L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation

Angèle Bilodeau, Ph.D.^{1,3}, Marilène Galarneau, M.Sc.², Michel Fournier, M.Sc.², Louise Potvin, Ph.D.^{1,3}

RÉSUMÉ

Objectifs : L'action sur les déterminants sociaux de la santé requiert que les acteurs de santé publique s'engagent dans des actions en partenariats intersectoriels. Un frein important à une argumentation convaincante sur l'action en partenariat est le manque d'outils valides pour en évaluer la qualité. Devant cette lacune, l'*Outil* présenté dans cet article évalue les processus de l'action collective autour des dimensions clés de son efficacité.

Méthode : L'*Outil* est fondé sur un modèle théorique découlant d'études de cas qui identifient les conditions associées à la qualité des partenariats. Son élaboration a consisté à opérationnaliser ces conditions en une série d'énoncés. L'*Outil* a été pré-testé en recourant à la méthodologie de l'entrevue cognitive. Sa validité de construit et sa validité écologique ont été vérifiées.

Résultats : L'*Outil* comporte 18 items se répondant par un choix parmi trois options. Il est apte à capter les variations dans les jugements, permet une bonne convergence entre les répondants d'un même partenariat et conduit à départager les partenariats ayant des difficultés sur certaines conditions. L'*Outil* convient à l'auto-évaluation de partenariats engagés dans un projet commun dépassant le seul échange d'information.

Discussion : La validité de l'*Outil* réside dans sa procédure de validation et dans la solidité du modèle théorique à sa base, que renforcent plusieurs recensions d'écrits sur le fonctionnement et les résultats des partenariats.

Mots clés : partenariat; intersectorialité; théorie de la traduction; validation de questionnaires

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

Rev can santé publique 2011;102(4):298-302.

L'amélioration des conditions de vie représente, pour la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, la première priorité pour la réduction des inégalités sociales de santé¹. Puisque la plupart de ces conditions (éducation, logement, alimentation, environnement urbain) relève d'autres secteurs que celui de la santé, la poursuite d'un tel objectif requiert que les acteurs de santé publique s'engagent dans des actions en partenariat avec les acteurs intersectoriels pertinents. Or, un frein important à une argumentation convaincante sur l'action en partenariat est le manque d'outils valides pour en évaluer la qualité²⁻⁵. En réponse à cette lacune, cet article présente les fondements théoriques et la méthodologie d'élaboration et de validation de l'*Outil diagnostique de l'action en partenariat*, de même que le type de diagnostic qu'il produit. L'article conclut avec une discussion sur sa validité. Cet outil est conçu pour apprécier les processus de l'action collective de réseaux d'acteurs autour des dimensions clés de son efficacité.

Fondements théoriques

L'*Outil* est fondé sur un modèle de l'action en partenariat découlant d'une série d'études de cas qui visaient à identifier les conditions associées à la qualité des partenariats dans des interventions du domaine de la santé publique⁶⁻¹¹. Dans ces études de cas, les interventions en partenariat ont été considérées comme des innovations sociales et, au plan théorique, l'analyse s'est appuyée sur la sociologie de la traduction¹²⁻¹⁵. Cette sociologie allie deux idées qui

permettent de réfléchir l'action en partenariat. La première idée stipule que la mise en œuvre réussie d'une innovation repose sur la solidité du réseau sociotechnique qui la porte. Cette notion renvoie à la création de liens nouveaux entre des entités disparates, ce qui est le cas des partenariats intersectoriels. La seconde idée soutient que la construction d'un réseau solide nécessite un travail incessant de traduction formé d'échanges continus et structurés entre les acteurs concernés sur le sens donné aux actions entreprises, collectivement et pour chaque groupe d'acteurs. Ce processus de traduction se construit par quatre opérations enchevêtrées : 1) la problématisation, qui est la mise en mouvement des acteurs autour d'un projet provisoire leur permettant de se présenter avec leurs intérêts, ce qui les divise et les relie au regard de l'innovation

Affiliations des auteurs

1. École de santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC
2. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, QC
3. Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal, Montréal, 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 : abilodeau@santepub-mtl.qc.ca

Remerciements : Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Chaire FCRSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal (Montréal, QC) et du GRAVE-ARDEC (Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants / Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté). Nous remercions la Coalition montréalaise des tables de quartier et les tables de Laval et Sherbrooke (Québec, Canada) pour leur participation à la production de l'*Outil*.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

proposée; 2) l'intéressement, qui se joue dans les stratégies des acteurs afin d'en rallier d'autres à leur définition des rôles; 3) l'enrôlement, comme aboutissement de l'intéressement dans des rôles négociés et jugés acceptables par les acteurs pour eux-mêmes et l'avancée du projet; 4) la mobilisation, qui constitue l'atteinte d'une masse critique d'acteurs en alliance, rendant le projet crédible.

