

La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé

Pierre Pluye

Affiliation Université de Montréal

Louise Potvin

Affiliation Université de Montréal

Jean-Louis Denis

Affiliation Université de Montréal

Article
original

Résumé :

L'expérimentation par projet pilote est courante en promotion de la santé. Cet article propose de recentrer la question de la pérennisation organisationnelle autour des concepts de routines et de routinisation, plutôt qu'en termes d'institutionnalisation, la notion la plus utilisée par les chercheurs et les intervenants en promotion de la santé. Il est suggéré que les propositions théoriques, auxquelles les concepts de routines et de routinisation renvoient, permettent de mieux expliquer les retombées des projets pilotes dans les organisations, que celles sur lesquelles repose l'institutionnalisation. En conséquence, pour penser la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé, cet article fait plutôt appel à la littérature sur les organisations. D'abord, les routines étant issues d'un apprentissage, la routinisation et les routines sont définies en s'inspirant de la littérature sur l'apprentissage organisationnel. Puis, le processus qui conduit à la routinisation est conceptualisé en s'inspirant de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. Selon cette littérature, des événements sont la trace des processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel, donc la routinisation. Ces événements sont explorés. Enfin, la notion d'acteurs stratégiques est décrite comme étant le principe du processus qui conduit à la routinisation. Les acteurs stratégiques sont à la fois des créateurs, et des interprètes du hasard et de la contingence.

Mots clefs : Acteurs stratégiques, apprentissage organisationnel, institutionnalisation, pérennisation, prise de décision, promotion de la santé, routinisation.

Introduction

Les projets pilotes sont des moyens privilégiés pour expérimenter des interventions en promotion de la santé. Ils requièrent temps et énergie de la part des intervenants et des chercheurs chez lesquels ils génèrent des attentes élevées en vue de faire évoluer les interventions. Plusieurs chercheurs en promotion de la santé se sont intéressés aux retombées de ces projets dans les organisations. Cependant, les auteurs dominants fondent leurs études sur les travaux de Yin (1979), qui n'établissent pas la distinction entre les processus et les résultats, alors que cette distinction semble essentielle pour mieux comprendre les enjeux de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes. Cet article propose de repenser le problème de la pérennisation en s'inspirant plutôt de la littérature sur les organisations.

Par pérennisation, nous entendons la viabilité à long terme des interventions d'un projet. En promotion de la santé, la plupart des auteurs s'inscrivent dans une perspective d'institutionnalisation de l'innovation pour parler de la pérennisation des projets dans les organisations. Dans cette perspective, la pérennisation est la dernière étape du développement de l'innovation; elle dépend de décisions impliquant des acteurs politiques au sein de l'organisation et devrait découler des résultats d'évaluation des effets. Cette perspective nous apparaît inadéquate, car les principes de la prise de décision sur lesquels elle repose ne reflètent pas la manière dont les décisions sont prises dans les organisations. En effet, dans cette perspective, l'élément décisif est constitué par les résultats d'évaluation des effets. Alors qu'en réalité, en dépit d'évaluations d'effets non concluantes, les projets pilotes laissent des traces substantielles dans les organisations. Comme nous le verrons plus loin, plusieurs publications récentes suggèrent l'usage des concepts de routines et de routinisation.

Le concept de routinisation nous apparaît d'autant plus approprié pour parler du devenir organisationnel des interventions qui font l'objet d'expérimentation par projet pilote en promotion de la santé, qu'il justifie la mobilisation de la littérature sur l'apprentissage organisationnel,

centrée sur le concept de routine. L'objectif général de cet article vise à renouveler la conception des intervenants et des chercheurs en promotion de la santé concernant la pérennisation organisationnelle des projets pilotes. Nous examinons d'abord de façon critique la notion d'institutionnalisation de l'innovation qui prévaut dans la littérature en promotion de la santé. Puis, nous définissons les routines et nous conceptualisons la routinisation en référence à la littérature sur l'apprentissage organisationnel. Ensuite, nous étudions le processus qui conduit à la routinisation dans les organisations, et puisque nous parlons d'organisations, nous formulons des propositions théoriques qui s'inspirent de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. Nous proposons d'étudier les séquences d'événements qui caractérisent ces processus décisionnels. Ces processus débutent dès la planification des projets pilotes et sous-tendent l'apprentissage organisationnel. Enfin, nous suggérons la notion d'acteurs stratégiques comme principe pour penser la routinisation. En effet, les acteurs tiennent une large place dans les deux *corpus* de connaissances organisationnelles auxquels nous référons et cette notion inclut aussi les acteurs politiques.

Critique de l'institutionnalisation de l'innovation en promotion de la santé

Au terme d'un projet pilote, l'une des retombées possibles est la pérennisation de ses interventions dans les organisations impliquées. Pour décrire cette pérennisation, plusieurs concepts sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature en promotion de la santé: appropriation, intégration, incorporation, institutionnalisation et routinisation (Bracht et al., 1994; Renaud, Chevalier & O'Loughlin, 1997; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). L'institutionnalisation est la notion qui semble jouir de la plus grande popularité (Bracht et al., 1994; Goodman & Steckler, 1989; Goodman, McLeroy, Steckler & Hoyle, 1993; Rissel, Finnegan & Bracht, 1995; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Steckler & Goodman, 1989). L'institutionnalisation telle que

développée par Steckler, Goodman et leurs collaborateurs, la dernière étape du développement d'une innovation en promotion de la santé. Elle fait suite à l'adoption et à l'implantation, lorsque l'innovation devient une routine. Elle consiste à enchâsser durablement l'innovation dans une organisation hôte pour en assurer la viabilité à long terme, après l'arrêt de l'apport des ressources extérieures (Goodman et al., 1993). C'est l'étape finale d'un processus où «l'innovation colonise l'organisation» (Steckler, Goodman, McLeroy, Davis & Koch, 1992, p. 220).

