

Faculté des sciences sociales
**Département de sociologie
et d'anthropologie**



Participation citoyenne, francophonie minoritaire et gouvernance des services de santé : les conceptions des acteurs

**Maurice Lévesque, Ph.D.
Sociologie et Anthropologie
Nathalie Burlone, Ph.D.
École d'études politiques**

avec la collaboration de Émilie Boyer

janvier 2010



uOttawa

**L'Université canadienne
Canada's university**

1. INTRODUCTION

L'objectif de cette recherche vise à identifier et à analyser les conceptions de la participation citoyenne développées par des acteurs impliqués dans la problématique de la santé en français en milieu minoritaire. La recherche, commanditée par le Consortium national de formation en santé (CNFS) et appuyée par la Société santé en français (SSF), s'inscrit dans un contexte qu'on doit rappeler pour situer ses objectifs et sa portée.

L'idée de participation citoyenne apparaît comme une des stratégies adoptées par la SSF dans son effort de développer son propre réseau et d'impliquer les communautés dans la problématique de la santé en situation minoritaire. Associée à d'autres préoccupations organisationnelles en vogue dans l'univers de la santé, tel que les partenariats ou les « réseaux », la question de la participation citoyenne apparaît comme une stratégie prometteuse du point de vue de SSF pour contribuer à l'atteinte de ses objectifs. Par ailleurs, il existe une certaine quantité de recherches qui font le point sur les différentes approches de la « participation citoyenne », y compris dans le contexte des francophones minoritaires. De même, différents modèles ont été développés et suggérés afin de favoriser ou de mettre en œuvre des expériences de participation citoyenne¹.

C'est dans ce contexte que cette recherche s'inscrit et que son objectif se définit. D'une part, la recherche tend à éviter de faire double emploi eu égard aux connaissances existantes quant aux modèles de la participation citoyenne. D'autre part, elle ne vise pas à analyser la pertinence, les forces et les limites de la stratégie de participation citoyenne. Son objectif général se limite spécifiquement à l'analyse des conceptions de l'idée de la participation citoyenne formées et véhiculées par des personnes directement impliquées au quotidien dans la problématique de la santé en français. La recherche propose ainsi de tabler sur les expériences, attentes et vues des acteurs impliqués dans le secteur visé afin de dégager, de façon inductive, les composantes les plus importantes de leur conception implicite de la participation citoyenne.

Cet objectif est associé à une caractéristique bien connue de la plupart des initiatives de mobilisation, qu'elles reposent sur une logique de participation citoyenne ou partenariale, à savoir que le succès de ce genre d'initiatives réside, comme condition essentielle bien qu'insuffisante en elle-même, dans le fait que l'ensemble des acteurs impliqués doivent posséder une vision commune du projet, de ses objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. La recherche repose donc sur l'hypothèse que l'adhésion à l'idée de la participation citoyenne et, incidemment, à un modèle de mise en œuvre (pensons par exemple à l'approche dialogique proposée par Bouchard et Vézina (2008)), n'indique pas forcément que les acteurs impliqués en ont une conception commune. Ainsi, la présente recherche a été conçue afin de mettre au jour ces représentations développées par des acteurs qui pourraient ou qui sont impliqués dans la mise en œuvre de l'idée de participation citoyenne. Cette démarche permettra ainsi d'identifier les aspects les plus importants qui structurent la perception de ces acteurs et de dégager, par des moyens analytiques, une conception plus générale de l'idée de la participation citoyenne. Dans son ensemble, la recherche désire contribuer à faire progresser les connaissances

¹ Voir les travaux réalisés par Pier Bouchard et Sylvain Vézina à l'Université de Moncton.

quant à la participation citoyenne en ajoutant des connaissances nouvelles produites à partir d'un point de vue différent, celui exprimé par les acteurs directement impliqués.

Afin d'atteindre cet objectif, la recherche utilise une méthode systématique d'identification et d'analyse des conceptions implicites véhiculées et éventuellement mises en œuvre par des acteurs impliqués dans le secteur de la santé en milieu francophone minoritaire. La méthode choisie, la cartographie conceptuelle (concept mapping), est un outil éprouvé permettant de recueillir des informations qualitatives auprès de groupes et de les organiser systématiquement par des analyses quantitatives. Une description détaillée de cette méthode est présentée à l'annexe 1. L'exercice se déroule en quatre grandes étapes qui s'étendent sur une journée et demie. Lors de la première étape, les participants en plénière sont appelés à compléter la phrase proposée par l'équipe de recherche, en l'occurrence : *Lorsque je pense à la participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire, je pense à ...* Au cours de la deuxième étape, chacun des participants doit regrouper en différentes « piles » les énoncés issus de la première étape et qui, selon eux, sont apparentés. Ils sont également invités à attribuer une cote d'importance à chaque énoncé. Au cours de la troisième étape l'équipe de recherche réalise des analyses statistiques qui permettent de générer une carte conceptuelle préliminaire représentant des regroupements d'énoncés. Enfin, dans la quatrième étape, les résultats des analyses quantitatives sont présentés aux participants qui sont alors appelés à attribuer un nom à chacune des grappes produites.

La force de cette approche est d'associer une collecte de données à la fois qualitatives et quantitatives à une analyse statistique pour produire des résultats. Une autre force est que les participants sont impliqués dans toutes les étapes de la démarche, de la collecte des données à l'interprétation de ces dernières. Les résultats d'une cartographie conceptuelle se présentent sous la forme d'une série de dimensions qui caractérisent le « concept » à l'étude, dans ce cas-ci la participation citoyenne. Ils permettent de mettre en évidence les relations et le sens des relations que les participants établissent collectivement entre chacune des dimensions. Les concepts ou « grappes », qui forment cette carte conceptuelle constituent des résultats *collectifs* dans le sens qu'ils ne représentent ni un résumé de chacune des conceptions individuelles, ni le résultat d'un consensus qui découlerait d'une entente négociée entre les participants. Le résultat global de l'exercice de cartographie conceptuelle dégage la structure implicite présente dans l'ensemble des énoncés et qui n'est pas révélée à l'observation immédiate². C'est l'analyse de cette structure implicite qui fait principalement l'objet de ce rapport.