Dans ces études de cas, la qualité de l'action en partenariat a été appréciée selon trois critères : 1) la force d'entraînement du partenariat, qui traduit sa capacité à maintenir et rallonger le réseau d'acteurs qui porte le projet; 2) l'ancrage du projet, qui exprime sa pertinence aux yeux des acteurs et son adéquation au contexte et aux problèmes identifiés; 3) la viabilité du projet, qui représente son potentiel de transformation des situations dans le sens voulu. Le modèle de l'action en partenariat qui fonde l'*Outil* identifie deux attributs du processus conduisant à ces critères de qualité, soit la dynamique de la participation et les arrangements de partenariat.

La dynamique de la participation est le fruit de l'interaction entre le promoteur d'un projet et les acteurs qu'il cherche à mobiliser. Cette mise en mouvement des acteurs se fait autour d'une définition de la situation qui pose problème et que l'intervention vise à transformer. Quant aux arrangements de partenariat, quelle qu'en soit la forme (protocole d'entente, règlement, mémoire ou autres), ils découlent d'un travail de construction de la coopération par la résolution des controverses qui divisent les acteurs, celles-ci étant généralement liées à des questions de pouvoir ou de paradigmes d'action.

La dynamique de la participation favorise la qualité du partenariat si elle rencontre quatre conditions. Dans ces conditions, l'accès et le partage de l'information constituent les ingrédients actifs par lesquels la participation contribue à la qualité de l'action en soutenant l'élargissement des possibilités de convergence parmi les intérêts des acteurs. Ces conditions sont : 1) la couverture de l'ensemble des perspectives ayant cours sur la question d'intérêt : la participation doit être suffisamment étendue pour rassembler la diversité des perspectives ayant cours sur la situation, de sorte à élargir la zone de convergence parmi les acteurs; 2) l'intéressement précoce des acteurs pour les décisions stratégiques : les acteurs doivent être mobilisés pour les choix stratégiques et non seulement pour les aspects opérationnels; 3) l'engagement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence sur la décision : les partenaires doivent être engagés à un degré qui dépasse la consultation et dans un processus qui leur permet d'influencer la décision; 4) l'engagement des acteurs stratégiques et névralgiques pour le projet : les acteurs névralgiques (sans qui l'action ne peut être réalisée) et stratégiques (qui sont requis pour entraîner la participation d'autres acteurs essentiels) doivent tous être mobilisés.

Quant aux arrangements de partenariat, ils entraînent des gains de qualité de l'action s'ils rencontrent deux conditions : 5) des arrangements construits de sorte à favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir parmi les acteurs : il s'agit de structures et de mécanismes qui tendent à réduire l'effet de subordination découlant de l'inégalité structurelle parmi les acteurs. Cela se reconnaît dans des espaces communs où les acteurs peuvent repérer des signes concrets de leur influence et de leur interdépendance; 6) des arrangements qui supportent la co-construction de l'action : il s'agit de compromis négociés qui sont une sorte de dosage entre les registres d'action des acteurs concernés, visant l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir en commun. Ces compromis résultent du traitement des

controverses qui divisent les acteurs, étant entendu que le processus innovant opère par la résolution des controverses. Cette co-construction est perceptible lorsque des progrès dans la pensée et l'action découlent de la conjugaison des ressources et des paradigmes d'action des partenaires.

MÉTHODE

L'élaboration et la validation de l'*Outil* ont eu recours à trois méthodes. Son élaboration a consisté à opérationnaliser les six conditions de qualité en une série d'énoncés appelant le répondant à situer son partenariat quant au degré d'atteinte de chaque condition. Un pré-test de l'*Outil* a été réalisé en recourant à l'entrevue cognitive¹⁶, une méthode participative de pré-test d'un questionnaire focalisant sur la compréhension des questions et des choix de réponses par les répondants. Des entrevues de groupe, où les répondants verbalisent leur compréhension lorsqu'ils répondent aux questions, ont été réalisées par un interviewer spécialisé dans le domaine. Les données ont été analysées par les chercheurs en rapport avec le modèle théorique qui fonde l'*Outil* afin d'identifier et corriger les problèmes que comportaient les énoncés. Les entrevues de groupe ont aussi servi à vérifier la validité écologique de l'*Outil*, à savoir si les énoncés ont du sens dans le contexte où œuvrent les utilisateurs auxquels il est destiné¹⁷. Enfin, la validité de construit de l'*Outil* a été analysée. Celui-ci correspond à un modèle formatif où les items (les conditions) sont des caractéristiques du construit (la qualité de l'action en partenariat). Ce construit résulte du regroupement des items sans que ceux-ci soient nécessairement reliés entre eux¹⁸.