Concernant la notion d'institutionnalisation et sa définition, ces auteurs s'inspirent principalement des travaux de Yin (1979) sur la routinisation des innovations dans les bureaucraties, pour tenter de mesurer le degré d'institutionnalisation de certains projets dans des organisations. L'institutionnalisation est opérationnalisée par le nombre de passages et de cycles pendant lesquels un projet survit dans une organisation (Goodman & Steckler, 1989; Steckler & Goodman, 1989). «Le terme passages définit des changements significatifs dans les procédures ou les structures de l'organisation, qui reflètent une augmentation du support de l'organisation envers l'innovation;; le terme cycles implique des événements récurrents qui surviennent comme éléments constitutifs des opérations durant toute la vie de l'organisation et qui peuvent éventuellement affecter l'innovation» (Yin, 1979, p.57). Les passages touchent l'innovation. Par exemple, un passage est le changement qui survient lorsqu'un apport de ressources extérieures prend fin, l'innovation dépendant alors entièrement des ressources de l'organisation. En contraste, indépendamment de l'innovation, les cycles sont les marqueurs du temps dans l'organisation. Par exemple, le plan d'action annuel de l'organisation est un cycle, la révision annuelle du plan d'action constituant l'événement qui borne le cycle. Naturellement, cette révision peut éventuellement renforcer ou au contraire menacer la survie de l'innovation. L'observation de dix innovations confirme que l'institutionnalisation est d'autant plus forte que le nombre de passages et de cycles pendant lesquels elles survivent dans l'organisation est élevé (Steckler & Goodman, 1989). Dans une publication ultérieure, les notions de passages et cycles disparaissent au profit des routines. L'institutionnalisation est

alors mesurée à partir d'un questionnaire centré sur quatre aspects des routines: production, maintenance, support et management des routines (Goodman et al., 1993).

Parmi les critiques de ces travaux, Scheirer (1993) en questionne la validité, car elle détecte un hiatus entre les propositions théoriques et les propositions opérationnelles. Barab, Redman et Froman (1998) confirment le problème de validité en observant que «les passages ne sont pas explicitement mesurés» (p.23). D'ailleurs, on peut dire la même chose des cycles. De plus, selon Scheirer (1993), les résultats de Steckler et Goodman présentent une forte corrélation entre les éléments de chaque facteur, ainsi qu'entre les facteurs eux-même, dont celui des routines. Ce problème de multicollinéarité a été confirmé par Barab et al (1998), qui ont testé le questionnaire de Goodman et Steckler auprès de cent trente-deux organisations. Autrement dit, à propos de la notion d'institutionnalisation, les propositions conceptuelles reposent sur les passages et les cycles, alors que les propositions opérationnelles ne semblent pas en tenir compte, ces dernières suggérant plutôt l'usage des routines.

Ces critiques plaident en faveur de l'usage des routines comme concept clé, et par conséquent en faveur de la routinisation, comme le suggérait Yin (1979). Toutefois, ce discours sur la routinisation doit être renouvelé, car sa logique porte à confusion, la routinisation étant étudiée à la fois comme un processus et comme un résultat. La routinisation est décrite comme étant la dernière étape du développement de l'innovation après les étapes de l'adoption et de l'implantation (Yin, 1979, pp.4-5). La routinisation est aussi décrite comme étant le «processus par lequel une innovation devient partie intégrante d'une bureaucratie», ce processus débute dès l'adoption de l'innovation, et il conduit à la routinisation (Yin, 1979, pp.49-71). Dans leurs premières publications, Steckler, Goodman et leurs collaborateurs ont succombé à cette confusion puisqu'ils mesurent le degré d'institutionnalisation en comptant le nombre de passages et de cycles, alors qu'à l'évidence, les passages et les cycles caractérisent un processus qui conduit à la routinisation. D'ailleurs, dans une publication ultérieure, ils abandonnent les passages et les cycles

au profit des routines, sans véritablement définir ces dernières. Cette confusion et cet abandon sont des arguments en faveur d'une reconceptualisation des routines et de la routinisation.

Concernant le processus qui conduit à l'institutionnalisation, pour Steckler, Goodman et leurs collaborateurs ce processus culmine idéalement avec une décision rationnelle qui repose sur les résultats des évaluations des effets. Seules les innovations ayant fait la preuve de leur efficacité devraient être institutionnalisées. En conséquence, «une évaluation des effets de l'innovation devrait être réalisée avant de décider l'institutionnalisation» (Steckler & Goodman, 1989, p. 35).

En prônant une rationalité fondée sur les résultats d'évaluation des effets, Steckler, Goodman et leurs collaborateurs s'inscrivent dans le courant de pensée qui domine le développement des programmes en promotion de la santé. Par exemple, Flay (1986) identifie huit étapes dans le développement des programmes en promotion de la santé; la décision du passage d'une étape à la suivante devant reposer sur la présence d'effets, et le développement devant être arrêté quand aucun effet n'est observé. Pour sa part, Nutbeam (1998) estime que le développement des programmes en promotion de la santé devrait suivre six étapes dont le test, la démonstration et la dissémination; la décision du passage d'une de ces étapes à la suivante dépendant principalement des résultats d'évaluation des effets. Appliquée à la pérennisation organisationnelle, cette rationalité est résumée par les trois énoncés suivants. Si les effets sont positifs et les conditions d'implantation satisfaisantes, une innovation est candidate à la routinisation. Si les effets sont positifs et les conditions d'implantation incertaines, l'innovation n'est pas concluante, il ne doit pas y avoir routinisation. S'il n'y a pas d'effet ou si les effets sont négatifs, quelles que soient les conditions d'implantation, il ne doit pas y avoir routinisation. Pourtant, cette rationalité est contredite par ceux-là mêmes qui s'en réclament. Plusieurs auteurs disent préparer l'institutionnalisation dès la planification des interventions (Bracht et al., 1994; Goodman et al., 1993; Rissel et al., 1995; Steckler & Goodman, 1989). Par exemple, la pérennisation organisationnelle des interventions expérimentées

dans le cadre du projet de démonstration «Minnesota Heart Health Project» était un objectif initial majeur du projet (Bracht et al., 1994; Rissel et al., 1995). De plus, Bracht et al. (1994) considèrent le nombre des organisations dans lesquelles il y a pérennisation comme un indicateur de succès. D'ailleurs, Green (1989) émet la même critique que nous, lorsqu'il constate que les promoteurs de santé considèrent, à tort, l'institutionnalisation comme une fin en soi ou comme un gage de succès, c'est-à-dire bonne *a priori*.