2. LA CARTOGRAPHIE

La cartographie a eu lieu en juin 2009 à Ottawa. Les participants ont été recrutés par la Société santé en français (SSF) et le Consortium national de formation en santé (CNFS) en collaboration avec l'équipe de recherche qui a suggéré les critères de sélection des personnes.

² Pour les personnes familières avec les analyses quantitatives, la démarche, quoiqu'elle utilise des procédures statistiques différentes, s'apparente à l'analyse factorielle qui cherche à révéler la structure sous-jacente qui organise l'information dès lors qu'elle n'apparaît pas à l'évidence lorsqu'une grande quantité de facteurs sont impliqués.

Ces critères renvoient à la provenance géographique (représentation de toutes les provinces et territoires) et aux professions et fonctions diversifiées occupées par les personnes en lien avec la problématique des services de santé en français. De par leur fonction, les personnes les plus directement concernées sont proches ou font partie des réseaux SSF ce qui est une situation prévisible.

Les 14 personnes qui ont participé à l'exercice de cartographie proviennent de 6 provinces et d'un territoire. Environ la moitié est associée directement aux réseaux SSF, alors que les autres sont impliquées dans l'organisation des services de santé au niveau gouvernemental ou local, des professionnels ou des citoyens impliqués dans le domaine des services de santé en français. Compte tenu des défis associés au recrutement des personnes, principalement en raison de la durée de l'exercice (les personnes doivent se libérer deux journées consécutives pour l'activité, contraintes accentuées en raison de la distance), celui-ci a été un succès, tant par le nombre de participants que par la très haute qualité de l'exercice. Bien que la représentativité espérée des participants ne soit pas entièrement obtenue, la tenue de ce genre d'exercice ne vise pas à une représentativité parfaite mais plutôt à atteindre une grande diversité, objectif qui a été atteint.

À la question, *Lorsque je pense à la participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire, je pense à ...*, les participants ont produit une liste de 205 énoncés qui décrivent, à partir de leurs points de vue, la participation citoyenne dans ce contexte. Par la suite, les participants devaient individuellement regrouper ces énoncés en piles qu'ils considéraient homogènes, et auxquelles ils ont attribué une cote correspondant à l'importance accordée à chaque énoncé.

À partir de ces informations une carte conceptuelle a été produite qui agrège l'ensemble des énoncés pour produire sept grappes correspondant à divers aspects qui caractérisent la participation citoyenne³. Le nombre de grappes a été déterminé après l'examen d'une série d'hypothèses montrant que la solution optimale de l'analyse de typologie hiérarchique réside dans une carte comportant sept grappes⁴. Pendant la seconde journée de la rencontre, ces résultats ont été distribués aux participants qui devaient collectivement dégager le sens de chacune des grappes à partir des énoncés qu'elles contiennent et leur attribuer un nom reflétant cette signification. Ce rapport met l'accent sur l'analyse des résultats agrégés représentés dans la carte. Rappelons que les différentes grappes qui résultent de la cartographie sont distinctes des énoncés produits et regroupés par les individus. Les grappes ne sont ni un résultat moyen ni une simple addition des énoncés. En terme technique, on désigne les grappes par l'expression de « construit » pour illustrer que ces grappes, bien qu'elles sont issues des énoncés produits,

³ Cette recherche s'intéresse de façon restreinte aux conceptions quant à la « *participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire* ». En conséquence, les représentations de la notion de participation citoyenne dont il est question ici doivent être interprétées dans ce cadre restreint. Par exemple, cette notion peut prendre une signification différente si elle est utilisée en regard d'un contexte plus général ou d'un domaine différent de celui de la santé. Même si ce rapport utilise fréquemment l'expression participation citoyenne pour alléger le texte, c'est toujours à ce contexte restreint de la notion auquel on réfère.

⁴ Tous les détails techniques se rapportant à la cartographie sont présentés à l'annexe 1. On y retrouve également des informations utiles quant à la façon de lire et d'interpréter la carte.

constituent des entités, des unités de sens, distinctes des énoncés initiaux. Cela implique, entre autre chose, que les résultats ne reflètent pas la conception d'une personne en particulier.

La carte conceptuelle présentée à la figure 1 reproduit l'ensemble des concepts qui ont émergé et montre graphiquement la position qu'ils occupent les uns par rapport aux autres. L'importance de chaque grappe, mesurée par les cotes d'importance que les participants ont accordée aux énoncés qui la constitue, est indiquée numériquement dans chacune. De plus, l'importance relative de chaque grappe est identifiée par le nombre de traits qui la délimitent. Par exemple, les grappes *Inclusion linguistique et diversité*, ainsi que *Identité et appartenance* sont entourées d'une seule ligne ce qui indique que, pour les participants, elles ont une importance similaire.