La recherche a été réalisée au cours de 2007-2008 sur une base volontaire avec des tables locales multisectorielles et composées d'acteurs publics et communautaires, soit 23 tables membres de la Coalition montréalaise des tables de quartier, deux tables de Laval et trois tables de Sherbrooke (Québec, Canada).*

RÉSULTATS

L'élaboration et la validation de l'*Outil*

Une première version de l'*Outil* comportant 23 items se répondant sur une échelle de type Likert à quatre niveaux a été élaborée par l'adaptation d'items sélectionnés dans des outils existants¹⁹⁻²⁶ et l'élaboration de nouveaux items. Le pré-test, réalisé auprès de deux groupes de huit et cinq participants issus du regroupement montréalais, a résulté en un nouvel outil à 23 items, suite à la modification de sept items et au remplacement de quatre items, visant à ce que la compréhension des participants corresponde au sens donné par les chercheurs ou à prendre en compte des spécificités de la pratique partenariale des participants.

Une validation de construit a été réalisée auprès de 15 tables issues du regroupement montréalais totalisant 97 répondants, d'où ressortent deux principaux constats. Premièrement, l'*Outil* capte peu les variations dans les jugements, les répondants ayant tendance à répondre favorablement. Seul 1 % des réponses sont « fortement en désaccord » alors que 89,5 % sont soit « passablement » ou « fortement » en accord avec les énoncés (Figure 1, Version 1). Ce

* Un consentement écrit à participer, comportant l'engagement des chercheurs à la confidentialité, a été signé par les répondants. L'anonymat a été assuré par la dénominalisation des données pour ce qui est des individus.

Figure 1. Distribution des réponses selon la modalité choisie

résultat peut s'expliquer par le fait que les répondants tendent à faire porter leur jugement sur le bien-fondé de la condition plutôt que sur son degré d'atteinte dans leur partenariat. Deuxièmement, les corrélations intra partenariat sont faibles (coefficient de corrélation intra classe $<0,001$, $p=0,44$) et l'*Outil* ne permet pas d'établir de différences entre les tables ($F(10; 86) = 1,01$; $p=0,446$). Ce résultat peut indiquer que les énoncés ne sont pas assez spécifiques de sorte que l'appréciation des répondants peut porter sur des aspects différents vu qu'ils évaluent une réalité complexe.

Ces résultats peu satisfaisants ont conduit à retravailler l'*Outil* afin qu'il puisse mieux soutenir le jugement des répondants sur leur partenariat et capter la variation des jugements. L'échelle de Likert a été remplacée, pour chaque item, par un choix parmi trois niveaux d'atteinte de la condition, ces niveaux étant des énoncés de situations dans lesquelles les répondants peuvent mieux répondre à partir de leur expérience. La formulation de situations à choisir pour chacun des items entraîne un certain remaniement des énoncés et conduit à un nouvel outil comportant 18 items. Le pré-test du nouvel *Outil* auprès de deux groupes de cinq et six participants issus du regroupement montréalais a conduit à la modification de l'énoncé de 4 items. La validation de construit a été réalisée auprès de 28 partenariats du regroupement de Montréal et des tables de Laval et Sherbrooke, totalisant 272 répondants. Les résultats, plus satisfaisants, se déclinent en deux points. Premièrement, un accroissement de la variation dans les réponses est observé. Les répondants reconnaissent plus souvent qu'une condition n'est pas (7,8 %) ou que partiellement (29,1 %) rencontrée (Figure 1, Version 2). Deuxièmement, une amélioration des corrélations intra partenariat est observée (coefficient de corrélation intra classe = 0,198, $p<0,001$). Proposer des situations aide à rapprocher les jugements des répondants d'un même partenariat sur leur situation et réduit la variation entre leurs réponses. L'*Outil* est aussi plus apte à distinguer les tables ayant de meilleurs et de moins bons résultats ($F(27; 244) = 3,38$; $p<0,001$). L'*Outil* permet ainsi d'identifier les partenariats ayant des difficultés sur certaines conditions, leurs résultats étant plus faibles pour le bloc d'items ayant trait à ces conditions.

