

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



Comment favoriser la synergie des différents acteurs de terrain dans le cadre d'un projet de santé ?

D. DOUMONT
B. SANDRIN-BERTHON

Décembre 2001
Réf. : 01-14

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

- 1) Introduction**
- 2) Quelle communication favoriser entre les personnes (professionnelles et non professionnelles) impliquées dans un même projet, compte tenu de leur diversité ? Certains canaux sont-ils à privilégier ?**
- 3) Comment faire démarrer un processus d'échange et de collaboration ? Sous quelle forme ?**
- 4) Comment parler de promotion de la santé à un public aussi hétérogène comprenant une grande diversité de points de vue, d'objectifs et d'approches ?**
- 5) Conclusions**
- 6) Bibliographie**

UCL – RESO Dossier technique 01-14

Dominique DOUMONT, Brigitte SANDRIN-BERTHON ¹
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine,
Université Catholique de Louvain.

Comment favoriser la synergie des différents acteurs de terrain dans le cadre d'un projet de santé ?

1) Introduction

Le centre local d'observation et de promotion de la santé de Namur (CELOPS) travaille avec un groupe d'experts pluridisciplinaires sur la promotion du dépistage du cancer du sein (préparation de la campagne de dépistage du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans en Communauté française de Belgique).

Le centre souhaite informer tous les acteurs de terrain concernés par cette campagne et surtout susciter des synergies entre des partenaires qui, a priori, n'ont pas l'habitude de travailler ensemble : médecins généralistes, médecins spécialistes (sénologues, radiologues...), autres professionnels de santé, mouvement associatif (Vie féminine, Femmes prévoyantes...), mouvements d'éducation permanente, groupes d'entraide, assistants sociaux... Dès lors, il s'interroge sur le **type de collaboration à mettre en place** entre les **différents acteurs de terrain** (professionnels et non professionnels) dans le cadre du projet.

Différentes questions se posent :

- 1) Quelle communication favoriser entre les personnes (professionnelles et non professionnelles) impliquées dans un même projet compte tenu de leur diversité ? Certains canaux sont-ils à privilégier ?
- 2) Comment faire démarrer un processus d'échange et de collaboration ?
- 3) Comment parler de promotion de la santé à un public aussi hétérogène comprenant une grande diversité de points de vue, d'objectifs et d'approches... ?

En consultant les différentes banques de données documentaires habituelles (Medline, Wholis, Current Contents, Doctes,...), nous constatons une abondance d'informations concernant d'une part les collaborations intersectorielles (ministère, administration de la santé, centres de santé, écoles...) et d'autre part les partenariats au sein d'une même 'corporation' (médecins et infirmières, infirmières hospitalières et infirmières à domicile...).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, F. Libion, P. Meremans, B. Sandrin-Berthon, F. Renard et D. Doumont.

La littérature semble moins riche quand il s'agit d'évoquer des partenariats interdisciplinaires plus élargis.

Travailler en interdisciplinarité exige de nombreux efforts, suppose une harmonisation des actions proposées mais également la reconnaissance des compétences de chaque intervenant (acteur), le partage constant d'informations et enfin la remise en question par chacun de son propre mode de fonctionnement.

2) Quelle communication favoriser entre les personnes (professionnelles et non professionnelles) impliquées dans un même projet, compte tenu de leur diversité ? Certains canaux sont-ils à privilégier ?

Visser A. et Herbert C. ⁽⁹⁾ dans une recherche menée sur le rôle respectif des campagnes d'information grand public, des médecins généralistes, des pharmaciens, des profanes et des associations de patients dans l'éducation du patient, citent des exemples d'actions qui ont privilégié certains canaux de communication.

Voyle J.A. et Simmons D. ⁽³⁾, dans le cadre d'un programme de développement sanitaire destiné à une population indigène en Nouvelle-Zélande, soulignent que les discussions et les négociations sont indispensables dans toute démarche. Ils mettent l'accent sur la nécessité d'être au clair avec les différentes décisions prises par le groupe et de les formaliser par écrit. Bien évidemment, un accord quant au mode de fonctionnement du groupe réuni est indispensable.