De façon très succincte, on peut synthétiser les résultats de la cartographie dans la longue phrase suivante :

Tableau 1 : Sommaire des résultats

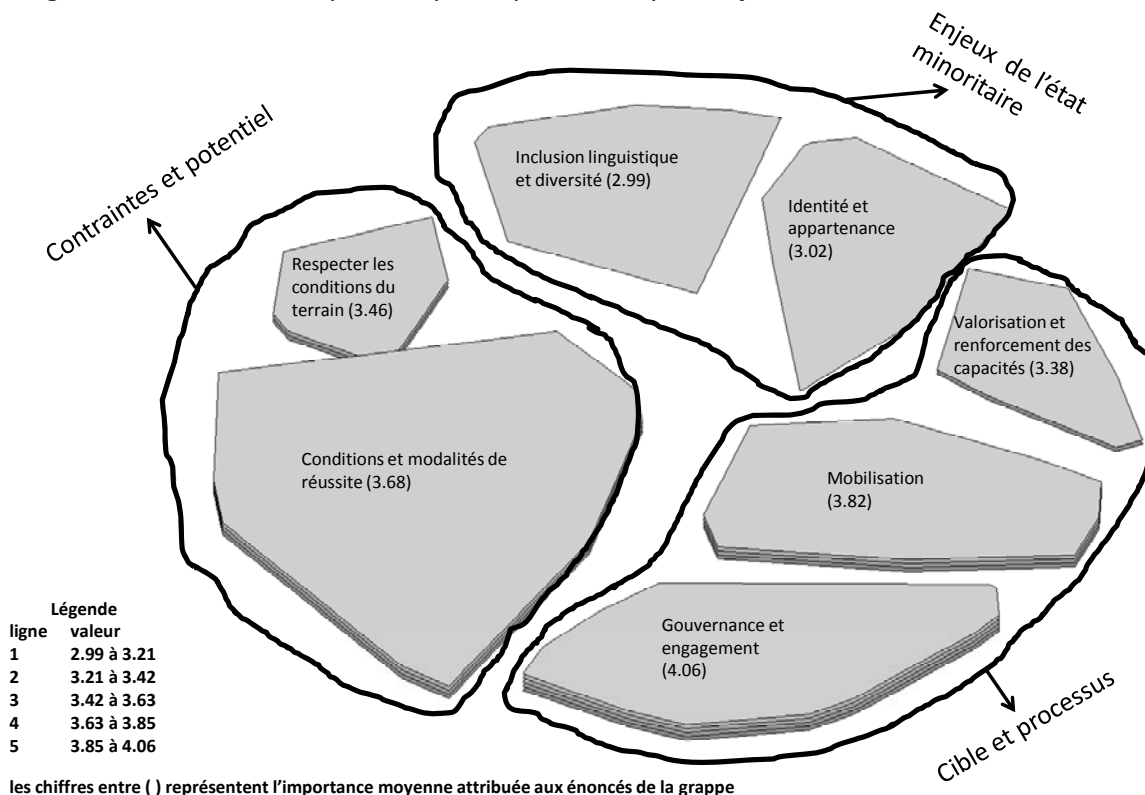
Lorsque je pense à la participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire, je pense :

- à la gouvernance et à l'engagement (4.06);
- à la mobilisation (3.82);
- aux conditions et aux modalités de réussite (3.68);
- à respecter les conditions du terrain (3.46);
- à la valorisation et au renforcement des capacités (3.38);
- à l'identité et à l'appartenance (3.02);
- à l'inclusion linguistique et à la diversité (2.99).

La grappe **Gouvernance et engagement** (4,06), la plus importante selon ces participants, regroupe des énoncés qui illustrent deux aspects associés de leur conception de la participation citoyenne. La question de la **gouvernance** est mise en évidence par le biais d'énoncés tels que ceux-ci : *une gouvernance centrée sur les besoins des francophones; qu'il faut plus qu'un service, un accès à la gouvernance; que la gouvernance peut être la participation à la prise de décisions; au changement de paradigme [dans les relations entre] entre le gouvernement et ses communautés*. Ils expriment un des objectifs dans lequel la participation peut trouver une certaine finalité ou encore un des lieux où la participation peut s'exprimer ou s'actualiser. Quant à elle, la notion d'**engagement** est exprimée sous deux formes qui désignent soit l'idée d'objectif de l'engagement (*que la communauté doit être une partie prenante des prises de décisions; que l'engagement soulève l'idée que l'on redonne le pouvoir aux communautés*), soit les conditions ou les moyens qui peuvent favoriser cet objectif (*au leadership francophone nécessaire à la gouvernance des institutions; à valoriser la prise en main des citoyens et leur participation à la base; à être transparent envers la communauté*). Cette grappe pourrait tout aussi bien se nommer « l'engagement pour la gouvernance », tant les énoncés qu'elle contient expriment une volonté d'action ou de mobilisation pour investir la ou dans la gouvernance. Si la notion d'engagement est assez bien définie par les énoncés qui y réfèrent, celle de gouvernance apparaît toutefois peu précisée. La notion semble être apparentée à l'idée de gestion (des services) ou

encore à l'organisation de cette gestion sans référer de façon explicite à des principes particuliers qui définiraient un mode de gouvernance en particulier.

Figure 1 : La carte conceptuelle, participation citoyenne, juin 2009



La grappe nommée **Mobilisation** (3,82) est la deuxième sur le plan de l'importance accordée. Les énoncés qu'elle regroupe se rapportent aux points suivants: *à favoriser la prise en charge des citoyens à partir des forces, des ressources, des opportunités et des acquis qui existent; que l'individu a un grand rôle à jouer dans la participation; que ce n'est pas des comités consultatifs; à la nécessité de maintenir le pouvoir que l'on a acquis, ce qui oblige de maintenir la mobilisation constamment; que d'aller à la communauté nourrit l'intérêt [de la communauté] et facilite la participation; à permettre la création d'espaces propices à la concertation; à la capacité que l'on se donne de définir et de mettre en œuvre les services.* L'idée de mobilisation invoquée ici renvoie en fait à définir des « conditions gagnantes » ainsi que l'importance que les participants accordent à cette idée dans le processus de la participation citoyenne. Si quelques énoncés mentionnent explicitement des actions concrètes visant à atteindre une mobilisation effective, ils sont peu nombreux (*que d'aller à la communauté nourrit l'intérêt [de la communauté] et facilite la participation; à aller chercher les gens qui sont capables de s'unir et de travailler pour faire avancer les dossiers (mixte anglophones et francophones) selon le profil démographique; à plus de femmes qui participent [changement par rapport au passé]; à l'impact (positif ou négatif) des décisions des leaders sur la communauté*) et ils sont parmi ceux qui reçoivent les cotes d'importance les moins élevées.