La version finale de l'*Outil*, accessible en ligne²⁷, comporte 18 items mesurant le degré d'atteinte des six conditions associées à la qualité des partenariats. Il se répond en choisissant, pour chaque item, parmi trois situations reflétant trois niveaux d'atteinte de la condition.

Le diagnostic produit par l'*Outil*

L'*Outil* fournit un diagnostic de nature qualitative référant aux meilleures pratiques puisqu'il est fondé sur des études empiriques et sur une théorie de l'action. Il permet de poser un diagnostic à trois niveaux : 1) les items non répondus indiquent les aspects importants du partenariat qui échappent à une partie des répondants; 2) les items auxquels on ne peut trouver de réponse convergente indiquent des zones possibles de controverses parmi les acteurs; 3) les items pour lesquels les appréciations sont plus faibles indiquent que le partenariat a un problème autour de ces conditions, ou à l'inverse, les appréciations plus élevées indiquent les forces du partenariat. Le diagnostic peut être ponctuel, ou comparé longitudinalement pour un même partenariat, ou de façon transversale entre plusieurs partenariats. De façon longitudinale, le choix parmi trois niveaux d'atteinte de la condition permet aux utilisateurs d'apprécier le chemin parcouru. De façon transversale, dans un contexte donné, si plusieurs partenariats rencontrent des problèmes autour des mêmes items, cela peut conduire à identifier des enjeux collectifs pouvant interpeller les niveaux supra locaux de la gouverne.

La validation écologique de l'*Outil* indique qu'il convient à l'évaluation de partenariats engagés dans un projet commun qui doit dépasser le seul échange d'informations et de ressources^{8,28}. La procédure d'autoévaluation s'insère dans la conduite courante des partenariats. La discussion des différents énoncés et le partage d'informations entre les membres d'un partenariat s'avèrent la meilleure voie pour poser un diagnostic juste. Les différents usages de l'*Outil* sont plus amplement discutés dans une autre publication²⁹.

DISCUSSION

La spécificité de l'*Outil* est d'évaluer le degré d'atteinte des conditions de qualité de l'action en partenariat et d'orienter les parte-

naires dans l'amélioration de leurs pratiques. La validité d'un tel outil de nature qualitative réside dans sa procédure d'élaboration et de validation, explicitée plus haut, et dans la solidité du modèle théorique qui le fonde. La solidité d'une théorie tient au fait qu'elle a subi l'épreuve et continue d'être ouverte aux démarches de vérification empirique. Dans le cas du modèle théorique de l'action en partenariat, sa solidité repose d'abord sur le cadre théorique de la sociologie de la traduction issu de dizaines d'études de cas de processus d'innovation. Elle repose ensuite sur nos propres études de cas^{6,8,11} montrant que, dans des contextes différents, les conditions spécifiées dans le modèle entraînent des résultats positifs, et leur contraire des résultats inverses, venant renforcer sa solidité.

La solidité du modèle est aussi renforcée par les conclusions de plusieurs recensions d'écrits sur le fonctionnement et les résultats des partenariats⁵. Ces recensions montrent que les partenariats efficaces sont caractérisés par un rapport égalitaire parmi les acteurs sans égard à leur position sociale, par leur engagement précoce dans le processus et un contrôle réel des acteurs des communautés sur les orientations et la conduite de l'action³⁰⁻³³. D'autres auteurs mettent de l'avant la notion de synergie comme valeur ajoutée du partenariat entraînant son efficacité. Cette synergie signifie la combinaison des savoirs, habiletés et ressources des partenaires, dépassant le seul échange d'information ou de ressources et engageant les acteurs dans la création d'initiatives nouvelles^{20,21}. Ces conditions s'avèrent centrales dans le modèle théorique de l'action en partenariat à la base de l'Outil. Le raisonnement de ces auteurs, appuyé sur de larges recensions d'écrits et sur des recherches portant sur de nombreuses initiatives, nous conduit à affirmer avec assez d'assurance la pertinence du modèle théorique à la base de l'Outil.