De plus, le processus qui conduit à la routinisation est centré sur des acteurs politiques dont l'action se déroule en trois temps (Goodman & Steckler, 1989). Les acteurs de l'organisation interagissent avec l'innovation durant leurs routines habituelles, chacun pouvant ainsi estimer les coûts et les bénéfices de l'innovation. Puis, si l'innovation a des avantages, elle génère un support qui s'incarne au mieux dans un porte-étendard et dans une coalition. Ces derniers catalysent alors un ajustement mutuel de l'organisation et de l'innovation jusqu'à l'institutionnalisation. Ce processus repose donc principalement sur des acteurs politiques au sein de l'organisation, le porte-étendard étant un acteur clé qui agit comme «un ambassadeur de l'innovation» (Steckler & Goodman, 1989, p. 39).

Une évidence sort confortée par cette critique et par la notion d'acteurs politiques. Le processus qui conduit à la pérennisation n'est pas uniquement suspendu aux résultats d'évaluations des effets. Ce processus dépend d'un ensemble de décisions, qui s'étalent dans le temps et débutent au moment de la planification. Par ailleurs, pour étudier un processus, Scheirer (1994) suggère d'examiner les chaînes d'événements qui concernent les interventions en promotion de la santé et leurs bénéficiaires. Mais cette auteure ne définit pas les événements en question, et même si elle s'en défend, elle sous-entend une linéarité des processus étudiés en employant le terme chaîne et en regroupant les événements en phases.

Cette revue des travaux et des critiques sur la notion d'institutionnalisation de l'innovation justifie l'usage des routines comme concept clé et du concept de routinisation pour penser

la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé, en même temps qu'elle suggère de redéfinir ces concepts. Elle suggère aussi que le processus conduisant à la routinisation dépend d'un ensemble de décisions qui couvre toute la vie des projets, et non d'une décision ponctuelle prise en fonction des résultats d'évaluation des effets. De plus, elle soutient que ces décisions dépendent principalement d'acteurs politiques agissant au sein des organisations. En conséquence, dans cet article, nous nous inspirons de la littérature sur les organisations pour atteindre quatre objectifs spécifiques : (1) redéfinir la routinisation comme composante organisationnelle de la pérennisation des projets pilotes en promotion de la santé et définir les routines, (2) avancer des propositions théoriques sur les événements des processus décisionnels qui influencent la routinisation, (3) contribuer, par la même occasion, à développer une démarche peu explorée en promotion de la santé et (4) repenser le rôle des acteurs dans le processus conduisant à la routinisation.

Routines, routinisation et apprentissage organisationnel

Un projet pilote ne fait pas partie, au départ, des routines de l'organisation. En revanche, quand il est terminé, sa routinisation signifie que de nouvelles routines, induites par le projet, existent dans l'organisation. Dans cet article, nous suggérons que routines et routinisation sont issues d'un apprentissage et non d'une décision ponctuelle. Ainsi, dans le contexte de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes, routines et routinisation sont logiquement définies d'après la littérature sur l'apprentissage organisationnel. De plus, l'apprentissage organisationnel offre une perspective centrée à la fois sur les routines et sur les acteurs de l'organisation. Cette perspective examine l'acquisition de nouvelles routines au sein d'une organisation, à partir des savoirs des acteurs de l'organisation, de la même manière que les publications récentes en promotion de la santé. L'exemple type est celui d'une organisation locale de santé publique (au Québec, ce seraient des Centres locaux de services communautaires ou CLSC)

qui développe un projet pilote ; ce projet est source d'apprentissage pour les intervenants et il induit des nouvelles routines qui perdurent après qu'il soit terminé.

Un projet est un ensemble d'activités et de ressources dont les objectifs sont communs. Les projets pilotes comprennent des interventions qu'Oldenburg, Sallis, French et Owen (1999) classent dans les catégories « développement de l'innovation » et « recherche et développement ». Ces projets impliquent habituellement un partenariat entre plusieurs organisations. La pérennisation organisationnelle des projets est la capacité des organisations à maintenir les services et à produire les bénéfices attendus après l'arrêt de l'apport de ressources extérieures (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Par exemple, lorsqu'un CLSC, en partenariat avec des organismes communautaires et/ou des chercheurs, développe une nouvelle façon d'intervenir sur un problème prioritaire, pour ensuite expérimenter cette intervention de façon systématique et l'évaluer, la routinisation est la viabilité, dans l'organisation, des interventions expérimentées dans le cadre du projet.

Routines et routinisation

Le concept de routine comporte souvent une charge négative à cause de son association avec les bureaucraties. Crozier (1963) qualifie le modèle bureaucratique mécaniste, entre autres, de dysfonctionnel par ses « aspects routiniers ». Pourtant, étymologiquement, les routines ne sont *a priori* ni bonnes ni mauvaises. Elles consistent en un savoir-faire issu d'un apprentissage, et au XVII^e siècle, on les nomme des habitudes (Rey, Tomi, Hordé & Tanet, 1994) qui, selon Dewey (1930), ne sont pas mauvaises en soi. De plus, on ne peut pas prévoir les effets positifs ou négatifs des routines, avant de les avoir soumises à l'expérience.

Sans jugement de valeur, Weber (1971) définit la routinisation comme la bureaucratiation quasi-inéluctable d'une domination charismatique. Pour lui, la domination bureaucratique représente le type pur de la domination légale, et sa rationalité est fondée sur des règles formelles et sur des savoirs. Par contre, la domination charismatique est plutôt affective et repose sur l'irrationalité du sacré. Routines et routinisation intègrent donc raison et croyances.