L'analyse des énoncés de cette grappe amène à conclure qu'ils semblent s'agir moins d'une mobilisation qui cible des actions concrètes et orientées vers la population mais plutôt une certaine forme de conscientisation aux enjeux sous-jacents au développement de la mobilisation. De façon implicite, les acteurs ciblés, présentés comme le moteur de la mobilisation, semblent être constitués des personnes qui sont fortement ou directement impliquées dans la problématique des services de santé en français.

La troisième grappe en importance, **Conditions et modalités de réussite** (3.68); définit, davantage que toutes les autres grappes, des aspects pratiques très concrets qui forment la structure organisationnelle sur laquelle peut reposer une pratique de participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire. On y retrouve la référence à des questions de financement (*qu'il faut que ce soit appuyée et financée par les instances gouvernementales (pas seulement fédéral, engagement général au niveau des politiques publiques); aux moyens financiers nécessaires*), aux modalités de l'organisation (*à l'établissement de structures souples, transparentes et horizontales; à une structure d'accueil visible pour savoir où participer*) et à la définition de pratiques nouvelles (*à innover dans les pratiques de livraison de services (ressources humaines versus la quantité de demandes des francophones); à un meilleur partage de pratiques exemplaires; à l'utilisation des structures communautaires pour établir les services et mettre en oeuvre les interventions*). Outre ces aspects pratiques, les énoncés font également un appel très prononcé à l'usage de ce que les personnes nomment l'expertise des citoyens (*à la considération du citoyen comme expert; que la communauté locale possède souvent l'expertise; que chaque personne a un rôle à jouer pour améliorer les services en santé, y compris les professionnels; que la connaissance de demain est à la fois communautaire et scientifique; que l'expérience est extrêmement forte, autant que les données probantes; à une contribution à l'évaluation des objectifs*). Cet appel à l'expertise des citoyens n'indique vraisemblablement pas la négation de l'utilité de l'expertise professionnelle ou scientifique. L'expertise citoyenne est plutôt présentée comme un apport important, voire essentiel, à l'amélioration des services de santé en français. La conception exprimée ici renverrait ainsi à l'idée que cette expertise possédée par les citoyens légitime, commande et justifie (dans une large mesure) la pertinence et la nécessité de la participation citoyenne dans l'évolution, la transformation et l'amélioration de la situation des services de santé en français en milieu minoritaire.

Les trois premières grappes qui viennent d'être présentées sont considérées par les participants comme les plus importantes lorsqu'ils caractérisent la participation citoyenne dans le contexte de la santé en milieu minoritaire. Elles peuvent apparaître complémentaires. Si on les considère dans leur ensemble, la disposition de ces grappes sur la carte ainsi que l'analyse des énoncés qu'elles regroupent, permet d'identifier une structure émergente. Ainsi, on peut suggérer que la première grappe (gouvernance et engagement) ainsi que la seconde (mobilisation) forment une dimension essentielle de la conception de la participation citoyenne construite par les participants que nous nommerons **cible et processus**. À ces deux grappes, la carte permet d'associer une troisième grappe qui complète cette dimension. **Valorisation et renforcement des capacités** (3.38) apparaît comme une grappe secondaire qui complète la dimension, **cible et processus**. Sa proximité sur la carte (avec les deux autres grappes) et sa situation dans leur prolongement autorise à ce rapprochement. **Valorisation et renforcement des capacités** est composée d'énoncés qui mettent l'accent sur une forme de travail à faire dans les communautés

afin d'en faire ressortir le plein potentiel (que l'on ne devrait pas avoir besoin de crises, à être pro-actif plutôt que réactif; à une autonomisation des francophones (« empowerment »); qu'il faut préparer le terrain pour établir la confiance et le respect des citoyens, et [connaître] comment ils vont articuler leurs besoins; à une conscience collective; à développer un lieu de pratiques identitaires). Analysée dans la perspective d'une composante de la conception de la participation citoyenne, cette grappe semble exprimer une sorte de point de départ ou la recherche d'une pierre d'assise sur laquelle les pratiques de participation citoyenne peuvent se développer. En raison de par leur proximité sur la carte ainsi que par ce qu'elles expriment, on peut dégager que ces trois grappes (*gouvernance et engagement, mobilisation, valorisation et renforcement des capacités*) forment une seule dimension qui structure fortement la conception de la participation citoyenne. Cette dimension, **cible et processus** est ainsi nommée parce qu'elle fournit à la conception de la participation citoyenne développée par les participants une **cible**, la gouvernance, et la mise en évidence d'un **processus** social que la pratique de la participation citoyenne implique. Dépassant une vision volontariste, cette dimension met en évidence l'importance ou l'obligation d'un travail sur et dans les communautés afin de favoriser ces pratiques. Elle apparaît un des piliers majeurs de la conception de la participation citoyenne qui se dégage.

Une autre grappe déjà discutée (conditions et modalités de réussite) établit, comme on l'a déjà mentionné, les critères par lesquels on pourrait « réussir » la participation citoyenne tout en fournissant un principe, l'expertise citoyenne, qui légitime l'investissement dans la participation. Cette grappe peut être à la base de la formation d'une seconde dimension que nous nommerons **contraintes et potentiel**, contraintes reliées à la présence ou à l'absence des conditions de réussite et potentiel associé au recours à l'expertise des citoyens. Comme pour la première dimension, on peut identifier une grappe secondaire qui forme cette deuxième dimension. Ainsi, la grappe **Respecter les conditions du terrain** (3,46) forme le deuxième aspect de cette dimension. Cette grappe renferme des énoncés tels que (*respecter*) *la sensibilité au milieu; à la demande de services en français; que beaucoup d'énergie et de ressources sont nécessaires sur le plancher des vaches; qu'il ne faut pas de création de structures parallèles parce que l'on manque de ressources et de population; aux ressources humaines francophones dans les établissements, à encourager la formation de professionnels francophones*. Ces énoncés sont très rapprochés de ceux recensés dans la grappe *Conditions et modalités de réussite* et, dans une certaine mesure, complètent ces derniers en ajoutant de nouvelles conditions de réussite. La proximité de ces deux grappes sur la carte exprime d'ailleurs cette parenté et autorise à les considérer comme une seule dimension exprimant l'idée de **contraintes et potentiel**.