Un groupe d'experts ⁽¹²⁾ a évalué le fonctionnement de groupes d'échange et de réflexion sur l'enfance maltraitée.

Ces experts affirment qu'il faut privilégier la communication en « réseau ».

« Il s'agit de construire en pluridisciplinarité un dispositif convergent poursuivant un objectif commun, mais intégrant les différences au profit de la situation et dans le respect des personnes ».

On privilégie donc ici la reconnaissance et l'acceptation des points de vue des différents acteurs et des cadres d'intervention en présence. La mise en réseau des compétences individuelles et pluridisciplinaires devrait aboutir à ce que Claude Javeau appelle « l'interfécondation disciplinaire ».

Le document analysé ⁽¹²⁾ souligne que l'approche en réseau décrite s'envisage suivant un principe d'enseignement mutuel ; les modes de communication et de restitution de l'information seraient dès lors interactifs. L'action devrait alors être pensée dans une logique circulaire.

Mc Claran et al ⁽¹⁸⁾ décrivent un réseau national interprofessionnel qui a pour objectif de développer « une santé cardiovasculaire optimale pour tous les Canadiens au moyen de collaborations et associations interprofessionnelles et de systèmes de soutien ».

Ils concluent sur la nécessité :

- de développer la communication interpersonnelle afin de toucher le plus de monde possible,
- de veiller à la « consistance » des messages éducatifs,
- de développer ou de transformer la formation continue interprofessionnelle.

Domage toutefois que les auteurs ne nous informent pas sur le comment procéder...

Paine-Andrews et al (11) décrivent la procédure d'évaluation d'un partenariat mis en place dans le Kansas (USA), visant à favoriser des actions communautaires de promotion de la santé pour réduire les risques d'apparition de maladies cardiovasculaires. L'article ne dit pas explicitement comment la communication est favorisée. Il semble que les différents acteurs concernés par les activités de promotion de la santé (écoles, supermarchés...) aient été consultés par questionnaire sur l'opportunité de mettre en place telle ou telle activité.

Les auteurs font également état d'un système de « rétro-information » : recueil régulier d'informations auprès des membres de la communauté pour connaître leur satisfaction par rapport au programme et savoir précisément quelles actions ont été menées. Toutefois, les auteurs ne fournissent aucun détail sur la manière dont cette information est recueillie.

Dans le cadre d'une recherche sur l'efficacité des alliances et des partenariats en promotion de la santé, Gillies P. (5) préconise l'utilisation d'internet pour échanger des informations entre les différents acteurs. A l'inverse d'autres systèmes de communication, celui-ci aurait le mérite d'effacer toute hiérarchisation informelle. Cependant, l'internet n'est pas encore à la portée de tous...

L'existence de « personnes ressources » (personnes clés) permet un travail de partenariat dans un programme de santé. Bloxham (10) démontre le bénéfice du travail en partenariat auprès d'une population de jeunes adolescents en milieu scolaire. Dans le cas présent, ces « personnes ressources » (Youth & community workers) rencontrent les jeunes là où ils sont, elles offrent un mode de relation et un langage plus ou moins informel, elles instaurent un climat de confiance. Ces « Youth & Community workers » servent donc d'intermédiaires entre la population cible du projet et les professionnels des services d'éducation et santé.

Cette collaboration s'effectue grâce à l'articulation de compétences complémentaires (enseignants, travailleurs sociaux, responsables des services de santé) autour d'une population cible et d'un thème de santé.

3) Comment faire démarrer un processus d'échange et de collaboration ? Sous quelle forme ?

Selon le groupe d'experts réuni (12), le préalable à une approche en réseau est la reconnaissance d'une identité professionnelle claire de chacun à partir de son profil de formation, de sa fonction et de son mandat institutionnel.

La communication et la coordination reposent sur la valorisation des différences et des apports spécifiques de chacun dans une perspective collective et convergente.

Cette approche en « réseau » ne peut exister que dans le respect des partenaires institutionnels et en intégrant les spécificités de chacun.

