tentent de dépasser les controverses qui les empêchent de coopérer de même que si les arrangements de partenariat sont construits de manière à réduire la subordination découlant du déséquilibre structurel du pouvoir parmi eux¹⁸. La finalité de tels systèmes d'action est la transformation d'une situation jugée problématique. Elle s'articule autour d'un projet réaliste et partagé qui pousse les acteurs porteurs de missions spécifiques à coopérer. Enfin, ces systèmes d'action sont en interaction constante avec leur environnement qu'ils transforment et qui les transforme dans le temps, où s'opèrent des échanges constants d'idées, de technologies ou de ressources.

MÉTHODE

L'intervention sous étude est le programme montréalais de prévention des ITSS¹⁹, balisé par les orientations gouvernementales²⁰. Le réseau d'intervention rassemble des acteurs publics et communautaires autour de la mission de joindre et dispenser des services préventifs à différentes populations vulnérables aux ITSS.

Une recherche descriptive de nature interprétative, en référence au cadre théorique retenu, a été réalisée²¹. L'unité d'analyse est l'intervention observée, de 2004 à 2008, suivant la création des CSSS. L'étude documente les dynamiques collaboratives entre ses trois classes d'acteurs : DSP, CSSS et organismes communautaires (OC); les rôles attendus et accomplis et les finalités visées par chaque classe d'acteurs; et les stratégies déployées ou envisagées pour faire face aux problèmes qui nuisent à la collaboration. Trois sources de données ont été utilisées : 1) 18 entrevues réalisées en 2008-2009 auprès des trois classes d'acteurs (4 DSP, 6 CSSS, 8 OC). Les répondants sont les responsables des services ITSS dans chaque organisation*. Les CSSS et les OC retenus sont représentatifs des sous-régions du territoire, des populations cibles prioritaires (UDI, HARSAH† et jeunes en difficulté) et de leur mission ITSS centrale ou périphérique (pour les CSSS, une mission régionale SIDEP‡ a été considérée comme centrale); 2) Les documents administratifs relatifs à la gestion du système : comptes rendus de réunions des structures de concertation (~60) et leurs sous-comités pertinents, et documents

* En vertu du certificat éthique (MP-ASSS-MTL-08-002) émis par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, un consentement écrit à participer a été signé par les participants, comportant l'engagement des chercheurs à la confidentialité; l'anonymat des participants est assuré par la dé-nominalisation des données pour ce qui est des individus.

† UDI : Utilisateur de drogues par injection; HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

‡ Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP).

attendants tels que des plans, guides de pratique et bilans d'activités; 3) Les politiques et programmes publics régissant historiquement le système d'action (~40 documents). Les données ont été organisées par thème, en vertu du cadre théorique, en recourant au logiciel NVivo-8. Une analyse de contenu thématique a été réalisée en triangulant les trois sources de données²¹. Le portrait des collaborations a d'abord été produit et validé par classe d'acteurs. L'analyse a par la suite été validée auprès de l'ensemble des acteurs lors d'un forum régional en janvier 2010. La validation a généré des informations nouvelles réintroduites dans l'analyse et a permis de préciser ou enrichir les interprétations des chercheurs.

RÉSULTATS

Les résultats²² décrivent le réseau montréalais en prévention des ITSS tel qu'existant en 2009, les représentations qu'ont les acteurs du problème des ITSS et des solutions appropriées, les rôles qu'ils accomplissent, leurs pratiques et leur expérience des rapports interorganisationnels et intersectoriels au sein du réseau. Ensuite, les principaux problèmes de fonctionnement du système d'action sont présentés ainsi que les stratégies des acteurs pour y faire face.