Deux grappes adjacentes apparaissent sur la carte mais ne semblent pas participer à la même logique que celles qui ont été discutées jusqu'à présent. **Identité et appartenance** regroupe des énoncés comme ceux-ci : *à une valorisation et à une contribution à l'appartenance et à l'identité des francophones spécifique au secteur de la santé; qu'il ne faut pas avoir peur ou être timide de s'identifier comme francophone; aux aspects géographiques à considérer (urbain vs rural); à un lieu de pratiques identitaires; à comment on va rendre la francophonie plus fière*. Ces derniers mettent l'accent, comme le nom de la grappe l'indique, sur la valorisation du sentiment d'appartenance à la communauté francophone et à la diversité de la communauté dans les différents lieux dans lesquels elle est implantée. La seconde grappe, **Inclusion linguistique et diversité**, présente ce qui apparaît comme une description des défis à la fois traditionnels des

francophones minoritaires (à la réalité des familles exogames; à la difficulté à rejoindre les francophones; que les francophones ne veulent pas s'identifier comme tels car il n'y a pas de bénéfices à l'être; au bilinguisme, à la définition de l'identité comme bilingue versus francophone; au constat que les populations sont très scolarisées, et ne veulent pas nécessairement s'impliquer car elles sont autonomes dans ce qu'elles font; au paradoxe du statut de langue officielle versus une langue parmi tant d'autres) et nouveaux, reliés à la « nouvelle francophonie » (à une sensibilisation à la dimension inter-culturelle à l'intérieur de la francophonie; à l'impact de la diversité linguistique [francophonies multiples]; à comment accueillir les francophiles). Sous l'angle de la participation citoyenne ces deux grappes semblent définir une troisième dimension qui peut être caractérisée par la mise en évidence des **enjeux de l'état minoritaire**. Sur le plan spatial, la situation de ces deux grappes (adjacentes sur la carte) permet ce rapprochement et cette interprétation comme formant une seule dimension. De plus, ces deux grappes regroupent une liste d'aspects présents dans toutes les actions mises en œuvre par les francophones minoritaires dans leur situation particulière et les enjeux-défis auxquels ils sont confrontés. En ce sens, cette dimension semble relever d'une autre logique que les deux précédentes qui, elles, apparaissent plus directement centrées sur les composantes d'une conception spécifiquement associée à l'idée de la participation citoyenne dans le contexte des services en santé.

La représentation graphique attire également l'attention sur deux autres aspects. D'abord, on note que la grappe **Identité et appartenance** se trouve voisine de **Valorisation et renforcement des capacités**. Cette proximité peut illustrer la perception que le sentiment d'appartenance est interprété comme favorisant l'évolution ou le développement des capacités communautaires. De la même façon, **Inclusion linguistique et diversité** se situe du côté de la dimension **contraintes et potentiel**, exprimant l'association faite par les participants entre les défis de la nouvelle francophonie et le potentiel disponible aux communautés. En deuxième lieu, la dimension **inclusion linguistique et diversité** située entre les deux autres dimensions accentue les particularités du fait minoritaire francophone tout en établissant un lien direct entre ces deux dimensions. Le fait que cette dimension reçoit les plus faibles moyennes d'importance peut être expliqué par cette place en trait-d'union : présente parce qu'elle est indispensable dans le contexte minoritaire, secondaire, jusqu'à un certain point, puisqu'elle ne caractérise pas en propre la problématique de la participation citoyenne qui elle rejoint des préoccupations ou des conceptions qui ne sont pas limitées à l'unique contexte défini par le fait minoritaire francophone.

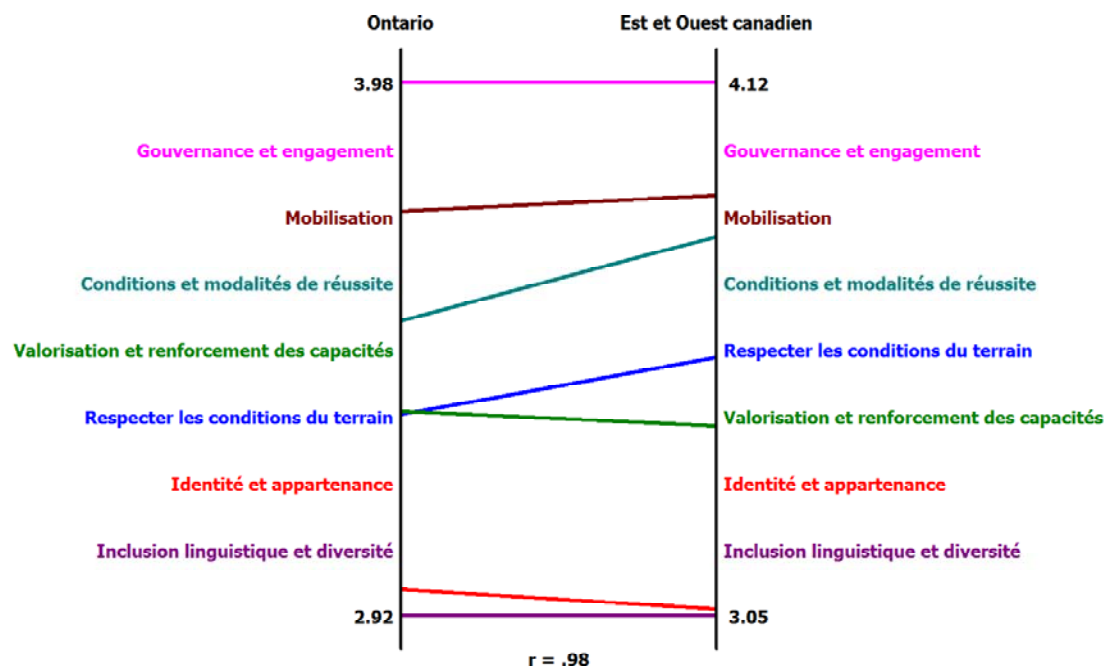
3. Les conceptions de la participation citoyenne selon les régions canadiennes.