Sullivan M. et al ⁽⁷⁾ ont étudié les différentes expériences et les projets de recherche dans la région de Seattle. Pour démarrer une collaboration, ils émettent les recommandations suivantes :

- approche centrée sur la population
- implication précoce de la communauté dans le projet de recherche
- partage des pouvoirs dès le démarrage du projet
- respect mutuel, notamment au niveau des compétences individuelles
- existence d'un espace de dialogue favorisant l'échange d'informations dans les deux sens
- sensibilité culturelle et connaissance du milieu par les chercheurs
- souplesse des promoteurs vis-à-vis de leur projet par rapport aux priorités de la population
- temps suffisant pour développer une relation avec la communauté
- instauration d'un climat de confiance

Dans un article concernant la collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires ⁽¹⁹⁾, les auteurs identifient l'absence de « culture de la collaboration et de l'interdisciplinarité » comme un obstacle à la continuité des soins.

Ils préconisent une réforme des formations initiales des professionnels de santé :

1. « L'éducation interdisciplinaire devrait être obligatoire dans tous les programmes d'éducation professionnelle avant l'exercice de la profession »
Objectif : « Que chaque professionnel prenne conscience du savoir, des habiletés et des attributs que les collègues de différentes disciplines apportent avec eux »
2. « Tous les programmes de premier cycle en sciences infirmières et en médecine (stages cliniques) devraient comporter un stage optionnel en soins primaires ».

Dans le cadre du programme RSCC (réaliser la santé cardiovasculaire au Canada) ⁽¹⁸⁾, une démarche participative a été privilégiée :

1. enquête auprès des différents acteurs concernés pour identifier besoins, souhaits, etc.
2. trois rencontres interprofessionnelles en l'espace de dix-huit mois afin de préciser les besoins, faire un état des lieux (y compris revue de littérature), comprendre comment fonctionne le système de santé et identifier les freins à la promotion de la santé, définir une stratégie, etc.
3. création de quatre groupes de travail interprofessionnels sur :

- a) l'élaboration d'un message « consistant » en direction des professionnels et des patients,
- b) la formation continue interprofessionnelle en éducation pour la santé,
- c) le développement de stratégies pour diminuer les obstacles et les freins à la promotion de la santé,
- d) le lobbying en direction des pouvoirs publics nationaux et régionaux.

Dans le cas décrit par l'article (11), (partenariat visant à favoriser les actions de promotion de la santé ayant pour objet la diminution du risque d'apparition de maladie chronique à travers un régime approprié et la pratique d'exercices), le partenariat est né de la volonté de deux fondations privées qui se sont formellement associées pour créer la coalition « Kansas Lean ». Celle-ci a bénéficié du soutien politique du Département de la santé et de l'environnement du Kansas.

Kansas Lean rassemble environ 60 institutions et 100 personnes individuelles telles que : responsables de supermarchés, producteurs de « nourriture », etc.

L'évaluation de ce partenariat a mis en évidence les points forts suivants :

- engagement d'un directeur et de personnel compétents
- création des « task-forces »
- institutionnalisation du partenariat dans le cadre du Département de la santé et de l'environnement.

L'évaluation souligne toutefois le manque d'assistance technique et de formation, le manque de communication publique sur les objectifs, les actions et les succès du partenariat.

Les auteurs décrivent donc le « processus de formalisation » d'un « groupe de pilotage » qui se consacre uniquement aux activités visées par le partenariat, et qui propose, met en œuvre, évalue les activités.

(Pour information, type de projets développés : programmes d'éducation pour la santé à l'école, réduction de la quantité de graisses contenue dans les menus scolaires, publicités dans les supermarchés pour inciter les gens à acheter des produits à teneur réduite en matières grasses...)

Adamsen L. et Rasmussen BA, (4) parlent de l'importance du rôle social que jouent les groupes de self-help et les bénéfices que les participants peuvent en retirer. Ils font également remarquer que ces groupes de self-help mettent l'accent principalement sur des aspects strictement individuels, à savoir mesure de qualité de vie individuelle, amélioration des savoirs et des savoir-faire, en oubliant un facteur essentiel qui est la dynamique de groupe entre les patients et les bien portants...