Réseau sociotechnique mobilisé

Le RST du système d'action relie ses trois classes d'acteurs : 1) la DSP est le planificateur public régional et le gestionnaire des programmes de financement des CSSS (SIDEF) et des OC. Elle assure la gouvernance du réseau en fournissant des savoirs experts et des ressources informationnelles et financières, en assurant l'interface avec le MSSS, et en soutenant la concertation au sein de chaque classe d'acteurs; 2) les 12 CSSS montréalais sont des acteurs publics locaux ayant une responsabilité populationnelle d'offre de services curatifs et préventifs et un mandat de coordination des réseaux locaux de services. Les CSSS du centre-ville et de la périphérie font face à des besoins populationnels différents et n'accordent pas la même priorité aux ITSS; 3) les 17 OC financés par la DSP pour réaliser le volet communautaire de l'intervention¹⁹ ont, pour certains, une mission centrale de lutte aux ITSS, alors que d'autres intègrent cette tâche à leur mission principale d'intervention plus globale auprès des populations cibles. Ce réseau comprend aussi les populations vulnérables aux ITSS que les dispensateurs de services cherchent à joindre et à engager dans la prévention, de même que les entités non humaines qui exercent un rôle structurant dans le système, soit les politiques et programmes ministériels en prévention des ITSS^{20,23} et les orientations de la DSP^{19,24}. Le RST est caractérisé par une double sectorisation qui s'opère parmi ses acteurs selon les populations qu'ils desservent et le degré de centralité des ITSS dans leurs activités. Les acteurs se trouvent ainsi faiblement attachés entre eux, étant surtout liés par des intérêts instrumentaux tels que le programme de financement des OC ou le soutien de la DSP à la planification locale des CSSS en prévention des ITSS.

Le RST engage ses trois classes d'acteurs dans des rôles spécifiques et, bien qu'il y ait convergence de vue sur ces rôles, trois tensions principales réduisent leur capacité à les endosser pleinement et à collaborer. Premièrement, pour la DSP, son rôle de soutien à la première ligne et de mise en réseau des acteurs s'exerce mieux dans des rapports horizontaux alors que son rôle de gestionnaire et de bailleur de fonds impose un rapport plus hiérarchique vis-à-vis les OC et les CSSS; deuxièmement, pour les CSSS, leur organisation par programme (ex.: dépendances, santé mentale) rend difficile leur

mission de services de première ligne auprès des personnes vulnérables aux ITSS qui requièrent des interventions transversales; troisièmement, les acteurs publics comptent particulièrement sur le rôle d'intermédiaire endossé par les OC afin de joindre et favoriser l'accès des personnes vulnérables aux services publics. Cette complémentarité recherchée entre en tension avec le maintien de l'autonomie et de la spécificité de l'action communautaire qui privilégie une pratique plus globale.

Les actions produites par le réseau sont de joindre les populations vulnérables aux ITSS et leur favoriser l'accès au matériel de protection, aux services de dépistage et de traitement, et aux services psychosociaux de proximité. Ces activités sont largement définies de l'extérieur par les programmes gouvernementaux, et à l'interne par la DSP, qui agissent en définisseur des problèmes et solutions. Différentes innovations sont développées par le réseau dans ce créneau, telles que : les services infirmiers de proximité; les sites d'injection supervisée; une charte d'engagement des lieux commerciaux à la promotion de pratiques sexuelles sécuritaires; ou des stratégies d'*empowerment* individuel et collectif conduisant à la défense des droits. Les acteurs font toutefois le constat que, malgré leurs efforts, ce qu'ils font est insuffisant pour endiguer les épidémies²⁴. Ils mettent de l'avant deux ordres de facteurs explicatifs, soit les problématiques sociales qui rendent l'intervention difficile auprès des populations vulnérables aux ITSS et des facteurs liés à l'organisation des services préventifs et curatifs.

Cinq problèmes de fonctionnement du système d'action

Les tensions au sein du réseau, qui nuisent à l'accomplissement des rôles, se répercutent dans divers problèmes du système d'action qui en réduisent l'efficacité. Cinq problèmes ont été reconstruits par les chercheurs à partir des constats des acteurs. Puisqu'ils n'ont pas tous les mêmes intérêts, ces problèmes ne soulèvent pas pour eux les mêmes enjeux et ils n'anticipent pas forcément les mêmes gains et pertes face au changement.