Les routines selon la littérature sur l'apprentissage organisationnel

La littérature sur l'apprentissage organisationnel se développe depuis vingt ans (Argyris & Schön, 1978) et elle a fait l'objet de cinq revues de littérature majeures (Hedberg, 1981; Shrivastava, 1983; Fiol & Lyles, 1985; Levitt & March, 1995; Huber, 1995). La prémisse de cette littérature s'énonce ainsi : les organisations apprennent facilement à partir d'expériences uniques ou d'un petit nombre d'expériences (March, Sproull & Tamuz, 1995), comme dans le cas de projets pilotes. Cet apprentissage se manifeste par un changement de routines qui est un changement graduel lié à des expériences de type essais et erreurs. La définition des succès et des échecs ne paraît d'ailleurs pas toujours très claire puisque «les acteurs interprètent les événements» (Levitt & March, 1995). D'abord et avant tout, apprentissage des acteurs (Dogson, 1993), l'apprentissage organisationnel se veut aussi le développement de savoirs interprétés, communiqués et consensuels dans l'organisation (Nicolini & Mezner, 1995), ce qui définit une routine.

Dans cette perspective d'apprentissage, les routines occupent une place prépondérante dans les organisations. Celles-ci sont des entités constituées de routines (Edmondson & Moingeon, 1998), ou mieux, ce sont des portfolios de routines (Weick, 1995). Par routines organisationnelles on entend des procédures standard opérationnelles (Cyert & March, 1970) ou des séquences standardisées d'opérations (Weick, 1995). Ce sont, dans tous les cas, des processus collectifs (Cohen & Bacdayan, 1995) qui ont tendance à persister (Nelson & Winter, 1982).

Parmi les définitions plus opérationnelles des routines, nous en retenons deux types. Premièrement, les routines peuvent être définies par la transposition à l'échelle des organisations, des processus psychologiques d'apprentissage. Ainsi les routines présentent deux éléments conçus pour l'individu. D'une part, les routines sont une mémoire procédurale issue de l'expérience, c'est-à-dire de l'encodage des leçons du passé (Cohen & Bacdayan, 1995); elles sont engrangées dans l'organisation comme une distribution de plusieurs mémoires procédurales entre les différents acteurs (Cohen & Bacdayan, 1995). D'autre part, les routines possèdent une propriété

d'adaptabilité. L'adaptation des routines est fonction de l'estimation du rapport des effets souhaités sur les effets observés (Levitt & March, 1995). Quant aux barrières à l'adaptation, ce sont des interprétations partagées appelées «apprentissage superstitieux» ou «pièges» ou «routines défensives» qui surviennent après un conflit interne ou après une période de congruence de l'organisation avec son environnement (Levitt & March, 1995; Edmondson & Moingeon, 1998; Argyris, 1993).

Deuxièmement, les routines peuvent être définies en à l'aide de concepts sociologiques et anthropologiques. Le concept de routine renvoie alors à l'imitation et à l'habitude plutôt qu'à la critique rationnelle de l'action (Edmondson & Moingeon, 1998; Levitt & March, 1995). Les routines sont donc des processus interprétatifs qui reflètent un «esprit de groupe» (Weick & Roberts, 1995). Les routines présentent deux éléments conçus pour le collectif. D'une part, les routines sont des croyances, des codes ou des cultures dans l'organisation, dont les véhicules sont des symboles, des rituels et des langages (Levitt & March, 1995). D'autre part, les routines sont des règles estimées efficaces si elles sont appliquées à une situation appropriée. Ces règles gouvernent non seulement la prise de décision (Cyert & March, 1970; Hutchins, 1995; Nelson & Winter, 1982), mais aussi l'action par l'application de règles de travail, la transmission d'informations et de plans, la mémorisation des documents et l'archivage (Cyert & March, 1963; Hutchins, 1995; Nelson & Winter, 1982; Cohen & Bacdayan, 1995; Dogson, 1993).

Pour illustrer ces concepts de mémoire, d'adaptabilité, de croyances et de règles, nous pouvons imaginer l'exemple suivant. Un projet pilote vient de se terminer dans un CLSC et quelques-unes des interventions expérimentées dans le projet continuent d'être mises en oeuvre par des intervenants du CLSC (mémoire procédurale). Ces interventions reposent sur des partenaires communautaires (adaptation au milieu). Parmi ces interventions, un dépistage annuel est poursuivi parce que l'image «médicale» qui y est associée a beaucoup de succès, bien qu'un tel dépistage ne fasse plus partie des guides de bonne pratique (barrière à l'adaptation par «apprentissage

superstitieux»). Par ailleurs, des objectifs explicites supportent ces interventions symbolisées par une mascotte (croyances et symboles). Ces interventions font aussi l'objet d'un plan d'activités et se déroulent sous la supervision de la direction du CLSC (règles d'action et de décision).

Les séquences d'événements des processus décisionnels dans les organisations

Le processus qui conduit à la routinisation est composé d'un ensemble de décisions qui couvre la vie de projets pilotes en promotion de la santé. Pour examiner ce processus dans le contexte de la pérennisation organisationnelle, et par le fait même ces décisions, nous nous inspirons logiquement de la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations. D'ailleurs, ces études parlent de processus décisionnels et non de décisions ponctuelles, parce qu'une décision dans une organisation n'est pas un élément isolable dans le temps, par rapport à d'autres décisions, ni dans l'espace, par rapport à d'autres processus décisionnels dans et hors de l'organisation (Langley, 1999). Plus précisément, nous sommes intéressés à étudier les processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel et, par voie de conséquence, la routinisation. Avec Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada et Saint-Macary (1995), nous postulons que ces processus décisionnels laissent des traces dans l'organisation, sous la forme d'événements.