Leurs recommandations sont les suivantes :

- Il est nécessaire d'avoir un (des) objectif(s) commun(s) qui a (ont) été déterminé(s), accepté(s) et compris par l'ensemble du groupe.
- Le groupe doit se sentir comme étant « un groupe de référence ». Il doit être identifiable par d'autres groupes/personnes.
- Les soignants qui souhaitent participer activement à un groupe de self-help, doivent s'affilier personnellement et surtout avoir un rôle de consultance.

Dans le cadre du programme pilote pour le contrôle des facteurs de risque de diabète chez les Maori ⁽³⁾, les auteurs soulignent l'importance de tenir compte des aspects suivants :

- le contexte historique des personnes et des groupes car il influence les effets et les résultats (à titre d'exemple : les définitions de concept comme la promotion de la santé, l'empowerment ont été adaptées en fonction des aspects culturels, sociaux et familiaux de la communauté des Maori),
- le contexte culturel de chacun (à titre d'exemple : intégration au comité de pilotage de personnes influentes issues de la population Maori),
- les conditions de fonctionnement des groupes de travail qui favorisent ou non l'empowerment des participants,
- une organisation basée sur l'idéologie de l'empowerment plutôt que celle de l'assistance (helper-helpee ideology),
- le développement de solutions « locales » plutôt que « la distribution » de solutions toutes faites,
- la constitution de petits groupes de travail pour que chaque membre ait la possibilité d'apprendre et de participer activement,
- le développement de stratégies basées sur la collaboration et l'association des membres.

Enfin, les auteurs recommandent aux soignants :

- de ne pas prétendre avoir la science infuse (pas de position dominante dans le groupe) MAIS d'adopter un rôle de consultant, de médiateur, de personne ressource ;
- de laisser un espace pour la négociation (ne pas se montrer inflexible dans les décisions).

Pamela Gillies ⁽⁵⁾ préconise de recourir au concept (et à l'image) de « capital social ». L'unité d'analyse doit être la communauté plutôt que l'individu. Le capital social ne réside pas dans les individus ou les institutions, mais il est développé par l'interaction des partenaires. Elle remet ainsi au premier plan l'importance du social dans les problématiques abordées et les changements de comportements. Enfin, elle ré-interroge en permanence le mécanisme des liens entre les personnes et les institutions.

Selon l'auteur, la motivation des acteurs (surtout des citoyens) fonctionne mieux si le processus est développé à partir d'une autorité politique locale (vision concrète du projet). Un nombre élevé d'institutions/partenaires au départ du processus augmente l'investissement de chacun dans les activités pratiques, l'impact et la durée des bénéfices. Il faut s'assurer de la prise en compte réelle des acteurs locaux dans la constitution des ordres du jour des groupes de travail. Il faut également instaurer un véritable partage de décisions. Il est nécessaire au départ du processus d'être sûr que les initiatives pourront perdurer sur du long terme et que les institutions sont prêtes à modifier certaines attitudes suite aux travaux entrepris. Les auteurs notent que c'est le but/objectif recherché qui est le plus déterminant sur l'impact d'une intervention concertée (facteur-clé du succès).

L'investissement pouvant aussi résulter de la prise de conscience des besoins, le « démarrage » devrait consister en une explicitation des besoins recouverts par le processus et du bénéfice que chacun pourra en retirer.

Dans le cadre d'une étude sur la collaboration (inter-agency) dans le domaine de l'éducation et la promotion de la santé sexuelle (et affective) des jeunes, Bloxham Sue ⁽¹⁾ émet diverses recommandations :

- Laisser se construire progressivement, sur le terrain, de bonnes relations interpersonnelles entre les professionnels impliqués dans le projet, sans aller trop vite.
- Donner l'occasion à chaque professionnel de découvrir le travail des autres et l'aide qu'il peut en tirer pour son propre travail.

Cette façon de travailler devrait permettre la mise évidence des valeurs partagées, la construction d'objectifs communs, l'instauration d'un climat de confiance dans le travail, le respect du rôle et la reconnaissance de l'expertise de chacun, et ainsi éviter les conflits de territoires.