Enfin, c'est à l'usage que s'apprécie et s'améliore un outil diagnostique. Celui proposé ici a déjà montré une certaine validité et pertinence pour apprécier les conditions de qualité des partenariats, suffisamment pour en recommander l'usage. Son utilisation devrait conduire à des recherches ayant pour but d'en documenter davantage la validité en vertu des critères reconnus et d'instrumenter l'interprétation des résultats, favorisant que les utilisateurs soient mieux à même de poser leur diagnostic sur leur partenariat.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé, 2008.
2. Larsen PD. From programme theory to constructivism: On tragic, magic and competing programmes. *Evaluation* 2001;7(3):331-50.
3. Barnes M, Elizabeth M, Sullivan H. Evidence, understanding and complexity. Evaluation in non-linear systems. *Evaluation* 2003;9(3):265-84.
4. Auspos P, Kubisch AC. *Building Knowledge About Community Change. Moving Beyond Evaluations*. New York, NY: The Aspen Institute, 2004.
5. Bilodeau A, Allard D. Des indicateurs de l'état des lieux aux indicateurs des processus du développement social. Dans : Sénécal G (Éd.), *Les indicateurs socioterritoriaux. Perspectives et renouvellement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007; 221-34.
6. Bilodeau A, Chamberland C, White D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Can J Program Evaluation* 2002;17(2):59-88.
7. Bilodeau A, Lefebvre C, Allard D. Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas des programmes de prévention du VIH/Sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2002. Sur Internet : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/098_PreventionVIHSidaGaisMtlCentre.pdf (consulté le 18 octobre 2010).
8. Bilodeau A, Lapierre S, Marchand Y. Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003. Sur

Internet : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf> (consulté le 18 octobre 2010).

9. Bilodeau A, Lefebvre C, Allard D. Les priorités nationales de santé publique 1997-2002. Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas du déploiement du programme Naître Égale - Grandir en santé dans la région des Laurentides. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2003. Sur Internet : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/239-NaitreEgaleLaurentides.pdf> (consulté le 18 octobre 2010).
10. 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. *Can J Criminology Criminal Justice* 2007;49(3):403-22.
11. Allard D, Bilodeau A, Lefebvre C. Le travail du planificateur public en situation de participation. Dans : Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L (Éds.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaétan Morin, 2006;479-94.
12. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique* 1986;36:169-208.
13. Callon M, Latour B. Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé* 1986;36:13-25.
14. Amblard H, Bernoux P, Herreros G, Livian YF. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil, 1996.
15. Latour B. *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte, 2006.
16. Presser S, Couper MP, Lessler JT, Martin E, Martin J, Rothgeb JM, Singer E. Methods for testing and evaluating survey questions. Dans : Presser S, Rothgeb JM, Couper MP, Lessler JT, Martin E, Martin J, Singer E (Éds.), *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2004;1-22.
17. Brewer M. Research design and issues of validity. Dans : Reis H, Judd C (Éds.), *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000;3-17.
18. Jarvis CB, MacKenzie SB, Podsakoff PM. A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research. *J Consumer Research* 2003;30(2):199-218.
19. Watson J, Speller V, Markwell S, Platt S. The Verona Benchmark: Applying evidence to improve the quality of partnership. *Promotion & Education* 2000;2:16-23.
20. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Q* 2001;79(2):179-205.
21. 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.
22. Hardy B, Hudson B, Waddington E. *Assessing Strategic Partnership. The Partnership Assessment Tool*. London, UK: Office of the Deputy Prime Minister, 2003. Sur Internet : <http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/135112.pdf> (consulté le 18 octobre 2010).
23. Duignan P, Casswell S, Howden-Chapman P, Barnes HM, Allan B, Conway K. *Community Project Indicators Framework: Its Use in Community Projects*. Wellington, NZ: Ministry of Health, 2003. Sur Internet: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/\\$FILE/CPIF0203.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/$FILE/CPIF0203.pdf) (consulté le 18 octobre 2010).
24. Halliday J, Asthana S, Richardson S. Evaluating partnership: The role of formal assessment tools. *Evaluation* 2004;10(3):285-303.
25. Riesler JA, Bouchard C. L'efficacité des consortiums locaux : le défi du leadership. Montréal : Cahiers du Grave-Ardec, 2004.
26. Centre for the Advancement of Collaborative Strategies in Health. *Partnership Self-assessment Tool*. New York, NY: New York Academy of Medicine, 2004. Sur Internet: <http://cacsh.org/pdf/psatquestionnaire.pdf> (consulté le 18 octobre 2010).
27. Bilodeau A, Galarneau M, Fournier M, Potvin L, Sénécal G, Bernier J. *Outil diagnostique de l'action en partenariat*. Montréal : Chaire Approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008. Sur Internet : http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Outil_DX_%20partenariat.pdf (consulté le 18 octobre 2010).
28. Bourque D. *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2008.
29. Bilodeau A, Galarneau M, Fournier M, Potvin L. Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités. Dans : Potvin L, Moquet MJ, Jones C (Éds.), *Réduire les inégalités sociales en santé*. Paris : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, 2010;334-45.
30. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int* 1998;13(2):99-120.
31. Symes SL. Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy* 2004;1(1):1-5. Sur Internet : http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/pdf/03_0001.pdf (consulté le 18 octobre 2010).
32. Lasker RD, Weiss ES. Broadening participation in community problem solving: A multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *J Urban Health Bull NY Acad Med* 2003;8(1):14-60.