Dans le cadre des activités du CNFS et de SSF, une question d'intérêt est de savoir dans quelle mesure cette conception de la participation citoyenne est partagée par les participants des différentes régions canadiennes. Puisque la réalité des communautés francophones est très différente d'une région à l'autre, il est important de considérer l'existence de conceptions diversifiées. La figure 2 apporte une réponse à cette question. Pour faire cette analyse les participants ont été divisés en deux régions. D'abord, les personnes qui vivent en Ontario, la province qui accueille le plus grand nombre de francophones, et les autres participants qui proviennent des autres provinces soit à l'est ou à l'ouest de l'Ontario. Le nombre de participants de chaque province, outre l'Ontario, ne permet pas de faire une analyse plus fine. L'analyse

repose donc sur deux regroupements ou régions, l'Ontario et l'Est-Ouest canadien.

Globalement, l'importance attribuée aux grappes dans les deux régions est très fortement corrélée ($R=.98$)⁵ ce qui illustre un quasi consensus général entre les participants. Cette analyse permet toutefois d'identifier quelques différences entre les régions dont deux doivent être soulignées. D'abord, l'importance relative de la grappe **Conditions et modalités de réussite** est plus faible en Ontario que dans l'autre région. Toutefois la principale distinction implique deux grappes dont l'importance est inversée d'une région à l'autre. Ainsi, en Ontario, les grappes **Valorisation et renforcement des capacités** et **Respecter les conditions du terrain** obtiennent une importance presque égale alors que dans l'autre région c'est la seconde grappe qui a le plus de poids. Cette différence peut être associée aux conditions particulières du terrain dans les deux régions. Elle peut également suggérer des distinctions sur le plan des conceptions régionales elles-mêmes. Toutefois, comme la différence est plutôt faible, il convient de l'interpréter avec beaucoup de précautions en l'absence d'informations l'éclairant davantage.

Figure 2 : Comparaison de la valeur moyenne accordée à chaque grappe, participants de l'Ontario et ceux de l'est et de l'ouest canadien



⁵ Le calcul est basé sur l'importance accordée aux énoncés de chacune des grappes par chaque participant et dans les deux régions définies.

4. Conclusion : les conceptions de la participation citoyenne et leur formation.

Cet exercice de cartographie conceptuelle et l'analyse de ses résultats conduisent à différents constats. Le premier a trait au contenu même de la conception de la participation citoyenne qui se dégage de ce portrait. D'une part, comme on vient de le voir, il existe un consensus assez fort quant aux composantes qui structurent cette conception entre les participants. D'autre part, la conception identifiée se révèle relativement classique quant à la participation citoyenne, dans le sens qu'elle reprend les aspects les plus fréquemment observés. Mentionnons, par exemple, l'importance que les participants accordent à l'idée d'expertise citoyenne qui constitue une des assises de la logique de la participation citoyenne.

Si les résultats ne font pas ressortir de conceptions nouvelles quant à la participation citoyenne, résultat qui n'était pas attendu d'ailleurs, la valeur de l'exercice repose sur les informations nouvelles et importantes quant à cette conception. En effet, la méthode de cartographie conceptuelle, comme mentionné plus haut, permet de mettre en évidence les composantes de la conception qui demeurent souvent implicites lorsqu'on se limite à des énoncés d'ordre plus général. À partir de l'expérience des praticiens, il est ainsi possible de fournir une meilleure compréhension de la conception véhiculée.

L'analyse de la structure implicite de la conception de la participation citoyenne dans le champ de la santé en français a fait sortir deux lignes d'influence qui participent à cette structuration. Première ligne d'influence, le contexte du fait minoritaire francophone et les contraintes et défis connus à cette réalité. Deuxième ligne d'influence, plus directement inspirée des pratiques et des discours qui ont cours dans le champ de la santé, la valorisation de ce qu'on peut appeler l'appel aux communautés ou au citoyen comme acteur central dans ce domaine auquel on vise à octroyer un rôle de plus en plus actif ⁶. L'analyse de la structure de la conception identifiée dans cette recherche fait ressortir une dominance de la deuxième source d'influence quant à l'idée de la participation citoyenne. Dans une certaine mesure cette situation peut apparaître « normale » puisqu'on traite dans cette recherche de conceptions orientées vers le domaine de la santé et produites par des personnes dont les activités professionnelles ou d'engagement sont intégrées dans le domaine de la santé. Toutefois la prédominance de cette source d'influence mérite d'être notée.

Pour terminer, nous allons situer ces analyses empiriques dans un cadre théorique plus large afin d'élargir la perspective descriptive utilisée dans ce rapport et de proposer une interprétation plus générale des résultats. Pour ce faire, et en considérant que la conception de la participation citoyenne mise à jour dans cette recherche correspond parfaitement à une forme de représentation sociale, on peut avoir recours à la théorie des représentations sociales. Sans procéder à une présentation extensive de la théorie des représentations sociales certaines notions fondamentales de cette théorie doivent être explicitées.