Par ailleurs, si la collaboration des différents acteurs sur le terrain n'est pas soutenue par une collaboration formelle de leurs institutions d'appartenance, il n'y a pas d'uniformité ni de cohérence dans les services offerts à la population. L'implication de tel ou tel professionnel dans le projet est alors laissée à sa libre appréciation. Une stratégie doit être planifiée au plan institutionnel pour répartir équitablement les services offerts et les budgets.

Costongs C. et Springett J. ⁽²⁾ suggèrent différentes pistes pour éviter les divergences entre les représentants institutionnels d'une part et les membres de la communauté ou des associations d'autre part .

Ils recommandent :

- de faire attention au langage utilisé (jargon, sigles, abréviations...),
- de veiller à ce que les personnes qui participent aux groupes de travail disposent de l'autorité, des compétences et des aptitudes nécessaires (pas trop timides, pas trop jeunes, disposant d'un réel pouvoir de décision et de représentation de leur institution...),
- de ne pas présupposer que tous les partenaires sont au courant des responsabilités et des fonctions exercées par les autres. Prendre du temps pour que chacun les découvre.

Pour ces auteurs, il est également important de prévoir et de consacrer du temps pour une réévaluation permanente du programme et des réajustements. Il est tout aussi important de ne pas négliger les actions à court terme, les petites réussites, afin que les participants ne se découragent pas.

Il faut veiller à organiser des contacts fréquents et directs entre les partenaires et les différents groupes de travail ou instances décisionnelles. Il faut partager et échanger les informations de manière constante afin d'éviter qu'un groupe ne bénéficie que d'informations de seconde main. Pour ce faire, il est donc important de prévoir, entre tous les groupes, des canaux de communication dans les deux sens, pour éviter une hiérarchisation. Une structure de communication ouverte et visible (transparente et bien identifiée par tous les partenaires) accroît la confiance et réduit la possibilité de conflits.

Enfin, les responsables des groupes de travail doivent montrer leur capacité à gérer les conflits potentiels, à favoriser les échanges entre les différents partenaires. Une formation est d'ailleurs vivement recommandée.

L'initiative « Réaliser la santé cardio-vasculaire au Canada : RSCC » ⁽¹⁵⁾ propose non seulement à tous les professionnels de santé d'intégrer « la promotion d'un mode de vie sain dans leur pratique ... » mais également d'acquérir, « par le biais de l'éducation et du développement interprofessionnel, une approche cohérente et des expertises professionnelles leur permettant de motiver les patients et le public ».

L'article décrit un partenariat intersectoriel au niveau national visant l'amélioration de la santé cardiovasculaire des Canadiens. Les membres du RSCC identifient plusieurs conditions indispensables pour favoriser collaboration interprofessionnelle et travail en équipe, à savoir :

- Une formation interprofessionnelle pour les intervenants de santé focalisée sur la communication avec les patients et sur les représentations sociales des soignants.
- Un langage commun pour tous les acteurs impliqués en particulier des définitions communes de la santé cardio-vasculaire au Canada.
- Une collaboration et des échanges entre les experts, intervenants.
- Des programmes de formation continuée permettant d'améliorer et de réactualiser les compétences interprofessionnelles.

Kaufman et al ⁽¹⁵⁾ font également référence à une série de caractéristiques (décrites par Headrick et al, B.M.J., 1998 : 316 : 772) signant une collaboration interprofessionnelle de grande qualité et un travail d'équipe.

Collaboration	Travail d'équipe
Développement d'une vision partagée Réalizable	Orientations claires Mission motivante
Objectifs clairs, partagés	Buts et objectifs affirmés réaffirmés et renforcés
Soutien mutuel	Rôles et tâches des membres clairs et bien connus Respect de tous Responsabilité du succès de l'équipe partagée par tous
Participation efficace	Equilibre dans la distribution des tâches Connaissance et management des conflits
Orientation des tâches	Accomplissement des tâches

Structures d'information et de management appropriées	Procédure de prise de décision claire et bien connue Partage régulier d'informations Caractéristiques claires concernant l'autorité et la responsabilité
Soutien dans l'innovation	Procédure d'évaluation concernant les résultats et ajustement Environnement favorisant l'épanouissement et incluant l'accès aux ressources indispensables
Issu de Headrick et al, B.M.J., 1998 : 316 : 772, traduit par Doumont D.	