L'événement comme élément de base des processus

L'événement est l'élément central du narratif historique qui constitue une approche empirique explicative en sciences sociales (Abbott, 1998); un événement étant un incident, une activité majeure ou un changement (Van De Ven & Poole, 1995). Comme tout processus, un processus décisionnel peut être étudié selon des séquences d'événements (Abbott, 1995) une séquence d'événements étant la représentation de leur agencement dans le temps (Van De Ven, 1992). Cette approche recèle une difficulté importante à savoir l'identification des événements à combiner

pour former les séquences. Il faut justifier l'inclusion ou l'exclusion d'un événement dans une séquence donnée (Abbott, 1995). De plus, nous sommes d'accord avec Van De Ven (1992) pour juger insatisfaisante la solution facile qui consiste à utiliser uniquement la dimension chronologique pour former des séquences dites linéaires. Notre conceptualisation envisage plutôt des séquences cumulatives, conjointes et récurrentes. Une séquence cumulative correspond à une progression d'événements sur une voie de routinisation d'un projet pilote. Ces événements peuvent renchérir les uns sur les autres ou s'opposer. Une séquence conjointe représente l'interrelation d'événements sur des processus décisionnels différents dont l'un est une voie de routinisation. Dans une séquence récurrente, un même type d'événements se répète plusieurs fois selon une périodicité définie, la séquence pouvant être par ailleurs cumulative ou conjointe.

Dans notre conceptualisation de la routinisation, les événements d'intérêt sont ceux que les acteurs interprètent comme ayant une influence sur l'apprentissage découlant de l'expérimentation avec un tel projet. La littérature en apprentissage organisationnel permet d'identifier trois types d'événements favorisant l'apprentissage et quatre types le défavorisant. À partir de ces types d'événements, chacun étant illustré par un exemple, nous définissons *a priori* quatre séquences d'événements et un patron théorique de séquences.

Événements et séquence favorisant l'apprentissage

Trois types d'événements favorisent l'apprentissage organisationnel : des prises de risques, des incitatifs et des partages d'artefacts culturels. (1) La prise de risque par l'organisation vis-à-vis des acteurs du projet pilote est un événement favorisant l'apprentissage, car elle développe la confiance en soi des acteurs impliqués, qui acquièrent une légitimité pour partager voire imposer leurs savoirs (Levinthal & March, 1993). Octroyer un budget spécial à un projet pilote pour la Direction d'un CLSC comporte une prise de risque. Cet événement est généralement interprété comme favorable par les intervenants. (2) Les incitatifs récompensent directement les acteurs impliqués dans un projet pilote. C'est une réponse économique classique si les personnes

remportent du succès dans leurs explorations (Levinthal & March, 1993). Dans le cas des intervenants impliqués dans un projet pilote, la prise en charge par le CLSC de leurs frais de participation à un Colloque peut revêtir la forme d'une récompense. (3) Sans acculturation ni «ghettoïsation», par analogie avec des notions anthropologiques, le partage d'artefacts culturels entre le projet pilote et l'organisation favorise l'apprentissage, le projet pilote se nourrissant de la culture de l'organisation et vice-versa (Cook & Yanow, 1995). La présentation du projet à chacune des journées annuelles «portes ouvertes» du CLSC constituerait un partage d'artefacts.

Parmi l'éventail des séquences d'événements possibles, nous définissons a priori une séquence cumulative plausible qui favorise l'apprentissage organisationnel et donc la routinisation. Selon les trois types d'événements (prise de risque, incitatifs ou partage d'artefacts), cette séquence présuppose la présence d'au moins deux événements qui se potentialisent pour favoriser l'apprentissage. D'ailleurs ils peuvent se répéter plusieurs fois chacun, et si la répétition d'un événement suit une périodicité définie, on parlera de séquence récurrente. On peut penser que seul le partage d'artefacts se prête à récurrence.

Événements et séquence défavorisant l'apprentissage

Quatre types d'événements défavorisent l'apprentissage organisationnel : l'avantage compétitif d'interventions concurrentes, la reconnaissance d'un échec, une période de réorientation et une mésinformation. (1) Le fait que des interventions autres que le projet pilote constituent des avantages compétitifs pour l'organisation devient un événement défavorisant l'apprentissage, car l'apprentissage des interventions concurrentes est alors favorisé (March, 1995 ; Levinthal & March, 1993). Depuis le milieu des années 1990, par exemple, la promotion de la lutte anti-tabac entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux procure un avantage compétitif à ce type d'interventions dans les CLSC, souvent au détriment de projets pilotes dessert la réduction d'autres facteurs de risque. (2) La reconnaissance de l'échec d'un projet pilote dessert l'apprentissage, car les organisations ont alors tendance à renforcer leurs routines traditionnelles, celles-ci étant

perçues comme garantes de succès (Huber, 1995 ; Levitt & March, 1995). Par exemple, si la mise en œuvre d'un projet pilote semble notoirement insuffisante par rapport aux attentes des intervenants d'un CLSC, cela constitue une reconnaissance d'échec, alors que le même degré d'implantation pourrait ne pas être perçu comme un échec dans un autre CLSC où les attentes des intervenants seraient différentes. (3) Une réorientation de l'organisation défavorise l'apprentissage quand elle se fait au détriment des acteurs du projet pilote (Lant & Meziar, 1995). La réorientation correspond à un virage stratégique qui coïncide habituellement avec un changement d'équipe dirigeante ou un roulement du personnel (Carley, 1995). Le remplacement d'un directeur de CLSC fervent de l'action communautaire par un gestionnaire de services de soins serait une réorientation défavorisant la routinisation d'un projet pilote fondé sur des théories de développement communautaire. (4) Les mésinformations sont des retards ou des distorsions dans la transmission d'informations relatives au projet pilote. L'apprentissage organisationnel reposant sur le partage des savoirs par les acteurs, il nécessite une transmission convenable de l'information (Huber, 1995). Par conséquent, les mésinformations défavorisent l'apprentissage. La reconnaissance a posteriori que le Directeur d'un CLSC entretenait une image erronée quant à la nature exacte d'un projet et ce, quelle que soit la cause de ce préjugé illustrerait très bien la mésinformation. L'événement défavorable est constitué par le fait de la mésinformation et non par sa cause.

Parmi l'ensemble des séquences d'événements possibles, nous définissons a priori une séquence cumulative plausible qui défavorise l'apprentissage organisationnel et donc la routinisation. Selon les quatre types d'événements (concurrence, échec, mésinformation, réorientation), cette séquence présuppose l'existence d'au moins deux événements qui se potentialisent pour défavoriser l'apprentissage. D'ailleurs ils peuvent se répéter plusieurs fois chacun, mais on peut penser que ces types d'événements ne sont jamais récurrents.