1) Liaison difficile des services publics et communautaires de première ligne

L'accès aux services des CSSS, organisés par programme, pose problème pour les usagers des OC qui font face à des difficultés multiples nécessitant des interventions globales, continues et sans délai. La continuité s'organise principalement autour de l'infirmière de proximité du CSSS qui dispense ses services dans les locaux des OC et agit comme gestionnaire de cas pour l'accompagnement et la référence vers les autres services du CSSS. Ces services infirmiers *extra-muros* sont souvent instables et discontinus vu le fort roulement de personnel à ces postes. De plus, les ententes de collaboration CSSS-OC sont précaires et entraînent peu d'apprentissage organisationnel du fait qu'elles sont négociées à la pièce entre des personnes et rarement formalisées entre les organisations. L'enjeu pour les CSSS est de répondre adéquatement aux besoins des usagers à haut risque sans compromettre leur offre de services généraux, en contexte de ressources limitées. Quant aux OC, un meilleur arrimage est nécessaire pour davantage de reconnaissance comme partenaire indispensable du réseau.

2) Approches généralistes versus spécialisées en prévention des ITSS

Deux conceptions de l'intervention en proximité coexistent parmi les pratiques communautaires et une controverse a cours sur les

référents en vue d'établir leur efficacité. L'approche généraliste, empruntant au travail de rue, privilégie la santé globale des personnes sollicitant les services et tente de répondre à l'ensemble de leurs besoins, dont la distribution du matériel de protection; l'approche d'agent de prévention cherche plutôt à se rendre aux usagers (*outreach*) en ciblant particulièrement les risques imminents en ITSS afin de leur procurer le matériel nécessaire. Pour les uns, l'*outreach* est considéré comme une instrumentalisation du travail de l'intervenant qui se trouve réduit à la distribution du matériel de protection au détriment de la création de liens avec l'utilisateur alors que pour les autres, le travail de rue n'est pas dénaturé puisque le matériel de protection sert d'outil d'approche et permet de tisser des liens. L'enjeu porte sur l'objectif d'efficacité promu par la DSP qui en appelle à l'uniformisation des interventions autour des pratiques considérées efficaces et prioritaires, à savoir l'*outreach* et une distribution accrue du matériel de protection, en contrepartie de la reconnaissance des savoirs d'expérience et de la diversité des pratiques communautaires.

3) Offre régionalisée ou localisée des services en CSSS

En vertu de son rôle de planificateur régional, la DSP s'attend à ce que chaque CSSS offre un tronc commun de services locaux pour chaque population cible. Or, les services existants en CSSS sont inégalement répartis alors que certains CSSS disposent déjà de SIDEPE, d'une concentration sur leur territoire d'OC pouvant contribuer à l'offre de services et, pour d'autres, de collaborations avec des cliniques médicales spécialisées en ITSS. L'attente de la DSP est partagée par les CSSS centraux, sur-sollicités, tandis que des CSSS plus périphériques n'en voient pas l'utilité en raison d'autres priorités populationnelles et de la faible présence de certaines populations cibles sur leur territoire.

4) Statu quo versus refonte du mode d'allocation financière des OC

Bien que le programme régional de financement soit le principal élément liant les OC au système d'action, les règles d'allocation financière viennent contraindre leurs collaborations de trois façons principales. Premièrement, le financement par organisme, par projet ou entente de services, et sa non-récurrence, induisent un climat de compétition et un cloisonnement entre les organismes; il permet peu la planification à long terme, l'intégration et la continuité des activités dédiées aux mêmes populations, du fait que des ressources additionnelles seraient requises pour la coordination. Deuxièmement, le financement par catégories d'OC définies en vertu d'une population cible principale renforce leur cloisonnement puisque leur participation à la planification est sollicitée par la DSP pour cette population alors que la plupart ont développé une expertise avec plusieurs populations. Troisièmement, une iniquité perçue persiste dans le financement des différentes catégories d'OC selon qu'on se réfère à la prévalence ou l'incidence des ITSS chez les différentes populations cibles. L'enjeu est ici de taille puisqu'il s'agit d'un jeu à somme nulle (pas de financement additionnel) et que tous n'en sortiraient pas gagnants.