Pour les auteurs, le travail des professionnels de santé visant à donner aux patients le pouvoir de réaliser leur santé (ici cardio-vasculaire) implique d'apprendre et de développer ensemble des activités de formation continue favorisant la construction de compétences non seulement en terme de promotion de la santé (contenu) mais également en terme de collaboration interprofessionnelle et de travail en équipe : « how best to learn and work together ».

Même si ces caractéristiques évoquent surtout le « how to do » d'un travail en équipe, elles sont très certainement à prendre en considération dans toute forme de travail réunissant des intervenants de profils et d'horizons différents mais se rassemblant pour une même cause.

Leonard L.G. ⁽¹⁶⁾ développe les mêmes idées en décrivant le partenariat entre une agence communautaire, un département de santé et un programme universitaire de nursing.

D'après Titanich et al, (cité par Leonard), le succès d'un partenariat exige :

- communication,
- coopération,
- coordination,
- collaboration
- et compromis.

Pour d'autres auteurs cités par Léonard (Polivka, Shister, Goepfinger, Weber), le succès d'un partenariat repose sur plusieurs conditions :

- la volonté de partager les idées et de résoudre les conflits,
- la facilité de l'accès « aux ressources »,
- le partage de la responsabilité dans les prises de décision et leur mise en œuvre,
- la négociation et la réalisation collective des problèmes qui se présentent,
- l'accomplissement des objectifs individuels et mutuels,
- le partage de la responsabilité des résultats,
- des relations satisfaisantes au sein de l'organisation,
- des rapports coûts efficacité favorables.

4) Comment parler de promotion de la santé à un public aussi hétérogène comprenant une grande diversité de points de vue, d'objectifs et d'approches ?

Selon Mc Claran et al ⁽¹⁸⁾, il faut d'abord confronter les différents points de vue, les attentes, les besoins des personnes impliquées (par le biais d'enquêtes et de rencontres diverses) puis envisager des formations continues interprofessionnelles.

Dans le cas des groupes de self-help, Adamsen L. et Rasmussen J.M. ⁽⁴⁾ signalent que ces groupes ne doivent pas uniquement être des lieux où l'on aide, échange des informations et des pratiques concernant un problème de santé en particulier mais également des lieux où l'on développe des réponses créatives à propos de difficultés liées à la vie familiale, sociale, amicale...

5) Conclusions

Pour certains, travailler « en synergie » relève essentiellement d'une idéologie ou d'un état d'esprit. Pour d'autres il s'agit plutôt d'une attitude, d'une méthode.

Dans tous les cas, la multidisciplinarité apparaît comme une démarche « optimiste », « volontariste » et qui ne va pas de soi... Réunir des personnes, des acteurs de terrain issus d'horizons professionnels différents, ayant des objectifs et missions variés, relève parfois de la gageure et exige au minimum des efforts individuels et collectifs.

La revue de littérature effectuée permet d'identifier quelques facteurs de « réussite » :

- Une philosophie de projet explicite et partagée.
- Une répartition claire du travail, écrite noir sur blanc et allant dans le sens d'une complémentarité entre les différents acteurs.
- Des rencontres régulières pour réfléchir collectivement aux orientations à donner au projet.
- Le respect mutuel des compétences individuelles.
- La mise en évidence des intérêts communs mais également des limites de chacun.
- Une évaluation permanente des processus de décisions et d'actions.

En conclusion, le travail entre des acteurs de terrain issus de professions et d'institutions diverses nécessite du temps, la clarification des intentions et des attentes de chacun ainsi que la mise en place de procédures formelles de collaboration. Ne pas respecter ces conditions dès le départ risque de faire échouer le projet ou de le retarder considérablement, à cause des conflits qui apparaîtront inévitablement.