Dans ce cadre conceptuel, les représentations sociales peuvent être définies comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à

⁶ Fait foi de cette approche la somme de travaux de recherche qui vont dans ce sens, notamment par des organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), etc.

la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1997). Selon la théorie des représentations sociales, il est possible d'identifier pour chaque représentation un noyau central (Abric, 1994) qui constitue l'élément fondamental organisant la représentation. Ce noyau central est construit autour de l'objet principal auquel la représentation réfère. Il comporte également les relations sociales qui sont impliquées dans la dynamique qui entoure ou qui produit l'objet principal ou le phénomène que l'on observe. L'analyse de ce noyau central permet également d'identifier les normes et les valeurs qui sont mobilisées dans la production de la représentation. Associés à ce noyau central, d'autres aspects périphériques à la représentation peuvent exercer différentes fonctions par exemple de renforcer le noyau central, le protéger, contribuer à le transformer, y être étranger, etc. L'analyse des liens entre noyau central et périphérie permet notamment d'identifier la force et le potentiel pérenne du noyau central et le niveau d'intégration de la représentation, par exemple dans quelle mesure périphérie et noyau central constitue un tout homogène.

L'utilisation des concepts de cette théorie des représentations sociales pour analyser la conception identifiée permet de passer d'un niveau descriptif, tel que présenté dans ce texte, à un niveau plus compréhensif, c'est-à-dire à un niveau qui permet de mieux comprendre de quelle façon cette conception est produite et, plus important, de mieux comprendre le rôle des différentes dimensions qui sont à la base de la structuration de cette conception. À l'évidence, le noyau central de la représentation sociale de la participation citoyenne à l'œuvre ici s'organise autour de la dimension **cible et processus**. On y retrouve la définition de l'objet auquel la représentation réfère ainsi que les normes et valeurs impliquées : l'importance d'une « bonne » gouvernance, la valorisation des « ressources » des communautés. Cette dimension, **cible et processus**, correspond donc au socle sur lequel la représentation se construit. Sans cette dimension, l'existence même de la représentation de l'idée de participation citoyenne ne pourrait exister ou à tout le moins sans une transformation majeure. Les deux autres dimensions qui ont été identifiées se trouvent en périphérie de ce noyau central, mais semblent jouer des rôles différents.

La dimension **contraintes et potentiel**, complète le noyau central et fournit des schèmes d'actions qui peuvent renforcer le noyau central. Toutefois, si cet aspect périphérique peut contribuer au renforcement du noyau central, par exemple si on assiste au développement ou à l'actualisation du potentiel, il peut également participer à l'affaiblissement du noyau central, par exemple dans une situation d'échec de la mise en œuvre du potentiel. De même, toujours à partir d'une lecture appuyée sur la théorie des représentations sociales, la dimension **enjeux de l'état minoritaire** se présente plutôt comme étrangère ou autonome eu égard au noyau central. Ce caractère d'autonomie de cette dernière dimension peut introduire une limite quant à l'homogénéité de la représentation mettant en danger la représentation, mais elle peut aussi servir de tremplin, de facteur de résilience, par exemple dans une situation de mise en danger du noyau central. Par exemple, on peut croire que cette dimension rattachée à la situation traditionnelle du fait minoritaire francophone, par son antériorité en regard du développement récent de la problématique de la santé en français, ainsi que par son enracinement historique peut constituer une forme de garantie à la pérennisation des efforts de développement de la participation citoyenne dans le champ de la santé.

Cette lecture interprétative des observations empiriques à la lumière des concepts de la

théorie des représentations sociales permet d'attirer l'attention sur les différentes facettes de la construction de cette représentation sociale particulière que constitue l'idée de participation citoyenne. Elle permet ainsi de mettre en évidence les points d'ancrage et la dynamique sociale mis en œuvre dans le développement ou le recul d'une représentation et de mieux identifier ce qui apparaît central, important, porteur, par rapport à ce qui apparaît plus secondaire, l'un comme l'autre facilitant l'identification de cibles stratégiques et d'actions.

RÉFÉRENCES

Abric, Jean-Claude (1994) *Pratiques et représentations sociales*, Paris, PUF.

Dagenais, Christian et Camille Bouchard, 2003. « Contribution de la cartographie de concepts à la modélisation des interventions en situation de crise en protection de la jeunesse », *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 18 : 61-84.

Dagenais, Christian et Camille Bouchard, 1995. « La cartographie de concepts dans le contexte de la modélisation des interventions auprès de familles en crise », Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 23.

Flament, Claude (1994) « Structure, dynamique et transformation des représentations sociales », dans : Jean-Claude ABRIC (dir.), *Pratiques et représentations sociales*, Paris, PUF.

Jodelet, Denise (1997) *Les représentations sociales*, Paris, PUF.

Trochim, William M. K., 1989a. « An Introduction to Concept Mapping for Planning and Evaluation », *Evaluation and Program Planning*, 12 : 1-16.

Trochim, William M. K., 1989b. « Concept Mapping, Soft Science or Hard Art ? », *Evaluation and Program Planning*, 12 : 87-110.

ANNEXE 1

LA TECHNIQUE DE CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

La technique de cartographie de concepts a été élaborée par Trochim (1989a, 1989b). Cette procédure, bien documentée et expérimentée (voir Concept Systems ; Dagenais et Bouchard, 1995), s'appuie sur une collecte systématique du plus grand nombre de « perceptions » possibles, auprès d'un groupe de personnes. Elle permet de tracer une carte des différentes conceptions véhiculées par les participants sur un sujet ou un phénomène donné. Contrairement à d'autres techniques de collecte auprès de groupes, la cartographie de concepts vise à identifier la plus grande diversité de conceptions possibles. De plus, dans la cartographie conceptuelle, les données sont d'abord recueillies à un niveau individuel pour ensuite être agrégées par le biais d'analyses statistiques. Par la suite, les résultats de ces analyses font l'objet d'une certaine forme de validation par les membres du groupe qui les complètent en faisant ressortir, de façon collective et la plupart du temps consensuelle, le sens qui émerge des informations recueillies (Dagenais et Bouchard, 1995, 2003). Finalement, cette technique permet de faire évoluer une variété de perceptions individuelles sur un thème donné vers un ensemble de concepts structurés résultant d'un travail d'équipe.