5) Consolidation ou extension du réseau d'acteurs

Devant la progression constante des épidémies d'ITSS, des acteurs considèrent une reconfiguration de leur réseau afin d'accroître l'efficacité de leur système d'action. D'une part, certains privilégient une consolidation du réseau actuel autour du continuum

prévention-protection-dépistage-traitement, invitant les OC financés qui accomplissent diverses actions connexes à la prévention des ITSS devant les problèmes complexes à recourir à la référence et à resserrer leurs pratiques autour des rôles attendus d'eux. La consolidation appelle aussi la participation d'OC non actuellement financés et un engagement accru des services publics de dépistage et de traitement, sans négliger les populations cibles à davantage intéresser. D'autre part, des acteurs privilégient de s'associer de nouveaux partenaires, vers l'amont, pour des actions davantage populationnelles en prévention-promotion de la santé, et vers l'aval, pour rendre plus accessibles les services hors ITSS destinés aux mêmes populations en les adaptant et les arrimant aux services ITSS, notamment par l'établissement de corridors de services. Les enjeux d'une extension du réseau sont importants, en aval comme en amont, puisque celle-ci pourrait entraîner des pressions pour une reproblématisation de la prévention des ITSS et un nouveau partage des ressources.

Stratégies de changement des acteurs devant les problèmes de leur système d'action

Trois types de stratégies sont déployées ou envisagées par les acteurs en vue d'améliorer le fonctionnement de leur système d'action, soit des stratégies structurelles, cognitives et politiques²⁵. Les stratégies structurelles (restructuration et réorganisation) consistent à modifier les structures organisationnelles, physiques ou symboliques (systèmes de croyances, de valeurs), afin de remodeler les rapports entre les acteurs et orienter les pratiques. Les stratégies déployées cherchent surtout à construire dans le réseau une force centripète pour faire contrepoids à la sectorisation, telle que la création de structures de concertation régionale comme lieux d'échange sur les pratiques et de production de règles communes. Déployées en synergie avec les précédentes, les stratégies cognitives sont des possibilités pour que les acteurs créent des liens, partagent de l'information, des savoirs et des outils, de sorte à développer un répertoire commun et améliorer leurs collaborations et leurs pratiques. Il peut s'agir de présentations sur les services ou les organisations, d'activités de formation ou d'explicitation des pratiques en vue d'une meilleure reconnaissance. Les structures de concertation régionale sont fréquemment utilisées pour ces interactions. Enfin, les stratégies politiques (influence) cherchent à agir sur des acteurs internes ou externes du système dont l'action (ou l'inaction) est jugée névralgique, au sens où elle conditionne l'atteinte des résultats souhaités. Ces stratégies consistent pour les acteurs à mobiliser leurs atouts (ex. : présentation de mémoires, représentations politiques, alliances ou coalitions) pour viser des changements dans le sens de leurs intérêts, tels qu'un financement accru, l'amélioration de l'accès et des services ITSS ou l'intéressement de nouveaux acteurs aux besoins des populations cibles.

DISCUSSION

Afin de soutenir la réflexion des acteurs sur la résolution des problèmes de fonctionnement exposés, parmi diverses trajectoires possibles, cette recherche permet d'appuyer la discussion de deux scénarios de transformation du RST qui comportent chacun des incertitudes, des possibilités et des limites. Le premier est axé sur le renforcement du réseau autour de son approche de réduction des risques et le second implique un recentrage de l'intervention sur les déterminants sociaux des ITSS, dans une perspective de promotion de la santé.