33. Chavis D, Lee K, Buchanan R. *Principles for inter group projects: A first look*. Gaithersburg, MD : Association for the Study and Development of Community, 1999.

Reçu : 20 novembre 2010
Accepté : 24 mars 2011

ABSTRACT

Objectives: Intervening on social determinants of health requires that public health stakeholders enter into intersectoral partnerships. The lack of valid tools to evaluate the quality of partnerships is a significant constraint to formulating convincing arguments for this kind of action. In light of this shortcoming, the tool described in this article evaluates processes of collective action based on key aspects of its effectiveness.

Method: The tool is based on a theoretical model that followed from case studies identifying the conditions associated with quality of partnerships. The tool was developed by operationalizing these

conditions into a series of statements, and pretested using the cognitive interviewing method. Construct validity and ecological validity were verified.

Results: The tool includes 18 items, with 3 answer choices provided for each item. It is sensitive to variations in judgement. It allows for good convergence among respondents from participating organizations within a partnership; it can also distinguish between partnerships that have difficulty meeting certain conditions and those that do not. The tool is suitable for self-evaluation of partnerships engaged in common projects that involve more than information exchange.

Discussion: The tool's validity resides in its validation procedure and in the basic soundness of its theoretical model, which is supported by a number of literature reviews on how partnerships function and their results.

Key words: Partnership; intersectoral action; actor network theory; questionnaire validation

Coming Events • Activités à venir

26th World Congress on Suicide Prevention

Integrating Cultural Perspectives in the Understanding and Prevention of Suicide

13-17 September 2011

Beijing, China

Contact:

www.iaspchina.org

Network: TUFH International Conference 2011

Integrating Public and Personal Health Care in a World on the Move

17-21 September 2011

Graz, Austria

Contact:

www.the-networktufh.org/conference

Canadian Association for Suicide Prevention 2011 National Conference

New Conversations on Suicidality

3-5 October 2011

Vancouver, BC

Contact:

www.casp2011.ca

Engaging Priority Populations

A joint initiative of the Ontario Public Health Association and Health Promotion Ontario

5-6 October 2011

Toronto, ON

Contact:

www.ophafallforum.ca

E-mail: admin@opha.on.ca

The Art and Science of Knowledge Exchange

19-20 October 2011

Toronto, Ontario

Contact:

www.catie.ca/eng/GetInvolved/ASKE2011.shtml

42nd Union World Conference on Lung Health

Partnerships for Scaling-up and Care

26-30 October 2011

Lille, France

Contact:

www.worldlunghealth.org/

HealthAchieve 2011

7-9 November 2011

Toronto, ON

Contact:

www.healthachieve.com/

Canadian Injury Prevention and Safety Promotion Conference/Conférence canadienne sur la prévention des traumatismes et la promotion de la santé

Be Visible/Sois visible

Co-hosted by Safe Communities Canada, Safe Kids Canada, SMARTRISK, the Canadian Red Cross and ThinkFirst Canada/Parrainée par : Communautés sécuritaires Canada, SécuriJeunes Canada, SAUVE-QUI-PENSE, la Croix-Rouge Canadienne et la fondation canadienne Pensez d'Abord

16-18 November/novembre 2011

Vancouver, BC

Contact/contacter :

www.injurypreventionconference.ca

CDPAC Fourth Pan-Canadian Conference

Integrated Chronic Disease Prevention: It Works!

8-10 February 2012

Ottawa, Ontario

Contact:

www.cdpac.ca/content.php?doc=196

15th World Conference on Tobacco or Health

International Epidemiology Association

20-24 March 2012

Singapore

Contact:

wctoh2012.org/

CALL FOR ABSTRACTS

13th World Congress on Public Health

Moving Towards Global Health Equity: Opportunities and Threats

21-29 April 2012

Addis Ababa, Ethiopia

Contact:

www.etpha.org/2012/

Deadline for Abstracts: October 21, 2011