L'exercice de cartographie conceptuelle résulte en une carte représentant les différents groupes de concepts qui, de l'avis des participants, forment les diverses dimensions de la notion explorée, dans ce cas-ci les conceptions de la participation citoyenne développées par des acteurs impliqués dans le secteur des services de santé en français en milieu minoritaire. Parmi l'ensemble des méthodes de collecte de données auprès de groupes de personnes, cette approche est l'une de celles qui favorise la meilleure appropriation des résultats par les participants et la plus grande participation de ces personnes dans la production de ces résultats. En effet, les données et leur interprétation sont produites par les participants eux-mêmes alors que la carte conceptuelle qui en résulte permet une vue immédiate des résultats de la démarche.

L'exercice de cartographie se déroule pendant une journée et demie (consécutives) et est réalisée en quatre étapes :

- 1: Tout d'abord les participants sont invités à répondre à une seule question en complétant une phrase qui leur est suggérée (la phrase utilisée était : *Lorsque je pense à la participation citoyenne dans le contexte de la santé en français en milieu minoritaire, je pense à ...*). La formulation de cette question a été arrêtée par les membres de l'équipe de recherche en s'assurant qu'elle soit la plus ouverte et la moins directive possible, compte tenu des objectifs poursuivis. À cette étape, on vise à identifier la plus grande quantité d'énoncés possibles complétant la phrase suggérée. Les échanges entre les participants sont réduits au minimum et l'animation consiste essentiellement à rappeler les consignes. Ce faisant, le déroulement des cartographies conceptuelles permet de réduire l'effet d'entraînement de quelques personnes ou de l'animation sur le groupe dans son entier. Cette étape s'étend sur une période variant de deux à trois heures.

- 2: À la deuxième étape les personnes sont invitées à regrouper les différents énoncés identifiés à la première étape dans des ensembles apparentés de leur point de vue (par exemple, regrouper ensemble tous les énoncés qui se rapportent à une problématique comme la langue ou à un groupe comme les professionnels). Chaque participant forme ainsi un certain nombre de « piles » regroupant les énoncés de son choix et attribue à chaque pile un nom, significatif de son contenu. Le nombre de piles et le nombre d'énoncés que chacune renferme sont laissés au jugement de chaque personne. Par la suite, il est demandé aux participants d'attribuer à chaque énoncé des cotes qui les caractérisent selon certains critères. Pour ces cartographies nous avons retenu le critère de l'importance accordée à chaque énoncé. La durée de cette étape varie selon le nombre d'énoncés et selon les personnes.
- 3: La troisième étape consiste en un traitement statistique de l'information réalisée par l'équipe de recherche. Les informations fournies par les participants sont codées, saisies sur support informatique et soumises à deux analyses statistiques. La première analyse, l'échelonnage multidimensionnel (Multidimensional Scaling), positionne chaque énoncé par rapport aux autres en fonction de leur distance corrélationnelle (distance Euclidienne). En d'autres mots, sur la carte produite, les énoncés (représentés par des points) dont la corrélation est la plus forte sont plus près les uns des autres, et vice versa. En traçant des lignes qui délimitent des groupes de points qui se situent à proximité les uns des autres, la typologie hiérarchique (Hierarchical Clustering), la deuxième analyse statistique, produit des grappes qui correspondent à des groupes homogènes d'énoncés. Le nombre de grappes retenu est déterminé par les chercheurs à la suite d'une analyse itérative permettant d'identifier le nombre optimal de grappes à retenir compte tenu de la plus ou moins grande homogénéité des grappes produites. En plus de ces analyses, qui sont basées sur la façon dont les participants ont regroupé les énoncés (les piles), on peut calculer des valeurs à chaque grappe selon les cotes attribuées par les participants identifiant, dans ce cas-ci, l'importance qu'ils accordent à chaque énoncé.
- 4: La dernière étape consiste à soumettre les résultats préliminaires (la carte produite la première journée de l'exercice) aux participants afin qu'ils puissent attribuer un nom à chaque grappe en se référant aux énoncés qu'elle regroupe. Contrairement aux autres étapes, celle-ci fait appel à de nombreux échanges et discussions entre les personnes. Afin de faciliter la sélection d'un nom emportant l'assentiment de toutes les personnes, nous avons recueilli les suggestions qui surgissaient spontanément du groupe. Ces suggestions étaient projetées sur écran de sorte que toutes les personnes puissent les lire. De façon générale, le nom retenu a été construit en empruntant des éléments de plusieurs suggestions faites au préalable. La seconde avant-midi de l'exercice est consacrée entièrement à cette dernière étape.

Pour illustrer la façon dont on peut lire et interpréter les cartes produites il est utile de procéder par analogie avec des cartes géographiques. Les grappes qui sont les plus près désignent des concepts qui sont apparentés, (comme deux villes rapprochées seront moins différentes que deux villes éloignées), alors que deux grappes éloignées vont faire référence à des dimensions dont la nature peut être très différente. Par exemple, dans la carte produite quant à la participation citoyenne,

les grappes qui désignent des aspects relatifs aux *conditions et modalités de réussite* et aux *conditions du terrain* sont éloignées, en fait opposées, à celles qui définissent la *mobilisation* et le *renforcement des capacités*. De plus, les cartes font également état des cotes moyennes attribuées aux énoncés par les participants selon le critère retenu, soit l'importance moyenne des énoncés compris dans chaque grappe.

Il faut noter :

- l'orientation générale de la carte est aléatoire (il n'y a pas de nord et de sud)
- la taille des grappes renvoie à leur étendue, soit à la dispersion des énoncés qu'elle regroupe, et ne signifie pas un niveau d'importance relative (cela est comparable à l'étendue et à la densité d'une population : dense et concentrée dans une ville, étendue et peu dense en milieu rural).