Dans le système étudié, les acteurs sont reliés par le cadre programmatique de l'intervention, par le rôle de leadership et de régulation de la DSP et par la concertation régionale structurée par classe d'acteurs. Ce cadre définit les finalités et les stratégies de l'intervention selon une approche principale consistant à cibler des conduites individuelles à risque sur le plan des ITSS chez des groupes sociaux vulnérables. Cette condition permet la constitution d'un savoir considérable, scientifique et expérientiel, et le développement de pratiques innovantes autour de la stratégie de réduction des méfaits qui est centrale dans le programme. En contrepartie, cette condition a pour conséquence de reléguer à la périphérie du système d'action la reproblématisation plus globale de la prévention des ITSS. Puisque joindre davantage les populations vulnérables est au cœur des préoccupations, un scénario de changement à considérer est de chercher constamment à placer ces populations au centre du réseau et, conséquemment, les OC qui sont reconnus pour en être des porte-parole et agir en intermédiaire. La position stratégique occupée par ces acteurs peut être revue en rehaussant leur statut et leurs rôles, notamment de deux façons : par une contribution plus importante à la planification pour l'ensemble du système d'action, plutôt que pour le seul volet communautaire, au sein d'une structure régionale qui réunirait ses trois classes d'acteurs; par davantage d'ouverture au pluralisme des stratégies de prévention qui favoriserait la résolution des controverses au sujet de leur efficacité.

La théorie de l'acteur-réseau appelle aussi au rallongement des réseaux en vue d'apporter d'autres expertises, ressources et possibilités d'action^{8,12,26}. Les acteurs déjà engagés ciblent des acteurs pertinents avec lesquels bâtir de nouveaux réseaux d'action, entraînant un déplacement ou l'élargissement de leur réseau initial pour atteindre des finalités collectivement redéfinies. Ce qui implique un co-investissement de ressources dans le réseau ainsi reconfiguré. Le rallongement du système d'action vers l'amont apparaît être un scénario de changement à envisager afin de conjuguer l'approche par populations à risque, qui domine actuellement la pratique, à une approche par populations vulnérables, plus appropriée en promotion de la santé. La première s'adresse à des risques sanitaires liés à des conduites individuelles alors que la seconde s'adresse aux conditions sociales qui rendent des groupes sociaux vulnérables à des risques spécifiques. Cette dernière approche est plus apte à réduire l'incidence en agissant sur les mécanismes sociaux de production des conduites à risques²⁷. L'enjeu est l'intégration des ITSS avec d'autres problèmes socio-sanitaires connexes qui affligent les mêmes populations, tels que la discrimination, les dépendances, le passage à la rue ou la prostitution avec la perspective de s'adresser, de façon plus globale et sur une base territorialisée, aux conditions sociales communes qui rendent ces populations vulnérables*. Cela implique, pour les acteurs en prévention des ITSS, de considérer que l'action plus en amont sur les conditions sociales de vulnérabilité fait partie de leur domaine d'action, alors que ces stratégies

* L'épidémiologie des ITSS et des conduites à risque chez les jeunes en difficulté appuie cet argument. Elle montre qu'une forte majorité des jeunes de la rue a déjà transité par le système de protection de la jeunesse²⁸. Si une importante proportion (~30 %) des jeunes de la rue consomme des drogues par injection²⁹, chez les jeunes encore à la charge du système de protection de la jeunesse, leur consommation de drogues par injection est plutôt faible (6,2 % à vie chez les filles et 1,5 % chez les garçons)³⁰. Chez cette population, le passage à la rue apparaît comme une condition sociale de vulnérabilité et un déterminant important du passage à l'injection qui, lui-même, comporte un risque important d'infection au VIH et au VHC.

demeurent sous-problématisées dans leur cadre programmatique actuel^{19,24}.

CONCLUSION

Recourir aux théories sociales pour l'analyse et le développement des interventions conduit à focaliser sur leur transformation afin d'accroître leur efficacité, en les concevant comme des systèmes d'action dynamiques qui interagissent avec leur contexte. Ainsi, reconfigurer ou rallonger le réseau d'acteurs peut permettre de diversifier les sources de savoirs, créer de nouveaux rôles et de nouvelles actions, et mobiliser de nouvelles possibilités dans les contextes d'action.