Deux autres séquences *a priori* et patron théorique de séquences

En réalité, les séquences cumulatives peuvent combiner un certain nombre d'événements

favorisant l'apprentissage organisationnel avec un certain nombre d'événements le défavorisant. Autrement dit, nous définissons *a priori* une troisième séquence cumulative plausible. Selon les trois types d'événements favorisant l'apprentissage organisationnel (prise de risque, incitatifs ou partage d'artefacts) et selon les quatre types le défavorisant (concurrence, échec, mésinformation ou réorientation), cette séquence présuppose la présence d'au moins deux événements qui s'opposent pour influencer l'apprentissage. D'ailleurs, les événements peuvent se répéter plusieurs fois chacun et, si la répétition des partages d'artefacts suit une périodicité définie, on parlera de séquence récurrente.

Une quatrième séquence est aussi plausible. Une séquence dite conjointe présuppose au moins deux événements influençant l'apprentissage dont l'un est associé à un processus décisionnel qui n'est pas directement relié au projet pilote. Ainsi, comme dans l'exemple de l'événement «avantage compétitif d'interventions concurrentes» (les répercussions de la promotion de la lutte anti-tabac par un gouvernement), des événements qui sont la trace d'un processus décisionnel conduisant à la routinisation d'un projet pilote dans un CLSC peuvent être influencés par des processus décisionnels extérieurs au CLSC.

En conséquence, pour rendre compte de l'ensemble des décisions qui influencent la routinisation d'un projet pilote dans une organisation, nous proposons d'explorer les patrons que forment les séquences d'événement définies *a priori*. Ainsi dans notre conceptualisation de la routinisation des projets pilotes, les résultats d'une évaluation des effets constituent un événement parmi tous les autres dans la mesure où ces derniers sont associés à la reconnaissance d'un échec. Des résultats non concluants qui ne sont pas perçus comme un échec sont considérés comme des «non événements» sur la voie de la routinisation. Par exemple, l'évaluation des effets du MHHP déjà cité est non concluante, elle montre que la diminution de la prévalence des facteurs de risques enregistrée dans les communautés expérimentales n'est pas significativement différente de celle observée dans les communautés témoins et de la tendance séculaire (Luepker et al., 1994; Luepker et al., 1996). Or, nous avons vu que la routinisation du

MHHP est bien réelle et qu'elle semble résulter, du moins en partie, de décisions prises dès la planification.

Le rôle des acteurs stratégiques dans les processus décisionnels

Nous avons vu le rôle central des acteurs politiques dans la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé (coalition et porte-étendard). Les acteurs tiennent aussi une place centrale en apprentissage organisationnel et dans les écrits sur la prise de décision dans les organisations. À la lumière de ces écrits, nous suggérons plutôt la notion d'acteurs stratégiques comme principe de ces processus décisionnels. Ces acteurs incluent les acteurs politiques, s'ils sont présents. En passant, les acteurs politiques expliquent pourquoi il y a routinisation, mais ils n'expliquent pas une éventuelle absence de routinisation, contrairement aux acteurs stratégiques. Ces derniers, intervenants de l'organisation impliqués dans les projets pilotes, sont à la fois des créateurs, et des interprètes du hasard et de la contingence. Par exemple, des intervenants de CLSC responsables de l'implantation d'un projet pilote agissent comme acteurs stratégiques. On peut imaginer qu'ils rencontrent des personnes intéressées par le projet, rassemblent la documentation disponible sur des projets équivalents et rédigent plusieurs plans du projet (création volontaire). On peut imaginer aussi que leur rencontre fortuite avec un expert en santé publique, lors d'un colloque, les incite à modifier éventuellement le plan du projet (interprétation du hasard). On peut imaginer encore, si le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux refuse un financement complémentaire sollicité, que ce refus conduise les intervenants à adapter le projet ou à chercher d'autres bailleurs de fonds (interprétation de la contingence). Certains auteurs suggèrent d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence bien que, à propos de la prise de décisions dans les organisations, les modèles types centrés sur le hasard ou sur la contingence négligent l'acteur.

Un certain nombre de travaux, réalisés tant à l'échelle individuelle qu'organisationnelle, suggèrent d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence. À l'échelle individuelle, Piaget (1967) définit trois réalités qui se retrouvent en proportions variées pour constituer des connaissances : les constructions dirigées, le hasard et les prédéterminations. À l'échelle individuelle toujours, mais à propos de la prise de décisions dans les organisations, Langley et al. (1995) proposent d'intégrer plusieurs modèles. L'un repose sur le volontarisme, l'acteur qui prend des décisions est expérimenté, c'est un créateur doué d'intuition doublé d'un acteur mû par l'inspiration. L'autre repose sur le hasard quand la prise de décision est anarchique. Un autre encore repose sur la contingence, les acteurs organisationnels ont une rationalité limitée, ils posent un diagnostic à partir d'informations limitées sur l'environnement, ils avancent plusieurs solutions alternatives et ils en choisissent une en fonction des ressources de l'organisation. À l'échelle organisationnelle, March et Shapira (1982) présentent une synthèse des écrits sur les théories de la décision et du changement organisationnel. Ces théories mettent habituellement l'accent sur les décisions volontaires, alors qu'un changement survient rarement en raison de ces seules décisions, car les organisations sont sensibles aux événements fortuits et les changements, contingents de l'environnement des organisations.