6) Bibliographie

(1) Bloxham Sue, (1996), *A case study of inter-agency collaboration in the education and promotion of young people's sexual health*, Health Education Journal, 1996, vol. 55, pp 389-403.

(2) Costongs C., Springett J., (1997), *Joint working and the production of a City Health Plan: the Liverpool experience*, Health Promotion International, 1997, vol. 12, n° 1, pp 9-19.

(3) Voyle J.A., Simmons D., (1999), *Community development through partnership : promoting health in an urban indigenous community in New Zealand*, Social Science & Medicine, October 1999, vol. 49, Issue 8, pp 1035-1050.

(4) Adamsen L., Midtgaard Rasmussen J., (2001), *Sociological perspectives on self-help groups : reflections on conceptualization and social processes*, Journal of Advanced Nursing, 2001, 35 (6), pp 909-917.

(5) Gillies P., (1998), *Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion*, Health Promotion International, 1998, vol. 13, n° 2, pp 99-119.

(6) Sommers L., Marton K.I., and al, (2000), *Physician, Nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors*, Arch Intern Med, June 2000, vol.160, pp 1825-1833.

(7) Sullivan M., Kone A., and al, (2001), *Researcher and researched-community perspectives : toward bridging the gap*, Health Education & Behaviour, April 2001, vol. 28 (2), pp 130-149.

(8) Lazenbatt A., Orr J., and al, (1999), *The role of nursing partnership interventions in improving the health of disadvantaged women*, Journal of Advanced nursing, 1999, 30(6), pp 1280-1288.

(9) Visser A., Herbert C., (1994), *Beyond the hospital : the role of public information campaigns, general practitioners, pharmacists, laypersons and patient associations in patient education and counseling*, Patient Education and Counseling, 1994, 24, pp 97-100.

(10) Bloxham S., (1997), *The contribution of interagency collaboration to the promotion of young people's sexual health*, 1997, Health Education Research, vol.12, n°1, pp 91-101.

(11) Paine-Andrews A., Harris K.J., and al, (1997), *Evaluating a statewide partnership for reducing risks for chronic diseases*, Journal of Community Health, October 1997, vol. 22, n°5, pp 343-359.

(12) Druite I., Dekoninck A-M., and al, (1996-1997), *Evaluation des groupes d'échange et de réflexion – Maltraitance : le rôle ambigu des intervenants*, Travailler le social, 1996-1997, n°20, pp 8-14.

(13) Fenaux A., Henry S., Priels J-M., (2001), *Dossier : Groupes d'entraide, de soutien, d'expression*, L'Observatoire, 2001, n° 32, pp 25-31.

(14) Kilonzo G.P., and Simmons N., (1998), *Development of mental health services in Tanzania : a reappraisal for the future*, Social Science & Medicine, 1998, vol. 47, Issue 4, pp 419-428.

(15) Kaufman D.M., Mc Claran J., and al (2001), *Achieving cardiovascular health through continuing interprofessional development*, Canadian Journal of Public health, July-august 2001, Vol 92, n° 4, , pp 10-16.

(16) Leonard L.G., (1998), *Primary health care and partnerships : collaboration of a community agency, health department, and university nursing program*, Journal of Nursing Education, March 1998, Vol. 37, n°3, pp 144-148.

(17) Elliott S.J., Jolin M.A., and al, (2000), *Partnering in and for heart health promotion : findings from a survey of community organizations*, Canadian Journal of Public health, May-June 2000, Vol. 91, n° 3, pp 229-233.

(18) Mc Claran J., Kaufman D., and al, (2001), *From death and disability to patient empowerment : an interprofessional partnership to achieve cardiovascular health in Canada*, Canadian Journal of Public Health, 2001, vol. 92, n° 4, pp 1-9.

(19) Pringle D., Levitt C., and al, (2000), *La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaire*, Canadian Journal of Public health, March-April 2000, vol. 91, n° 2, pp 87-88, 97.

(20) Mc Sherry R., (1996), *Multidisciplinary approach to patient communication*, Nursing Times, February 1996, vol. 92, n° 8, pp 42-43.