RÉFÉRENCES

1. Evers A. Mixed welfare systems and hybrid organizations: Changes in the governance and provision of social services. *Int J Public Admin* 2005;28(9-10):737-48.
2. Weber EP, Khademian AM. Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public Admin Rev* 2008;68(2):334-49.
3. Ferlie E, Fitzgerald L, McGivern G, Dopson S, Bennett C. Public policy networks and 'Wicked Problems': A nascent solution? *Public Admin* 2011;89(2):307-24.
4. McGuire M, Agranoff R. The limitations of public management networks. *Public Admin* 2011;89(2):265-84.
5. Bourque D. *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec, 2008.
6. Bryson JM, Crosby BC, Stone MM. The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Admin Rev* 2006;66(S1):44-55.
7. Rodriguez C, Langley A, Beland F, Denis JL. Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration and Society* 2007;39(2):150-93.
8. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol* 2009;43:267-76.
9. May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: The normalization process model. *BMC Health Serv Res* 2007;7:148-54.
10. Willis K, Daly J, Kealy M, Small R, Koutroulis G, Green J, et al. The essential role of social theory in qualitative public health research. *Aust N Z J Public Health* 2007;31:438-43.
11. Crozier M, Friedberg E. Organizations and collective action: Our contribution to organizational analysis. *Res Sociol Organizations* 1995;13:71-92.
12. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique* 1986;36:169-208.
13. Callon M. Introduction. Dans : Callon M (Éd.), *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris : La découverte, 1988;7-33.
14. Latour B. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2005.
15. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. Integrating social theory into public health practice. *Am J Public Health* 2005;95(4):591-95.
16. Potvin L, Bisset S. There is more to methodology than method. In: Potvin L, McQueen D (Eds.), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research*. New York, NY: Springer, 2008;63-80.
17. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: Exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Educ Behav* 2002;29(6):683-98.
18. Bilodeau A, Galarneau M, Fournier M, Potvin L. L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Rev can santé publique* 2011;102(2):298-302.
19. Direction de santé publique de Montréal. Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal. Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux, 2010.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009. Québec : Gouvernement du Québec, 2004.
21. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*, 2^{ème} Édition. Bruxelles : De Boeck, 2003.
22. Bilodeau A, Beauchemin J, Bourque D, Galarneau M. L'intervention en prévention des ITSS à Montréal. Potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS. Cahiers de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC). Gatineau, QC : Université du Québec en Outaouais, 2011.

L'ANALYSE DES INTERVENTIONS COMPLEXES

23. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec : Gouvernement du Québec, 2010.
24. Direction de santé publique de Montréal. Rapport du directeur de santé publique sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang à Montréal. Joindre plus, dépister plus, traiter plus. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, 2010.
25. Denis JL, Lamothe L, Langley A, Breton M, Gervais J, Trottier LH, et al. The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of major public sector reforms. *Can Public Admin* 2009;52(2):225-48.
26. Bilodeau A, Allard D, Lefebvre C, Cadrin H, Pineault MJ. Le protocole socio-judiciaire en matière de violence conjugale : une mobilisation ciblée pour une innovation limitée dans un champ fortement conflictuel. *Rev can criminologie et de justice pénale* 2007;49(3):403-22.
27. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008;98(2):216-21.
28. Roy É, Haley N, Godin G, Boivin JF, Claessens C, Vincelette J, et al. L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue: rapport d'étape numéro 3. Montréal : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux, 2004.
29. Roy É, Boudreau JF, Leclerc P, Boivin JF, Godin G. Trends in injection drug use behaviors over 10 years among youth. *Drug Alcohol Depend* 2007;89:170-75.
30. Lambert G, Haley N, Jean S, Tremblay C, Frappier JY, Otis J, et al. Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux et Institut national de santé publique du Québec, 2010.

Reçu : 24 août 2012

Accepté : 5 janvier 2013

ABSTRACT

OBJECTIVES: Based on a theory of intervention as a complex action system, analyze collaboration among partners in Montréal's sexually transmitted and blood-borne infections (STBBI) prevention program to identify main operations problems and possible scenarios for change to achieve better outcomes.

METHODS: A descriptive study was conducted using three data sources – public policies and programs, system management documents, and interviews with three types of partners. The results were validated with stakeholders.

RESULTS: Five main operations problems affecting the capacity of the system to provide expected services were identified, as well as strategies the partners use to address these.

CONCLUSION: Two scenarios for system change to increase its effectiveness in achieving program goals are discussed.

KEY WORDS: Complex intervention; network intervention; system of collective action; STBBI prevention; social theories; public-community collaboration