Toutefois, l'acteur est négligé dans les modèles types de la prise de décisions centrés sur le hasard ou la contingence. D'une part, le modèle type, centré sur le hasard, est celui de la poubelle (« garbage can model »). Ce modèle surestime l'aléatoire en sous-estimant la contingence des décisions et en présumant à tort que les acteurs sont passifs (Friedberg, 1997). March et ses collaborateurs voient les organisations comme des anarchies organisées où les décisions sont itératives et fortuites, car soumises à quatre éléments indépendants les uns des autres : les problèmes, les solutions, les participants et les opportunités de choix (Cohen, March & Olsen, 1972). Autrement dit, l'organisation est une poubelle où « les décisions sont plus le fruit du hasard que celui de la volonté de quiconque » (Friedberg, 1997, p.83). Dans notre exemple, le modèle de la poubelle voudrait que le plan

prévu soit radicalement transformé après la rencontre fortuite avec l'expert. D'autre part, les théories de la contingence sont structuralistes et fonctionnalistes, elles mettent l'emphase sur l'adaptation de l'organisation à son environnement et elles sont critiquées parce qu'elles négligent les acteurs (Donaldson, 1996). Les travaux considérés comme chefs de file des théories de la contingence dans les organisations sont ceux de Lawrence et Lorsch (1967). La contingence se définit ainsi : ce qui est possible de réaliser en fonction des forces et des faiblesses de l'organisation et en fonction des opportunités et des menaces présentes dans l'environnement. Dans notre exemple, la théorie de la contingence voudrait que le projet soit forcément adapté au refus du conseil d'administration. Les théories de la contingence sont critiquées parce qu'elles proposent une conception abstraite de l'organisation, une conception désincarnée qui laisse peu de place aux acteurs (Donaldson, 1996 ; Ballé, 1994).

Finalement, nous proposons d'intégrer la volonté, le hasard et la contingence dans la notion d'acteurs stratégiques. L'usage du terme stratégie est justifié, car il « tend à se constituer en méthodologie générale de l'action humaine » (Charnay, 1995, p. 6). Classiquement, la stratégie est l'art de commander et de manœuvrer les armées, mais depuis la deuxième guerre mondiale, les gouvernements intègrent des éléments économiques, sociaux et culturels dans leurs représentations de la guerre, et cela aurait favorisé l'utilisation du concept de stratégie dans le langage courant, comme en promotion de la santé (stratégies d'intervention) et dans les organisations (planification stratégique). Lyotard (1979) nous montre la voie en intégrant le hasard et l'acteur stratégique : « En sciences humaines, le référent étant l'homme, il développe une stratégie y compris en face de celle du savant : le hasard auquel celui-ci se heurte n'est donc pas d'objet mais de stratégie » (p.93). Ainsi, pour paraphraser Lyotard, les acteurs stratégiques prennent trois types de décisions dans les processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel des projets pilotes en promotion de la santé, et donc leur routinisation : (1) des décisions d'acteurs volontaires expérimentés et inspirés, de créateurs intuitifs, (2) des décisions d'acteurs qui interprètent

le hasard et l'incertitude, (3) des décisions d'acteurs qui interprètent la contingence par rapport aux moyens et à l'environnement de l'organisation.

Conclusion

Pour conclure, nous demandons aux intervenants et aux chercheurs en promotion de la santé de garder à l'esprit trois idées de base. Premièrement, les travaux récents sur la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé constituent des arguments en faveur de l'usage du concept de routinisation, et des routines comme concept clé. Les routines étant issues d'un apprentissage, dans le contexte des organisations qui nous intéresse, la littérature sur l'apprentissage organisationnel suggère que les routines sont une mémoire procédurale, qu'elles possèdent des propriétés d'adaptabilité et qu'elles sont des croyances et des règles. Deuxièmement, les travaux sur la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé montrent que le processus conduisant à la routinisation dépend d'un ensemble de décisions, prises dès la planification et tout au long de la vie de ces projets. Transposée à notre contexte, la littérature sur les processus décisionnels dans les organisations propose d'étudier les événements

comme traces de ce processus, et plus précisément d'identifier les patrons de séquences d'événements des processus décisionnels qui influencent l'apprentissage organisationnel et en bout de ligne la routinisation. *A priori*, trois types d'événements favorisent cet apprentissage (prise de risque, incitatifs et partage d'artefacts) et quatre le défavorisent (concurrence, échec, réorientation et mésinformation). *A priori* toujours, les séquences qui combinent ces événements ne sont pas linéaires, les séquences plausibles étant plutôt cumulatives, conjointes ou récurrentes. Troisièmement, les mêmes travaux mettent l'accent sur le rôle des acteurs politiques au sein de l'organisation pour obtenir la routinisation d'un projet, alors que nous suggérons plutôt la notion d'acteurs stratégiques comme principe des processus décisionnels qui conduisent, à la routinisation ou n'y mènent pas. En conséquence, pour renouveler la conception de la pérennisation organisationnelle des projets pilotes, les intervenants et les chercheurs en promotion de la santé doivent examiner la routinisation de ces projets du point de vue des acteurs stratégiques. Ces acteurs sont à la fois des créateurs et des interprètes du hasard et de la contingence. Évidemment, le défi consiste maintenant à confronter ces propositions théoriques à des recherches empiriques. □

Références

- Abbott, A. (1995). A primer on sequence method. Dans G. P. Huber, & A. W. Van De Ven (Eds.), *Longitudinal field research methods: studying processes of organizational change* (pp.204-227). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Abbott, A. (1998). The causal devolution. *Sociological Methods and Research*, 27, 148-181.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning :A theory of action perspective*. Reading: Addison-Wesley.
- Ballé, C. (1994). *Sociologie des organisations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Barab, S. A., Redman, B. K., & Froman, R. D. (1998). Measurement characteristics of the Level of Institutionalization Scales: Examining reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement*, 6, 19-33.
- Bracht, N., Finnegan, J. R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research*, 9, 243-255.
- Carley, K. (1995). Organizational learning and personnel turn over. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.230-266). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charnay, J. P. (1995). *La stratégie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cohen, M. D., & Bacdayan, P. (1995). Organizational routines are stored as procedural memory: evidence from a laboratory study. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.403-429). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Cook, S. D. N., & Yanow, D. (1995). Culture and organizational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 430-459). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Seuil.
- Cyert, R. M., & March, J. G. (1970). *Processus de décision dans l'entreprise*. Paris: Dunod.
- Dewey, J. (1930). *Human nature and conduct: An introduction to social psychology*. New York: The Modern Library.
- Dogson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literature. *Organization Studies*, 14, 375-394.
- Donaldson, L. (1996). The normal science of structural contingency theory. Dans S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of organization studies* (pp. 57-76). London: Sage Publications.
- Edmondson, A., & Moingeon, B. (1998). From organizational learning to the learning organization. *Management Learning*, 29, 5-20.
- Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational learning. *Academy of Management Review*, 10, 803-813.
- Flay, B. R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine*, 15, 451-474.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris: Seuil.
- Goodman, R. M., & Steckler, A. B. (1989). A model for the institutionalization of health promotion programs. *Family Community Health*, 11, 63-78.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., & Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 20, 161-178.
- Green, L. W. (1989). Is institutionalization the proper goal of grantmaking? *American Journal of Health Promotion*, 3, 44.

- Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In C. Nystrom, & W. Starbuck (Eds.), *Handbook of organizational design* (pp.8-27). London: Oxford University Press.
- Huber, G. P. (1995). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.124-162). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hutchins, E. (1995). Organizing work by adaptation. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.20-57). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Langley, A. (1999). *Strategies for theorizing from process data*. Université du Québec à Montréal. Manuscrit soumis pour publication.
- Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., & Saint-Macary, J. (1995). Opening up decision making: The view from the black stool. *Organization Science*, 6, 260-279.
- Lant, T. K., & Mezias, S. J. (1995). An organizational learning model of convergence and reorientation. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.267-301). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lawrence, P. R., & Lorsh, J. W. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. *Strategic Management Learning*, 14, 95-112.
- Levitt, B., & March, J. G. (1995). Organisational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp. 516-539). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Luepker, R. V., Murray, D. M., Jacobs, D. R., Mittelmark, M. B., Bracht, N., Carlaw, R., Crow, R., Elmer, P., Finnegan, J., Folsom, A. R., et al. (1994). Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 84, 1383-1393.
- Luepker, R. V., Rastam, L., Hannan, P. J., Murray, D. M., Gray, C., Baker, W. L., Crow, R., Jacobs, D. R., Pirie, P. L., Mascioli, S. R., Mittelmark, M. B., & Blackburn, H. (1996). Community education for cardiovascular disease prevention: morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology*, 144, 351-362.
- Liotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- March, J. G. (1995). Exploration and exploitation in organizational learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational Learning* (pp.101-123). Thousand Oaks: Sage Publications.
- March, J. G., & Shapira, Z. (1982). Behavioral decision theory and organizational decision theory. Dans G. R. Ungson, & D. N. Braunstein (Eds.), *Decision making: An interdisciplinary inquiry* (pp.92-115). PWS: Kent Publishing Company.
- March, J. G., Sproull, L. S., & Tamuz, M. (1995). Learning from samples of one or fewer. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.1-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nelson, R. N., & Winter, S. G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Nicolini, D., & Meznar, M. B. (1995). The social construction of organizational learning: Conceptual and practical issues in the field. *Human Relations*, 48, 727-746.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Oldenburg, B. F., Sallis, J. F., French, M. L., & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121-130.
- Piaget, J. (1967). Les deux problèmes principaux de l'épistémologie des sciences de l'homme. Dans J. Piaget (ed.). *Logique et connaissance scientifique* (p. 1115-1146). Paris: Encyclopédie de la Pléiade.

- Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Revue canadienne de santé publique*, 88, 109-113.
- Rey, A., Tomi, M., Hordé, T., & Tanet, C. (1994). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health Promotion International*, 10, 199-207.
- Scheirer, M. A. (1993). Are the Level of Institutionalization Scales ready for «prime time»? A commentary on «Development of level of institutionalization scales for health promotion programs». *Health Education Quarterly*, 20, 179-182.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco: Jossey bass.
- Shediak-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13, 87-108.
- Shrivastava, P. (1983). A typology of organizational learning systems. *Journal of Management Studies*, 20, 7-28.
- Steckler, A. B., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 3, 34-44.
- Steckler, A. B., Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Davis, S., & Koch, G. (1992). Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 214-224.
- Van De Ven, A. H. (1992). Suggestions for studying strategy process: a research note. *Strategic Management Journal*, 13, 169-188.
- Van De Ven, A. W., & Poole, M. S. (1995). Methods for Studying Innovation Development in the Minnesota Innovation Research Program. Dans G. P. Huber, & A. W. Van De Ven (Eds.), *Longitudinal field research methods: Studying processes of organizational change* (pp.155-185). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris: Plon.
- Weick, K. E. (1995). The Non-traditional Quality of Organizational Learning. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational learning* (pp.163-174). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1995). Collective mind in organizations: Heedfull interrelating on flight decks. Dans M. D. Cohen, & L. S. Sproull (Eds.), *Organizational Learning* (pp.330-358). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yin, R. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*. Lexington: Lexington Books.

Abstract

Health promotion researchers often uses pilot project experimentation. This article proposes, with regard to organisational sustainability, to focus on the concepts of routines and routinisation instead of on institutionalisation, a notion which is most used by researchers and practitioners. It is suggested that the theoretical propositions referring to the concepts of routines and routinisation, allow for better explanations of the pilot projects' consequences within organisations, than the propositions grounding institutionalisation. This article, therefore, borrows from the organisational literature to study pilot projects' organisational sustainability. First, given that routines derive from apprenticeship, routines and routinisation are defined using the organisational learning literature. Second, the process leading to routinisation is conceptualised using the organisational decision making process literature. This literature suggests that events are traces of decisional processes that influence organisational learning, and thus routinisation. These events will be explored. Finally, the notion of strategic actors, which includes political actors, is described as the basic principle of the process leading to routinisation. The strategic actors are at once creators, as well as being interpreters of chance and contingency.

Remerciements

Les auteurs remercient Pascale Lehoux, Daniel Campeau et Lucie Nadeau.

Biographies

Pierre Pluye détient un diplôme de médecine générale de l'Université Paul Sabatier à Toulouse et une maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal. Il est étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal et détient une bourse de formation doctorale du Programme national de la recherche et développement en santé (PNRDS # 6605-5358-47).

Louise Potvin est professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Chercheure du Conseil de recherche médicale du Canada, affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Elle dirige l'option Promotion de la santé du Doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé.

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé et chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur la régionalisation des soins de santé, le leadership et le changement stratégique et le rôle des évidences dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.